

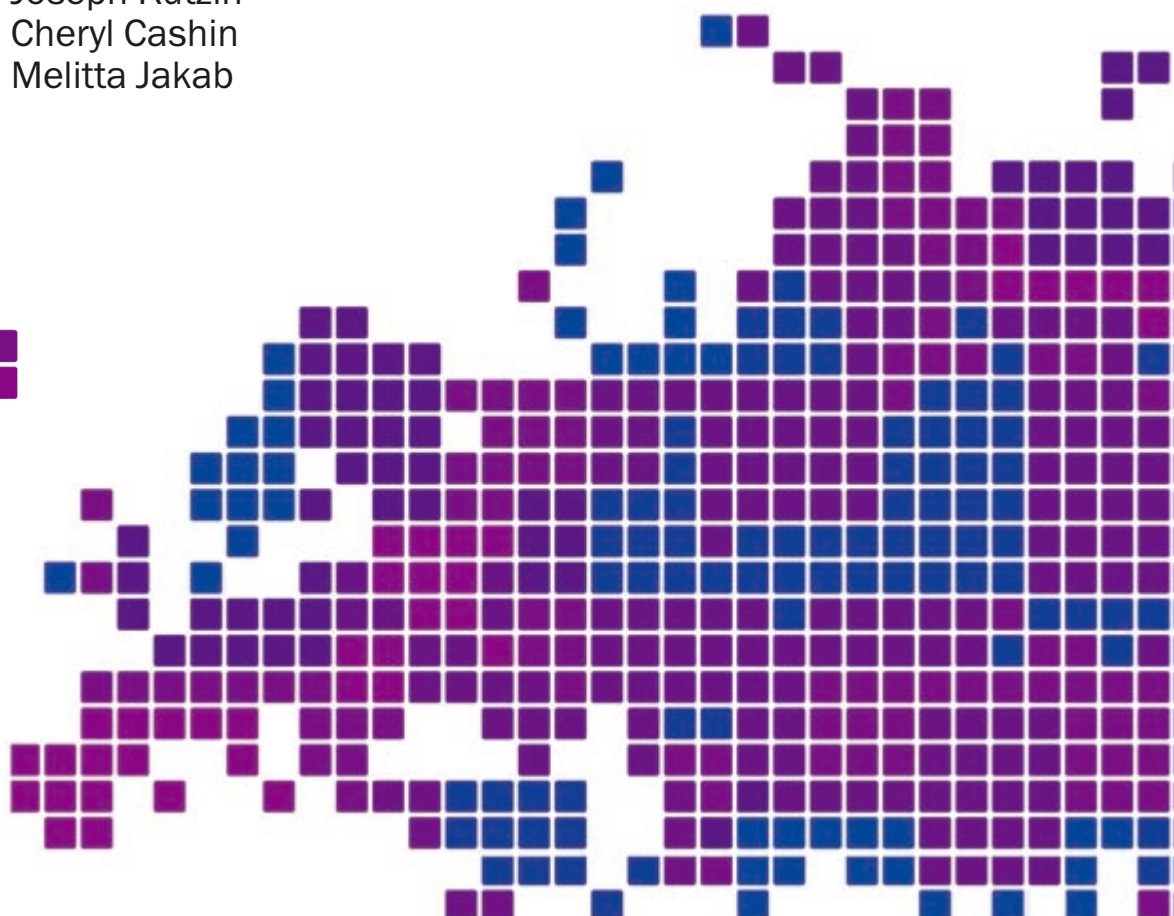
# Реформы финансирования здравоохранения

21

Серия исследований  
Обсерватории

Опыт стран  
с переходной экономикой

Под редакцией  
Joseph Kutzin  
Cheryl Cashin  
Melitta Jakab



ЕВРОПА

Европейская  
**обсерватория**  
по системам и политике здравоохранения



# **Реформы финансирования здравоохранения**



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и пропагандирует разработку научно обоснованной политики здравоохранения путем подробного и тщательного анализа систем здравоохранения в Европе. Под эгидой Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ученые, политики и другие специалисты анализируют направления реформ в системе здравоохранения на основе европейских данных, чтобы всесторонне осветить политические вопросы в этой сфере.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

# **РЕФОРМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Опыт стран с переходной экономикой

**Под редакцией**

Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakab

## Ключевые слова:

FINANCING, HEALTH

HEALTH CARE REFORMS – economics

NATIONAL HEALTH PROGRAMS – organisation and administration

EUROPE

© Всемирная организация здравоохранения 2011 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest? language=Rissian>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

ISBN (англ.) 978 92 890 4211 6

ISBN (рус.) 978 92 890 0244 8

Перевод и допечатная подготовка –  
Издательский дом «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»,  
[www.medprint.ru](http://www.medprint.ru)

Напечатано в Российской Федерации

## Содержание

Предисловие.....	vii
Выражение признательности.....	ix
Список таблиц, рисунков и врезок.....	x
Сокращения.....	xv
Авторский коллектив.....	xix
<b>Часть 1. Основы проведения анализа систем финансирования здравоохранения и их реформ в странах с переходной экономикой</b> .....	1
Глава 1. Концептуальная основа для проведения анализа системы финансирования здравоохранения и результатов реформ .....	3
<i>Joseph Kutzin</i>	
Глава 2. Понимание наследия: системы финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной и Восточной Европы до переходного периода .....	29
<i>Christopher Davis</i>	
Глава 3. Финансовый контекст и структура расходов на здравоохранение .....	71
<i>Joseph Kutzin, Melitta Jakab</i>	
<b>Часть 2. Реформы финансирования здравоохранения по выполняемым функциям</b> .....	91
Глава 4. Источники средств и сбор доходов: реформы и задачи .....	93
<i>Igor Sheiman, Jack Langenbrunner, Jenni Kehler, Cheryl Casbin, Joseph Kutzin</i>	
Глава 5. Реформы в сфере объединения средств .....	127
<i>Joseph Kutzin, Sergey Shishkin, Lucie Bryndová, Pia Schneider, Pavel Hroboň</i>	

Глава 6. Закупка медицинских услуг .....	165
<i>Hernan L. Fuenzalida-Puelma, Sheila O'Dougherty, Tamas Evetovits, Cheryl Cashin, Gintaras Kacevicius, Mark McEuen</i>	
Глава 7. Охват: право на получение медицинской помощи и соучастие пациентов в ее оплате .....	197
<i>George Gotsadze, Peter Gaál</i>	
<b>Часть 3. Улучшение деятельности систем финансирования здравоохранения .....</b>	<b>231</b>
Глава 8. Финансирование капитальных затрат и снижение постоянных затрат на здравоохранение .....	233
<i>Dominic S. Haazen, Alexander S. Hayer</i>	
Глава 9. Финансирование медицинских услуг и программ общественного здравоохранения: время заглянуть в черный ящик.....	261
<i>Antonio Duran, Joseph Kutzin</i>	
Глава 10. Согласование управления государственными расходами и финансами с реформами системы финансирования здравоохранения .....	285
<i>Sarbani Chakraborty, Sheila O'Dougherty, Panagiota Panopoulou, Milan Martin Cvikl, Cheryl Cashin</i>	
Глава 11. Роль добровольного медицинского страхования.....	319
<i>Sarah Thomson</i>	
Глава 12. Стратегии, направленные на решение проблемы неформальных платежей в здравоохранении.....	347
<i>Peter Gaál, Melitta Jakob, Sergey Shishkin</i>	
Глава 13. Улучшение подотчетности в учреждениях финансирования здравоохранения .....	385
<i>William D. Savedoff, Hernan L. Fuenzalida-Puelma</i>	
<b>Часть 4. Обобщение — уроки для политики исходя из опыта реализации реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА .....</b>	<b>407</b>
Глава 14. Проведение реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА: подведение итогов и извлечение уроков.....	409
<i>Joseph Kutzin, Cheryl Cashin, Melitta Jakob, Armin Fidler, Nata Menabde</i>	

## Предисловие

Падение Берлинской стены принесло в бывшие коммунистические страны колоссальные экономические, социальные и политические изменения, что существенным образом повлияло на состояние здоровья населения и системы здравоохранения. Казалось бы, все эти страны исходили из одной отправной точки, однако впоследствии стали очевидными различия в контексте стран, в политических решениях и результатах их воплощения. В силу быстрых изменений в экономиках большинства стран, зачастую повлекших за собой тяжелые последствия, реформы финансирования здравоохранения стали приоритетом в политической повестке дня.

Особенности реформ финансирования здравоохранения, проводимых в странах с так называемой *переходной* экономикой, были тесно связаны с основными социальными изменениями, протекавшими в этих странах. Во многих случаях эти изменения давали сильный идеологический толчок процессу реформирования, так как рассматривались в широком контексте перехода к более либеральной экономической среде. Вместе с тем зачастую многие аспекты системы, существовавшей до начала переходного периода, трудно поддавались изменениям. Специфические сочетания инструментов проведения реформирования и ключевых контекстуальных факторов существенно различались по странам. Несмотря на ограниченные эмпирические данные, на основе которых можно проводить объективную оценку, к концу 1990-х гг. большинство государств были не удовлетворены достижениями, полученными в процессе и по окончании реформ. Страны все чаще стали проводить анализ реформ, прибегая к помощи научных учреждений и международных организаций. В результате появилась доказательная база, позволяющая проводить сопоставительную оценку реформ финансирования здравоохранения, проводимых в этих странах. Именно данной теме посвящена эта книга.

В этой книге анализируется опыт проведения реформ финансирования в странах Центральной Европы, Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии. Критерии оценки реформ разработаны на основе концепции, которая была впервые выдвинута в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2000 г.*, а позднее принята по соглашению всех членов Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Таллине и подписана в июне 2008 г. Представленный в данной книге межстрановой анализ не базируется на общем наборе показателей деятельности. Вместо этого в книге приведен углубленный анализ опыта реформ, наглядно показывающий, как в решении ключевых вопросов одни страны добились успеха, а другие не смогли этого сделать.



Интересно то, что полученные результаты анализа не позволяют делать строгих выводов о конкретных инструментах реформ, таких как применение системы единичного или множественных плательщиков в рамках медицинского страхования, конкретных методов оплаты поставщиков и режимов со-платежей. В выводах, полученных на основании имеющихся данных, особое внимание уделяется особенностям процесса реформирования, его последовательности и согласованности действий. Важно было определить, что фрагментация и ненадлежащие стимулы являются приоритетными проблемами, которым необходимо уделять внимание в первую очередь. После этого рассматриваются вопросы разработки, проведения реформ и мониторинга стратегий реформ, направленных на снижение фрагментации и нахождение политических инструментов, способствующих созданию адекватных стимулов для формирования более эффективных и справедливых систем. Специфические сочетания механизмов, применяемых в разных странах для успешного разрешения этих проблем, отличались друг от друга. Это происходило по причине существенного расхождения основных (особенно экономических) контекстуальных факторов в этих странах в постпереходный период. Следовательно, единой стратегии реформ, которая подходила бы для всех стран, не существует. Тем не менее в решении данных проблем преуспели именно те страны, в которых проходила последовательная и комплексная реализация мер, направленных на снижение фрагментации и создание стимулов для повышения эффективности системы оказания медицинских услуг, справедливости в распределении ресурсов и услуг, а также уровня финансовой защиты и прозрачности.

Эта книга отличается от книг, входящих в серию Обсерватории, тем, что основная деятельность большинства ее авторов связана с непосредственным участием в реформах здравоохранения в соответствующих странах, а не с академической деятельностью. Именно поэтому центральное значение в книге занимает тема извлечения уроков из опыта *реализации программ*. Участие большого числа сотрудников и консультантов ВОЗ и Всемирного Банка в качестве авторов глав этой книги также отражает реальное сотрудничество между нашими организациями, направленное на поддержку реформирования системы здравоохранения в разных странах. В этой книге, как и во всех других книгах серии Обсерватории, не пытаются давать советы политикам, что им нужно делать, и мы предостерегаем читателя против веры в то, что здесь он найдет описание чудодейственной реформы. Данные свидетельствуют о том, что «дьявол скрыт в деталях», поэтому всесторонний анализ, представленный в книге, поможет как людям, принимающим решения, так и их советникам получить подробную информацию и изучить опыт согласования (или его отсутствия) различных инструментов политики финансирования здравоохранения в разных странах. В связи с этим от имени всех партнеров Обсерватории я рада представить это издание. Я уверена, что эта книга внесет свой вклад в улучшение политики не только в странах с переходной экономикой, но и в других странах этого региона и всего мира в целом.

*Nata Menabde*

*Бывший заместитель регионального директора  
Европейского регионального бюро ВОЗ*

## **Выражение признательности**

Это издание входит в серию книг, выпускаемых Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Выпуск книги был бы невозможен без поддержки Европейского регионального бюро ВОЗ и Всемирного Банка, которые в лице своих сотрудников уделили много времени работе над книгой. В частности, мы хотели бы поблагодарить Nata Menabde и Armin Fidler.

Мы особенно признательны Обсерватории и, в частности, Josep Figueras, которому впервые пришла идея написать эту книгу, а также Reinhard Busse и Jonas Schreyogg за их вклад в разработку первоначальной концепции.

Также мы хотели бы высказать благодарность Учебному центру по подготовке менеджеров в области здравоохранения при Semmelweis University, любезно предоставивших полезные авторские материалы при обсуждении проектов первой главы. Выражаем особую благодарность Peter Gaál и Tamas Evetovits за организацию и сопровождение семинаров.

Благодарим также сотрудников офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, расположенного в Барселоне. Деятельность этого офиса способствует повышению эффективности работы систем здравоохранения путем диагностики и разработки политики здравоохранения, в особенности политики финансирования в странах Европейского региона ВОЗ. Работа офиса также направлена на развитие потенциала и институциональное развитие системы финансирования здравоохранения и анализа политики развития отрасли на национальном и региональном уровнях.

Наконец, мы очень благодарны всем нашим авторам за своевременные отклики на просьбы по написанию и редактированию глав книги, а также за то терпение, которое они проявляли в ходе работы. Кроме того, многие авторы, помимо авторской работы, также внесли свой вклад, выступая в качестве рецензентов глав, написанных их коллегами. Мы уверены, что это существенным образом повысило качество конечного продукта.

# Список таблиц, рисунков и врезок

## Таблицы

---

**Таблица 3.1.** Основные показатели финансирования здравоохранения по группам стран с различными уровнями дохода, 2006 г. 83

**Таблица 3.2.** Фактические и расчетные структуры расходов в Эстонии, 1996, 2003 гг. 84

**Таблица 3.3.** Государственные расходы на здравоохранение, финансовые условия и приоритеты в Армении и Грузии, 1997–2007 гг. 87

**Таблица 4.1.** Принятие новых целевых налогов, предназначенных для финансирования здравоохранения: налог на заработную плату и характеристики механизмов осуществления взносов на медицинское страхование 100

**Таблица 4.2.** Организация сбора целевых налоговых платежей 104

**Таблица 4.3.** Сборы и платежи на медицинское страхование в Кыргызстане, 1997–2002 гг. 114

**Таблица 5.1.** Реформы обязательного объединения средств 131

**Таблица 6.1.** Реформы системы закупок медицинской помощи 168

**Таблица 7.1.** Положения конституций стран ЦЕ/ВЕКЦА 203

**Таблица 7.2.** Краткая информация об основных стратегиях реформирования в сфере государственных гарантий предоставления медицинской помощи в странах ЦЕ/ВЕКЦА 205

**Таблица 7.3.** Изменения в гарантируемых государством списках медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА 207

**Таблица 8.1.** Неявные субсидии на электроэнергию (в процентах от валового внутреннего продукта) 239

**Таблица 8.2.** Число больничных коек и средняя продолжительность пребывания в стационаре в Кыргызстане, 1990–2003 гг. 244

**Таблица 8.3.** Оценка потребности в капитальных вложениях, 2006 г. (млн евро) 248

**Таблица 8.4.** Краткая информация об основных методах финансирования капиталовложений в странах Западной Европы 251

**Таблица 9.1.** Типы медицинских услуг и политика финансирования 265

**Таблица 10.1.** Руководящие принципы реформ УГР/УГФ и их согласованность с целями реформ финансирования 286

**Таблица 10.2.** Стадии контроля за расходами 308

**Таблица 11.1.** Классификация рынков добровольного медицинского страхования 319

**Таблица 11.2.** Вопросы, влияющие на функции финансирования здравоохранения на рынках добровольного медицинского страхования 320

**Таблица 11.3.** Основные черты рынков добровольного медицинского страхования в странах ЦЕ/ВЕКЦА 325

**Таблица 11.4.** Основные характеристики рынков дополняющего добровольного медицинского страхования в Словении и Хорватии 330

**Таблица 11.5.** Развитие государственной политики в области добровольного медицинского страхования в Словении, 1999–2007 гг. (отдельные годы) 331

**Таблица 12.1.** Прогнозируемые неформальные платежи медицинскому персоналу и годовое потребление в Кыргызстане в 2004 г. 354

**Таблица 12.2.** Причины, по которым респонденты не обращаются за медицинской помощью, по доходным квинтилям, Таджикистан, 2000 г. 356

**Таблица 12.3.** Частота осуществления личных платежей пациентов и неформальных платежей по данным национальных социологических опросов, Российская Федерация, 1998–2008 гг. (отдельные годы) 362

**Таблица 12.4.** Сравнение опыта четырех стран 371

**Таблица 13.1.** Кодексы/принципы/рекомендации корпоративного управления в некоторых странах (страны ЦЕ/ВЕКЦА выделены жирным шрифтом) 401

## Рисунки

---

- Рис. 1.1.** Три основных элемента анализа политики финансирования здравоохранения 5
- Рис. 1.2.** Связи между системой финансирования здравоохранения и ее стратегическими целями, другими функциями системы здравоохранения и целями системы здравоохранения в целом 6
- Рис. 1.3.** Доля домашних хозяйств с катастрофическим уровнем расходов и доля личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи в общих расходах на здравоохранение 9
- Рис. 1.4.** Процент использования медицинских услуг по доходным квинтилям, Ирландия, 2000 г. 12
- Рис. 1.5.** Концептуальная основа для понимания организации систем финансирования здравоохранения 17
- Рис. 2.1.** Индекс реальных государственных расходов на здравоохранение в 1994 г. по отношению к оценкам уровня 1990 г. 66
- Рис. 3.1.** Общие подушевые расходы на здравоохранение, 2006 г., международные доллары 74
- Рис. 3.2.** Личные расходы пациентов и подушевые доходы в 2006 г. 75
- Рис. 3.3.** Государственные расходы на здравоохранение как доля внутреннего валового продукта: 1997, 2001, 2006 гг. 77
- Рис. 3.4.** Связь между «бюджетной обеспеченностью» и валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения, 2006 г. 79
- Рис. 3.5.** Общие государственные расходы в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП): 1997, 2001, 2006 гг. 80
- Рис. 3.6.** Расходы на здравоохранение в процентах от общих государственных расходов: 1997, 2001, 2006 гг. 81
- Рис. 3.7.** Связь между государственными расходами на здравоохранение, исчисляемыми в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП), и зависимость стран от личных платежей пациентов, 2006 г. 83
- Рис. 3.8.** Связь между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и зависимость от личных платежей пациентов, 2006 г. 86
- Рис. 4.1.** Расшифровка термина «Сбор» 94
- Рис. 4.2.** Источники финансирования здравоохранения по странам, 2004 г. 98
- Рис. 4.3.** Государственные расходы на здравоохранение по источникам, Казахстан, 1995–1999 гг. 113
- Рис. 5.1.** Объединение средств и ключевые взаимодействия в системе финансирования здравоохранения 128

**Рис. 5.2.** Функции финансирования здравоохранения и система охвата населения в СССР 137

**Рис. 5.3.** Финансирование здравоохранения и система предоставления медицинских услуг в Кыргызстане, 1997–2000 гг. 139

**Рис. 5.4.** Системы финансирования и поставки услуг на областном уровне в рамках реформы «единого плательщика», 2001–2005 гг. 140

**Рис. 5.5.** Эффект внедрения централизованного объединения бюджетных средств на региональное выравнивание подушевых государственных расходов на здравоохранение, Кыргызстан, 2005–2006 гг. 142

**Рис. 5.6.** Эффект внедрения централизованного объединения средств в Республике Молдова, 2004 г. 143

**Рис. 5.7.** Доходы и расходы на одного застрахованного в различных фондах медицинского страхования, конвертируемые марки (КМ), 2003 г. 145

**Рис. 5.8.** Фрагментация системы финансирования здравоохранения Албании, 2004 г. 146

**Рис. 5.9.** Возможности для «снятия сливок» в чешской системе страхования до введения нового механизма выравнивания риска 151

**Рис. 5.10.** Неравномерное распределение возрастных групп между чешскими страховыми компаниями, 2004 г. 152

**Рис. 5.11.** Система объединения средств в Чешской Республике до (наверху) и после (внизу) реформы 2003 г. 154

**Рис. 6.1.** Распределение ресурсов и оплата производителей медицинских услуг в системе здравоохранения до переходного периода 165

**Рис. 6.2.** Реструктуризация и уменьшение количества стационарных коек в Венгрии (апрель 2007 г.) 190

**Рис. 6.3.** Государственные расходы на лекарственные средства по рецептам, Венгрия, млн форинтов, 1998–2007 гг. 191

**Рис. 7.1.** Три измерения гарантированного набора медицинских услуг 198

**Рис. 7.2.** Терминология разделения затрат 199

**Рис. 7.3.** Источники финансирования государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи в киргизской системе «единого плательщика» 218

**Рис. 8.1.** Основы для проведения анализа ресурсов, необходимых для оказания медицинских услуг 235

**Рис. 8.2.** Капитальные расходы в процентах от общих расходов на здравоохранение, 1990–2006 гг. 237

**Рис. 8.3.** Количество больниц и коек в больницах краткосрочного лечения на 100 000 населения в Эстонии, 1990–2006 гг. 243

**Рис. 8.4.** Сравнение расходов на коммунальные услуги с учетом и без учета реструктуризации в восьми больницах Кыргызстана, 1990–2004 гг. 245

**Рис. 9.1.** Финансирование служб по борьбе с заболеваемостью вирусом иммунодефицита человека, туберкулезом и наркоманией в Эстонии 272

**Рис. 12.1.** Аспекты финансовых затруднений и типология неформальных платежей 349

**Рис. 12.2.** Познавательльно-поведенческая модель неформальных платежей 352

**Рис. 12.3.** Причины осуществления неформальных платежей за право доступа к необходимой помощи, Кыргызстан, 2006 г. 353

**Рис. 12.4.** Общий объем неформальных платежей в Кыргызстане, 2001–2004 гг., в постоянных ценах (цены 2001 г.) 359

**Рис. 12.5.** Средние месячные подушевые расходы населения на оплату стационарной помощи по регионам Российской Федерации, 2003 г., в рублях 364

**Рис. 12.6.** Неформальные платежи врачам и личные платежи за частные медицинские услуги в постоянных ценах 1990 г. (с использованием индекса потребительских цен) в Венгрии, 1983–2006 гг. (отдельные годы) 367

**Рис. 12.7.** Средняя зарплата служащих в отдельных отраслях экономики в процентах от среднего по промышленности (100 %) в Венгрии, 1995–2006 гг. 369

## Врезки

---

**Врезка 5.1.** Выравнивание доходов страховщиков на основе учета рисков в Чешской Республике после 2003 г. 153

**Врезка 10.1.** Особенности среднесрочного прогноза расходов (СПР) 291

**Врезка 10.2.** Обеспечение объединения средств здравоохранения при проведении фискальной децентрализации в Кыргызстане 297

**Врезка 10.3.** Внешний аудит фонда медицинского страхования: бывшая югославская Республика Македония 301

**Врезка 11.1.** Политические подходы к реформе финансирования здравоохранения, охватывающей добровольное медицинское страхование 341

## Сокращения

<b>CZK</b>	—	чешская крона
<b>HUF</b>	—	венгерский форинт
<b>KGS</b>	—	киргизский сом
<b>KIHS</b>	—	Киргизское комплексное исследование домохозяйств
<b>KM</b>	—	конвертируемая марка Боснии и Герцеговины
<b>SIZ</b>	—	Общинная ассоциация по страхованию (Югославия)
<b>АЗиСП</b>	—	Агентство здравоохранения и социальных программ (Грузия)
<b>АМР США</b>	—	Агентство США по международному развитию (USAID)
<b>АРВ</b>	—	антиретровирус
<b>ВВП</b>	—	валовой внутренний продукт
<b>ВИЧ/СПИД</b>	—	вирус иммунодефицита человека / синдром приобретенного иммунодефицита
<b>ВКМС</b>	—	Всеобщая компания медицинского страхования (Чешская Республика)
<b>ВОЗ</b>	—	Всемирная организация здравоохранения
<b>ВОП</b>	—	врач общей практики
<b>ГАЗ</b>	—	Государственное агентство здравоохранения (Армения)
<b>ГАОМС</b>	—	Государственное агентство обязательного медицинского страхования (Латвия)
<b>ГДР</b>	—	Германская Демократическая Республика
<b>ГКМС</b>	—	Государственная корпорация медицинского страхования (Грузия)
<b>ГОФСС</b>	—	Государственный объединенный фонд социального страхования
<b>ГФП</b>	—	Государственный фонд пациентов (Литва)
<b>ГФСТМ</b>	—	Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией
<b>ДМС</b>	—	добровольное медицинское страхование
<b>ЕС</b>	—	Европейский Союз
<b>ЗППП</b>	—	заболевания, передаваемые половым путем
<b>ИМС</b>	—	Институт медицинского страхования (Албания)
<b>ИМСС</b>	—	Институт медицинского страхования Словении
<b>КСГ</b>	—	клинико-статистические группы
<b>МАОСН</b>	—	Международная ассоциация органов страхового надзора



<b>МВФ</b>	—	Международный валютный фонд
<b>МЗ</b>	—	министерство здравоохранения
<b>МСЗ</b>	—	министерство социальной защиты
<b>МНС</b>	—	медицинский накопительный счет
<b>МСУМС</b>	—	медицинское страхование на уровне местных сообществ
<b>МЮ</b>	—	министерство юстиции
<b>НДС</b>	—	налог на добавленную стоимость
<b>НИРЗ</b>	—	Национальный институт развития здравоохранения (Эстония)
<b>НКМС</b>	—	Национальная компания медицинского страхования (Республика Молдова)
<b>НОБУС</b>	—	Национальное обследование благосостояния домохозяйств и участия в социальных программах
<b>НПО</b>	—	неправительственная организация
<b>НСФ</b>	—	Национальный страховой фонд
<b>НФЗ</b>	—	Национальный фонд здравоохранения (Польша)
<b>НФМС</b>	—	Национальный фонд медицинского страхования
<b>ОЗЗ</b>	—	общие затраты на здравоохранение
<b>ОМС</b>	—	обязательное медицинское страхование
<b>ОЭСР</b>	—	Организация экономического сотрудничества и развития
<b>ППС</b>	—	паритет покупательной способности
<b>ПРООН</b>	—	Программа развития Организации Объединенных Наций (UNDP)
<b>РМЭЗ</b>	—	Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения
<b>РС</b>	—	Республика Сербская
<b>РФМС</b>	—	Региональный фонд медицинского страхования (Румыния)
<b>СПБ</b>	—	среднесрочный прогноз бюджета
<b>СППС</b>	—	средняя продолжительность пребывания в стационаре
<b>СПР</b>	—	среднесрочный прогноз расходов
<b>СССР</b>	—	Союз Советских Социалистических Республик
<b>СУБ</b>	—	сельская участковая больница
<b>СЭВ</b>	—	Совет экономической взаимопомощи
<b>СЭС</b>	—	санитарно-эпидемиологическая служба
<b>ТБ</b>	—	туберкулез
<b>ТДФОМС</b>	—	территориальный департамент ФОМС
<b>ТФОМС</b>	—	территориальный фонд обязательного медицинского страхования
<b>ТФП</b>	—	Территориальный фонд пациентов (Литва)
<b>УГР/УГФ</b>	—	Управление государственными расходами и финансами
<b>ФАП</b>	—	фельдшерский акушерский пункт
<b>ФБГ</b>	—	Федерация Боснии и Герцеговины
<b>ФМС</b>	—	фонд медицинского страхования
<b>ФОМС</b>	—	фонд обязательного медицинского страхования
<b>ФСС</b>	—	Фонд социального страхования

<b>ФФС</b>	—	Федеральный фонд солидарности (Босния и Герцеговина)
<b>ХИМС</b>	—	Хорватский институт медицинского страхования
<b>ЦЕ</b>	—	Центральная Европа
<b>ЦЕ/ВЕКЦА</b>	—	страны Центральной Европы, Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии
<b>ЦСУВ</b>	—	Центральное статистическое управление Венгрии
<b>ЭКО</b>	—	экстракорпоральное оплодотворение
<b>ЭФМС</b>	—	Эстонский фонд медицинского страхования
<b>ЮНИСЕФ</b>	—	Детский фонд Организации Объединенных Наций (UNICEF)
<b>ЮНФПА</b>	—	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (UNFPA)

**Сокращения названий стран (основаны на стандарте ISO)**

---

<b>AL</b>	Албания	<b>LV</b>	Латвия
<b>AM</b>	Армения	<b>MD</b>	Республика Молдова
<b>AZ</b>	Азербайджан	<b>ME</b>	Черногория
<b>BA</b>	Босния и Герцеговина	<b>MK</b>	бывшая югославская Республика Македония
<b>BG</b>	Болгария	<b>PL</b>	Польша
<b>BY</b>	Беларусь	<b>RO</b>	Румыния
<b>CZ</b>	Чешская Республика	<b>RS</b>	Сербия
<b>EE</b>	Эстония	<b>RU</b>	Российская Федерация
<b>GE</b>	Грузия	<b>SI</b>	Словения
<b>HR</b>	Хорватия	<b>SK</b>	Словакия
<b>HU</b>	Венгрия	<b>TJ</b>	Таджикистан
<b>KG</b>	Кыргызстан	<b>UA</b>	Украина
<b>KZ</b>	Казахстан	<b>UZ</b>	Узбекистан
<b>LT</b>	Литва		

## Авторский коллектив

**Lucie Bryndova** — советник министра здравоохранения Чешской Республики, Прага, Чешская Республика.

**Cheryl Cashin** — научный сотрудник Nicholas C. Petris Center on Health Care Markets and Consumer Welfare, Институт общественного здоровья, Университет Калифорнии, Беркли, США.

**Sarbani Chakraborty** — старший специалист по вопросам здравоохранения Всемирного банка, Вашингтон, округ Колумбия, США.

**Milan Martin Cviki** — член парламента, Национальная ассамблея Словении, Любляна, Словения.

**Christopher Davis** — преподаватель дисциплины «Командные и переходные экономики» в Оксфордском университете, научный сотрудник Wolfson College, Оксфорд, Соединенное Королевство.

**Antonio Duran** — генеральный директор компании Tecnicas de Salud, занимающейся консалтингом в сфере систем и политик здравоохранения, Севилья, Испания.

**Tamas Evetovits** — старший специалист по финансированию здравоохранения офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения (Барселона), Европейское региональное бюро ВОЗ.

**George Gotsadze** — директор Международного фонда Curatio в Тбилиси, Грузия.

**Armin Fidler** — ведущий советник, Политика в области здравоохранения и стратегии, Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия, США.

**Hernan L. Fuenzalida-Puelma** — независимый консультант в области финансирования и политики здравоохранения, штат Огайо, США.

**Peter Gaal** — младший профессор политики здравоохранения Университета Semmelweis, Будапешт, Венгрия.

**Dominic S. Haazen** — ведущий специалист в области политики здравоохранения Регионального бюро ВОЗ в Африке, в настоящее время расположенного в Дар-эс-Саламе, Танзания. Во время работы над данной книгой являлся членом Европейского регионального бюро ВОЗ и Регионального бюро Центральной Азии.

**Alexander S. Hayer** — внес свой вклад в книгу в рамках стажировки во Всемирном банке в Вашингтоне, округ Колумбия, США. Недавно получил степень бакалавра по биологии в университете Саймона Фрейзера, Барнаби, Британ-

ская Колумбия, Канада. В настоящее время изучает вопросы общественного здравоохранения и медицины в аспирантуре.

**Pavel Hrobo** — заместитель министра здравоохранения Чешской Республики, ответственный за медицинское страхование и фармацевтическую политику, Прага, Чешская Республика.

**Melitta Jakob** — старший аналитик в области политики финансирования здравоохранения офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения (Барселона), Европейское региональное бюро ВОЗ.

**Gintaras Kacevicius** — директор департамента развития страхования, Национальный фонд медицинского страхования, Вильнюс, Литва.

**Jenni Kehler** — работает в качестве технического специалиста в области финансирования здравоохранения и политики здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

**Joseph Kutzin** — региональный советник по вопросам систем финансирования здравоохранения и глава офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения (Барселона), Европейское региональное бюро ВОЗ.

**Jack Langenbrunner** — ведущий экономист, Здравоохранение, Восточноазиатский регион и Тихоокеанский регион, Всемирный банк.

**Mark McEuen** — тарший сотрудник, Abt Associates, Inc., Кэмбридж, Массачусетс, США.

**Nata Menabde** — ранее занимала пост заместителя директора Европейского регионального бюро ВОЗ.

**Sheila O'Dougherty** — директор ЮСАИД ЗдравПлюс, Abt Associates, Inc., Кэмбридж, Массачусетс, США.

**Panagiota Panopoulou** а также Министерство здравоохранения, Мехико, Мексика.

**Pia Schneider** старший экономист, Здравоохранение, регионы Европы и Центральной Азии, Всемирный банк.

**William D. Savedoff** — приглашенный научный сотрудник Центра глобального развития и старший партнер Social Insight, Вашингтон, округ Колумбия, США.

**Igor Sheiman** — профессор, Государственный университет — Высшая школа экономики, Москва, Российская Федерация.

**Sergey Shishkin** — проректор, Государственный университет — Высшая школа экономики, Москва, Российская Федерация.

**Sarah Thomson** — старший научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, научный сотрудник и заместитель директора Лондонской школы экономики (LSE Health), Соединенное Королевство.

Часть 1

**Основы проведения анализа  
систем финансирования  
здравоохранения и их реформ  
в странах с переходной  
экономикой**



# **Концептуальная основа для проведения анализа системы финансирования здравоохранения и результатов реформ<sup>1</sup>**

*Joseph Kutzin*

Государственные деятели стран с переходной экономикой<sup>2</sup>, как и государственные деятели других стран, сталкиваются с необходимостью решения вопросов по улучшению деятельности систем здравоохранения. Для этих стран характерен общий исторический опыт, связанный с периодом краха коммунистического режима, и в конце 1980-х гг. в них начались беспрецедентные социальные, политические и экономические преобразования. Несмотря на общую историю, уже в первые годы переходного периода в этих странах появились явные различия. Совершенно очевидно, что в уровне экономического развития стран наблюдался существенный разрыв. Так, в 2004 г. в самой богатой стране с пере-

---

<sup>1</sup> Peter Gaál оказал ценную помощь при разработке многочисленных вариантов данной главы. Reinhard Busse, Tamas Evetovits, Melitta Jakab, Jenni Kehler, Claudio Politi и Jonas Schreyögg предоставили много полезной информации.

<sup>2</sup> В этой книге описаны страны бывшего социалистического лагеря Центральной и Восточной Европы (Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Венгрия, Черногория, Польша, Румыния, Сербия, Словакия, Словения и бывшая югославская Республика Македония), а также страны бывшего СССР (Армения, Азербайджан, Беларусь, Эстония, Грузия, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация, Украина, Таджикистан, Туркменистан, Кыргызстан и Узбекистан). По причине того, что термины, применяемые для описания данной группы стран (например, Содружество Независимых Государств), часто меняются, в рамках этой книги мы будем использовать географические названия: Центральная Европа, Восточная Европа, Кавказ и Центральная Азия (ЦЕ/ВЕКЦА). Мы будем также ссылаться на эту группу стран, именуя их странами переходного периода или бывшими социалистическими странами.



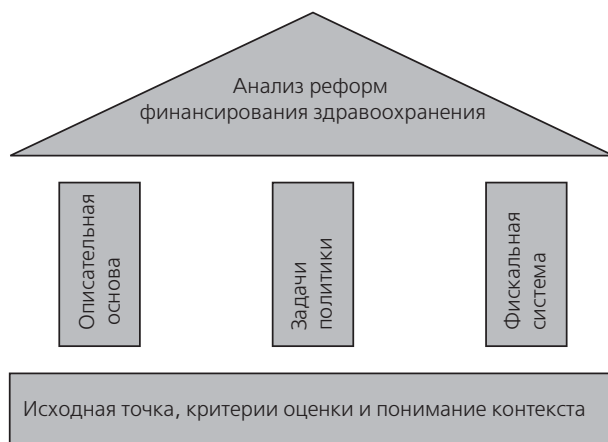
ходной экономикой, Словении, размер валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения (рассчитанный по паритету покупательной способности — ППС) в 17 раз превышал аналогичный показатель самой бедной страны — Таджикистана (World Bank 2006). Вместе с этим, в конце 1980-х гг. в большинстве стран системы финансирования здравоохранения и структуры расходов были похожи, однако в настоящее время между этими системами наблюдаются существенные различия, так как все страны абсолютно по-разному подходили к решению проблем и использованию возможностей, возникших в переходный период. Учитывая сходство исторического опыта и значительные различия в современном состоянии стран, в основу концептуального подхода, используемого для данного исследования, было положено предположение о том, что уроки из опыта проведения реформ финансирования здравоохранения можно извлечь, используя (1) в качестве критерия оценки общий набор определенных политических задач; (2) функциональный подход в качестве основы для описания систем финансирования здравоохранения и реформ; (3) определение и анализ основных контекстуальных факторов, влияющих на выбор конкретных вариантов реформ и их последствий. Такой стандартизированный подход к оценке и описанию позволит вынести уроки из полученного опыта, в частности в тех странах, где проводились глубокие реформы систем финансирования. Эти уроки будут полезны не только для стран с переходной экономикой, но и для всех остальных стран мира.

## А. Основы проведения анализа

В основе предлагаемого нами подхода лежат три основных элемента (рис. 1.1). Первый элемент — стандартный набор задач политики финансирования здравоохранения, заимствованный из *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2000* (ВОЗ, 2000). Эти задачи используются в качестве критериев оценки реформ систем финансирования здравоохранения.

Вторым основным элементом является стандартный подход к описанию функций и мер, характерных для всех систем финансирования здравоохранения (по материалам Kutzin 2001). В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000* финансирование здравоохранения рассматривалось в качестве одной из четырех функций системы здравоохранения<sup>3</sup>. Система финансирования здравоохранения, в свою очередь, включает в себя определенные подфункции и принципы, такие как сбор доходов, объединение средств, закупка услуг и стратегии установления и обеспечения гарантированного набора медицинской по-

<sup>3</sup> К прочим функциям относятся управление, привлечение ресурсов (инвестиции в людские и материальные ресурсы, другие виды ресурсов) и предоставление услуг (медицинские услуги на индивидуальном и популяционном уровнях).



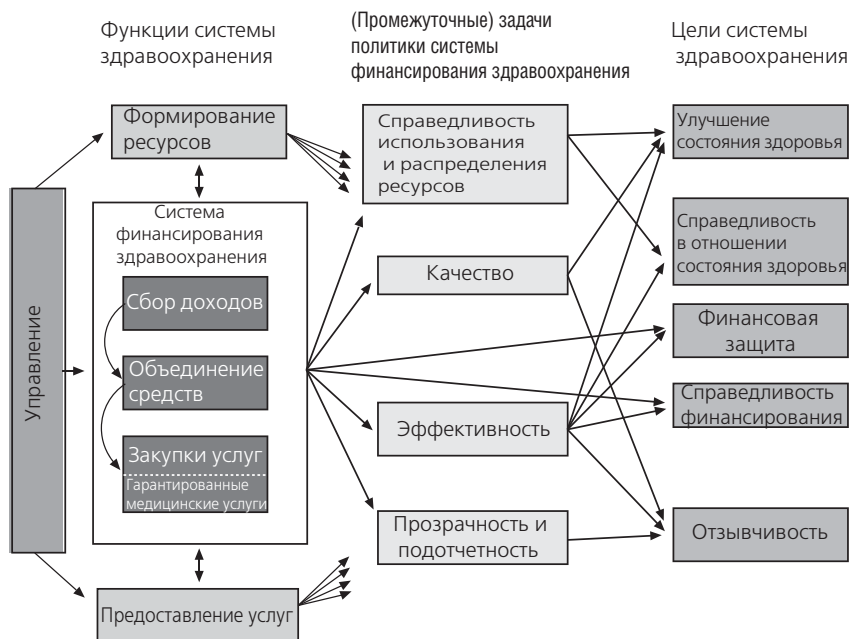
**Рис. 1.1.** Три основных элемента анализа политики финансирования здравоохранения

Источник: по материалам Kutzin 2008.

мощи (чаще всего с принципом обязательного соучастия пациентов в оплате медицинской помощи). Такой подход используется в качестве основы для описания и анализа «исходной точки», предшествующей началу преобразований систем финансирования (см. главу 2), а также последовательных реформ, проводимых в различных странах вне зависимости от моделей финансирования или «ярлыков», применяемых для описания систем финансирования этих стран (например, модели Бевериджа или Бисмарка). Подфункции и стратегии системы финансирования рассматриваются во второй части книги, цели политики, используемые в качестве критериев оценки реформ, описаны во второй и третьей частях. На рисунке 1.2 представлена связь между финансированием здравоохранения, другими функциями системы здравоохранения, целями политики финансирования здравоохранения и целями системы здравоохранения в целом. В ходе анализа основное внимание следует уделить связям между инструментами и целями политики финансирования здравоохранения, которые выделены жирными линиями на диаграмме.

Третьим основным элементом является определение и анализ влияния контекстуальных факторов, ограничивающих уровень достижения стратегических целей и влияющих на возможности проведения намеченных реформ. Наиболее важным из этих факторов является **фискальная система**. Под этим подразумевается способность правительства мобилизовать налоги<sup>4</sup> и прочие государственные доходы и необходимость соблюдения баланса между полученными доходами и общими расходами государства. Как показано в главе 3, с точки зрения фискальной системы страны с переходной экономикой значительно

<sup>4</sup> Сюда входят все формы обязательных платежей, таких как подоходный налог и налог на добавленную стоимость, формирующих доходную часть бюджетов, а также специальные налоги на заработную плату в виде отчислений в фонды социального медицинского страхования.



**Рис. 1.2.** Связи между системой финансирования здравоохранения и ее стратегическими целями, другими функциями системы здравоохранения и целями системы здравоохранения в целом

Источник: Kutzin 2008.

разняться. Эти различия отражаются в достижении основных целей, таких как обеспечение финансовой защиты, справедливости в распределении финансирования и справедливости в потреблении услуг. Причина этих различий кроется в том, что системы, которые в большей степени полагаются на государственное финансирование, как правило, легче достигают поставленных целей, и чем больше средств имеется в распоряжении государства, тем больше средств оно может выделить на здравоохранение. Именно поэтому в рамках данной схемы концепция финансовой устойчивости<sup>5</sup> рассматривается не как стратегическая цель, а, скорее, как эквивалент бюджетного ограничения в финансировании систем здравоохранения. Таким образом, при сравнении стран с различными фискальными системами оценка результатов проводимых реформ финансирования здравоохранения должна осуществляться с точки зрения достижения стратегических целей развития систем финансирования сектора при учете необходимости соблюдения принципа финансовой устойчивости<sup>6</sup>. Поскольку системы здравоохранения не могут существовать в условиях постоянного дефицита, то

<sup>5</sup> Heller (2005) определяет финансовую устойчивость как «...способность правительства, по крайней мере в будущем, финансировать запланированные программы, обслуживать долговые обязательства... и поддерживать необходимый уровень платежеспособности» (стр. 3).

<sup>6</sup> Это схоже с различиями между достижениями системы здравоохранения и функционированием системы здравоохранения (WHO 2000).

должна существовать система ограничительных мер, направленная на нахождение компромиссных решений при достижении стратегических целей системы финансирования сектора. Чем более ограниченными будут финансовые условия, тем более жесткими будут обеспечивающие устойчивость **компромиссы развития**.

i. Первый основной элемент: предлагаемые задачи политики финансирования здравоохранения

Стратегические цели систем финансирования здравоохранения выступают в качестве критериев оценки их деятельности и проводимых реформ. Такой подход к определению критериев основан на выделении из общих целей функционирования систем здравоохранения, представленных в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000*<sup>7</sup>, тех целей, на которые могут влиять системы финансирования сектора. На основе этого мы выделили следующие **стратегические цели систем финансирования здравоохранения**.

- Стратегические цели системы финансирования, которые, по сути, совпадают с общими целями системы здравоохранения:
  - усиление всеобщей защиты от финансовых рисков;
  - обеспечение более справедливого распределения бремени финансирования системы здравоохранения.
- Стратегические цели системы финансирования, которые являются вспомогательными промежуточными задачами, направленными на достижение общих целей системы здравоохранения:
  - содействие справедливому использованию и предоставлению услуг в зависимости от потребностей в данных услугах;
  - повышение прозрачности и подотчетности системы (финансирования) здравоохранения перед населением;
  - повышение качества и эффективности системы оказания услуг;
  - повышение эффективности администрирования системы финансирования здравоохранения.

Несмотря на то что страны используют различные подходы для достижения этих целей и придают им разное значение, мы полагаем, что обозначенные цели являются универсально применимыми и не зависят от того, какое название носят системы финансирования здравоохранения или какие модели используются. Кроме того, эти цели могут быть переведены в плоскость конкретных мероприятий, которые, в свою очередь, могут выступать в качестве плановых показателей реализации практических политических мер. В данной книге рассмотрены

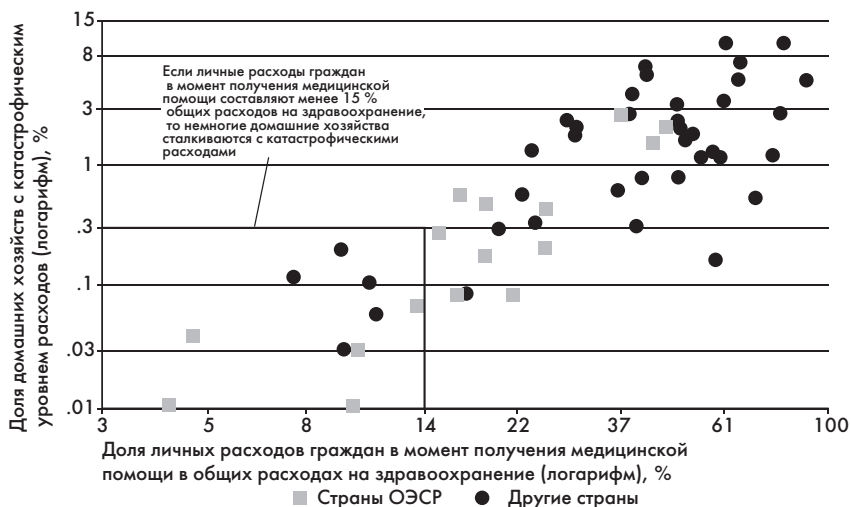
<sup>7</sup> Такими целями являются улучшение уровня состояния здоровья населения и его распределения по различным группам; повышение уровня и улучшение распределения отзывчивости системы здравоохранения к ожиданиям (помимо клинических аспектов) населения; повышение уровня «справедливости» финансовых вкладов в деятельность системы здравоохранения со стороны населения; а также повышение общей эффективности системы, что означает обеспечение максимального достижения ранее упомянутых целей с учетом ограниченности доступных ресурсов.

концепции и некоторые из мер с учетом страновых и контекстуальных особенностей.

Защита от финансового риска, связанного с ухудшением состояния здоровья, или *финансовая защита*, является целью, которая коротко может быть сформулирована следующим образом: люди не должны становиться бедными в результате получения медицинской помощи, а также не должны быть вынуждены выбирать между их физическим (и психическим) здоровьем и экономическим благосостоянием. В сущности, данная проблема отражает одну из самых непосредственных связей между состоянием здоровья и благосостоянием: возможный уровень обнищания людей в результате необходимости оплаты медицинской помощи или, напротив, эффективность системы финансирования здравоохранения с точки зрения защиты людей от риска обнищания в результате потребления медицинских услуг. Существуют стандартные методы оценки уровня достижения этой цели (например, Wagstaff and van Doorslaer 2003):

- доля домашних хозяйств, в которых расходы на медицинскую помощь достигают «катастрофического» уровня (расходы на медицинскую помощь, превышающие определенную пороговую величину, исчисляемую в процентах от общих расходов семьи или от общих расходов семьи за вычетом расходов на питание);
- уровень расходов, приводящий к обнищанию, определяемый как влияние медицинских расходов на «индекс численности бедных» (абсолютная или относительная численность домашних хозяйств, находящихся ниже национальной черты бедности по причине высоких расходов на медицинскую помощь) или на «глубину бедности» (насколько ниже черты бедности находится домашнее хозяйство в связи с понесенными расходами на медицинскую помощь).

Финансовая защита направлена на снижение возможного обнищания населения, вызываемого расходами на медицинскую помощь. Теоретически в расходы домашних хозяйств на здравоохранение должны включаться все виды расходов, осуществляемые как в форме прямых расходов (личные расходы граждан в момент получения медицинской помощи и предварительные платежи на медицинское страхование), так и косвенных расходов (общие налоги, не предназначенные для конкретных целей). На практике, однако, большинство из существующих доказательств опирается только на данные о личных расходах граждан в момент получения медицинской помощи, и их уровень определяет, являются ли расходы катастрофическими или приводят ли они к обнищанию. Данная тема является важной с точки зрения социальной политики, однако мы не будем останавливаться на этом и не станем в общих чертах рассматривать связь между ухудшением состояния здоровья населения и его экономическим благосостоянием. Вместо этого мы более детально рассмотрим вопрос о том, как реформы финансирования здравоохранения влияют на расходы домашних хозяйств на медицинскую помощь.



**Рис. 1.3.** Доля домашних хозяйств с катастрофическим уровнем расходов и доля личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи в общих расходах на здравоохранение

Источник: Xu et al. 2005.

Примечание: ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития.

Даже без проведения глубокого анализа данных обследований, направленных на определение катастрофических или приводящих к обнищанию последствий, международный опыт свидетельствует о том, что высокие уровни личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи должны вызывать серьезную озабоченность. Анализ данных почти 80 стран мира (рис. 1.3) свидетельствует о сильной корреляции между долей личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи в общих расходах на здравоохранение и долей семей, несущих катастрофические<sup>8</sup> расходы в связи с необходимостью получения медицинской помощи (Xu et al. 2005). Таким образом, даже при отсутствии более сложного анализа данных доля личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи в общих расходах на здравоохранение может выступать в качестве полезного показателя уровня достижения цели финансовой защиты.

Цель обеспечения *справедливого финансирования* системы здравоохранения связана с предыдущей целью, но при этом является самостоятельной. Достижение этой цели предполагает, что бедные не должны платить больше, чем богатые, исчисляя их расходы на здравоохранение в пропорции доходов этих групп населения (распределение должно быть прогрессивным или, по крайней мере, пропорциональным доходу). Таким образом, цель обеспечения справедливости в фи-

<sup>8</sup> Используемый в данном анализе катастрофический пороговый уровень составляет 40 % от доходов семей, оставшихся после удовлетворения основных их потребностей, таких как потребность в пище.

нансировании тесно связана с концепцией солидарности. Анализ уровня справедливости в финансировании, как анализ уровня финансовой защиты, должен проводиться с учетом всех источников финансирования здравоохранения. Это относится к учету всех расходов домохозяйств: прямых расходов в форме личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи (добровольных или обязательных) предварительных платежей на медицинское страхование и косвенных расходов в форме общих налогов, не предназначенных для конкретных целей. Проведение полного анализа требует определения различных источников финансирования системы здравоохранения, проведения анализа их дистрибутивного влияния (т.е. кто платит) и агрегирования данных по относительному уровню взносов в общий объем финансирования здравоохранения. Доказательства, полученные в основном из опыта стран с высоким уровнем доходов (Wagstaff et al. 1999), свидетельствуют о том, что система обязательных предварительных платежей (общее налогообложение и взнос на обязательное медицинское страхование (ОМС) в виде отчислений на заработную плату) обычно носит более справедливый характер; источники добровольных предварительных платежей (добровольное медицинское страхование (ДМС)) характеризуются более низким уровнем справедливости, а личные расходы граждан в момент получения медицинской помощи являются наиболее регрессивными.

Для оценки системы финансирования здравоохранения конкретной страны недостаточно лишь рассмотрения вопросов финансовой защиты и финансовой справедливости. Причина этого кроется в том, что эти цели системы финансирования не отражают воздействия системы на показатели уровня потребления медицинских услуг. Действительно, поскольку личные расходы граждан по определению возникают в момент получения услуги и поскольку такая форма платежей имеет пагубные последствия для целей обеспечения финансовой защиты и справедливости в финансировании, то показатели, отражающие уровень достижения этих стратегических целей, будут улучшаться в силу снижения потребления медицинских услуг бедными слоями населения<sup>9</sup>. Таким образом, для получения разумной интерпретации политических решений необходимо одновременно рассматривать цели совершенствования системы финансирования и ее влияние на потребление медицинской помощи (Pradhan and Prescott 2002).

Цель обеспечения **справедливости в потреблении** медицинской помощи можно сформулировать следующим образом: услуги здравоохранения и ресурсы должны распределяться по потребностям, на распределение не должны влиять другие факторы, например возможность

<sup>9</sup> Если менее обеспеченные люди будут в большей степени лишены возможности пользоваться медицинскими услугами в силу их высокой стоимости, то на потребление и личные расходы граждан в момент получения медицинской помощи более состоятельных групп населения будет приходиться большая доля. В результате данные обследования домохозяйств о расходах на здравоохранение будут в большей степени указывать на улучшение справедливости в финансировании отрасли, нежели чем говорить о том, что бедные и богатые слои населения потребляли медицинские услуги в равной степени и платили за них одинаково.

граждан оплачивать услуги. В то время как цели финансирования преимущественно затрагивают вопросы привлечения денежных средств в систему здравоохранения, цель обеспечения справедливости в потреблении (с точки зрения вклада политики финансирования отрасли) в большей степени связана с тем, как денежные средства *расходуются* системой здравоохранения. Таким образом, решение задачи обеспечения справедливости в потреблении услуг здравоохранения возможно посредством установления справедливости в распределении ресурсов и расходов на здравоохранение.

Данная задача сама по себе нетрудна для понимания, однако проведение последовательной оценки связано с определенными трудностями, так как не существует стандартной и недорогой методики, способной обеспечить объективную оценку *потребности*. Тем не менее это не должно быть непреодолимым препятствием для практического и стратегического подходов. Равный доступ при одинаковых потребностях определяется нами в зависимости от потребностей в медицинской помощи в рамках устанавливаемого государством набора медицинских услуг, полагая, что это является практической задачей политиков. Несмотря на правдивость утверждения о том, что те, у кого есть возможность платить, могут получить медицинские услуги быстрее или получить услуги, которые не входят в состав устанавливаемого государством набора, мы заинтересованы в том, чтобы это не влияло на возможность остальной части населения получать необходимую медицинскую помощь в рамках установленного набора.

Говоря о системе проведения оценки, можно сказать, что многие исследования основываются на получении ответов на вопросы, задаваемые в ходе обследования, в результате чего происходит попытка установить связь между показателями потребления услуг и самооценкой их состояния здоровья и потребностей. Такие показатели несовершенны, однако могут использоваться на практике при условии принятия разумных допущений о том, каким образом следует интерпретировать данные о потреблении и потребности. Например, на рис. 1.4 представлены результаты анализа данных обследования, проведенного в Ирландии, характеризующих потребление различных видов медицинских услуг в зависимости от уровня доходов респондентов. На долю наименее обеспеченных 40 % населения (двух самых низких доходных квинтилей) приходится более половины всех дней пребывания в стационаре и обращений к врачам общей практики. Для сравнения, при обращении к стоматологам наблюдается противоположная картина — более 28 % обращений приходится на долю самых обеспеченных 20 % населения (Layte and Nolan 2004). Распределение потребления 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 отношению к стоимости этих медицинских услуг. Однако распределение потребления стоматологической помощи “в пользу богатых” вряд ли отражает реальные потребности населения и может





**Рис. 1.4.** Процент использования медицинских услуг по доходным квинтилям, Ирландия, 2000 г.

Источник: Layte and Nolan 2004.

быть связано в большей степени с осуществлением платежей за услуги стоматологов в момент их получения, что, скорее всего, удерживает людей с более низкими уровнями доходов от получения этого вида медицинской помощи.

Цель повышения уровня **прозрачности и подотчетности** системы для населения также связана с трудностями в интерпретации и проведении оценки. Определение концепции и оценка результатов реформ затруднены, поэтому необходимо установить такие ограничения, которые позволят сделать применяемую концепцию полезной с точки зрения управления. Понятия прозрачности и подотчетности можно определить по-разному, но в целях нашего исследования мы сосредоточим наше внимание на двух наиболее важных аспектах:

- прозрачность с точки зрения понимания людьми того, на что они имеют право и какие обязательства должны при этом нести (и понимание со стороны медицинских работников), а также степень реализации данного принципа на практике;
- прозрачность и подотчетность финансирующих организаций в здравоохранении (например, требования к составлению отчетов, аудиту и т.д.).

В соответствии с очень простой, но целесообразной концепцией, прозрачность (или ее отсутствие) в определении, а также понимании и реализации прав и обязанностей находит свое отражение в применении неформальных платежей за получение медицинской помощи в форме прямых платежей пациентов (или лиц, действующих от их имени, например членов семьи) медицинским работникам в денежном или натуральном выражении в дополнение к другим платежам, официально установленным в утвержденном наборе медицинских услуг, за услуги

и соответствующие ресурсы, на которые пациенты имеют право (Gaál and McKee 2004). Уровень таких платежей является прямым отражением отсутствия прозрачности, поскольку обязанность осуществлять эти платежи не предусмотрена, но выполняется на практике. Также можно учитывать другие методы оценки, например качественные или количественные данные, отражающие мнение людей о том, за что при оказании медицинской помощи люди должны платить, какие медицинские услуги и на каких условиях являются бесплатными, знают ли представители льготных групп населения о том, что они относятся к этим группам и т.д. Реформы, направленные на сокращение неформальных платежей, рассматриваются в главе 12.

Дать точное определение прозрачности и подотчетности финансирующих организаций в здравоохранении, пожалуй, еще труднее, а потому сложнее их измерить и оценить. По определению Brinkerhoff (2004), суть концепции подотчетности заключается в **ответственности**, т.е. обязанности отвечать на вопросы о принятых решениях и (или) действиях. Кроме этого, «другим определяющим элементом подотчетности является наличие и применение санкций за незаконные или ненадлежащие действия и поведение, изобличающие безответственность». В практических целях следует выделить три вида подотчетности: финансовую, производственную и политическую (демократическую). Данные виды подотчетности связаны с теми проблемами, которые рассматриваются в этой книге. Первый вид подотчетности касается контроля движения средств и ведения отчетности о финансовых ресурсах (например, аудит). Второй вид подотчетности подразумевает способность демонстрировать и представлять отчеты о выполнении заранее согласованных целей и показателей. Последний вид подотчетности связан с повышением легитимности власти в глазах граждан. Мы будем рассматривать эти задачи в разных главах книги. Однако теме «финансирующих организаций в здравоохранении», таких как фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС) или другие государственные учреждения, которые управляют финансовыми ресурсами системы здравоохранения, мы посвятили отдельную главу (глава 13).

Механизмы финансирования должны способствовать повышению **качества и эффективности** организации и предоставления медицинских услуг путем создания соответствующих стимулов. Мы фокусируемся на **возможностях** системы финансирования создавать стимулы для повышения качества и эффективности, отмечая при этом, что улучшение деятельности системы здравоохранения по этим направлениям является не только результатом финансовых стимулов, но возможно лишь в их сочетании с мероприятиями в сфере оказания услуг, аккумулирования ресурсов и управления.

Хотя качество имеет множество измерений, в этой книге основное внимание мы уделили качеству оказания медицинской помощи, которое определяется достижениями в улучшении здоровья пациентов (или результатами работы) в результате медицинского вмешательства. Кроме того, также учитывается влияние реформ на «межличностную оцен-

ку качества», связанную с такими немедицинскими аспектами здравоохранения, как уровень комфорта, поведение работников и т.д. Данный аспект отражает (межличностное) качество как промежуточный показатель повышения отзывчивости (см. рис. 1.2).

В Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 эффективность связывается с общей деятельностью системы здравоохранения и предполагает максимизацию достижения целей и задач (панель «Цели системы здравоохранения» на рис. 1.2), по сравнению с тем, что потенциально может быть достигнуто с учетом внешних по отношению к сектору здравоохранения факторов, таких как уровни доходов и образования. Однако в данной публикации мы фокусируемся на эффективности как промежуточной цели. Это больше связано с концепцией технической эффективности, в соответствии с которой требуется минимизация производственных затрат для выпуска конечного продукта, каким бы ни был этот продукт. Техническая эффективность может рассматриваться как на уровне производителей медицинских услуг, так и на уровне финансирующих организаций (объясняется далее) и системы здравоохранения в целом. Общей целью реформ, например, в странах с переходной экономикой было сокращение инфраструктуры предоставления услуг. По сути, это связано с сокращением постоянных затрат на предоставление услуг и с перераспределением имеющихся ресурсов в сторону увеличения переменных затрат, таких как расходы на медикаменты и предметы медицинского назначения. С этой точки зрения, повышение технической эффективности в системе оказания медицинских услуг является промежуточной задачей для достижения всех целей системы здравоохранения. В этом смысле более эффективное использование имеющихся ресурсов позволяет системе здравоохранения улучшать состояние здоровья населения, повышать справедливость в вопросах состояния здоровья различных групп населения, улучшать финансовую защиту, повышать степень отзывчивости и т.д. в пределах доступных ресурсов.

Повышение *эффективности управления* предусматривает минимизацию дублирования функциональных обязанностей, связанных с управлением системой финансирования здравоохранения. Это не подразумевает широкого вопроса снижения административных расходов, более того, в реальности многие административные расходы необходимы и способствуют улучшению работы системы здравоохранения. Следовательно, необходимо также уделять внимание попыткам максимально повысить эффективность затрат административных функций (в части их влияния на уровень достижения стратегических целей). Эффективность затрат конкретных административных функций, таких как процессы, используемые агентствами по закупкам для проверки целесообразности госпитализации, зависит от того, насколько хорошо эти функции выполняются и дублируется ли ответственность за их реализацию несколькими агентствами. В некоторых случаях система финансирования здравоохранения сама создает то, что можно назвать «чистыми издержками», которые, с общественной точки зрения,

являются затратами, никак не способствующими улучшению функционирования системы здравоохранения. Примерами таких затрат служат расходы, осуществляемые конкурирующими страховщиками для выявления и привлечения относительно здоровых лиц. Такие расходы обеспечивают получение ими дополнительных доходов, однако не способствуют реализации стратегических целей, определяемых в данной публикации. Административные расходы (и любые связанные с этим выгоды) необходимо рассматривать на уровне системы в целом, а не в рамках отдельно взятой индивидуальной схемы страхования. Полная оценка эффективности должна включать в себя рассмотрение административных расходов каждого отдельного страховщика, а также все дополнительные административные расходы, возникающие на порядочительном уровне и уровне поставщиков медицинских услуг (Kutzin 2001).

В силу того, что вопросы качества и эффективности, равно как и реформы, направленные на улучшение этих сфер, зависят от конкретной страны и ситуации, приводимые в данной книге доказательства не базируются на единообразных стандартных показателях достижений этих целей<sup>10</sup>. Вместо этого используемые в данной книге показатели отражают результаты реформ по отдельным аспектам качества и эффективности, на которые были нацелены эти реформы.

ii. Второй основной элемент: концептуальная основа для проведения описательного анализа системы финансирования здравоохранения и ее реформ

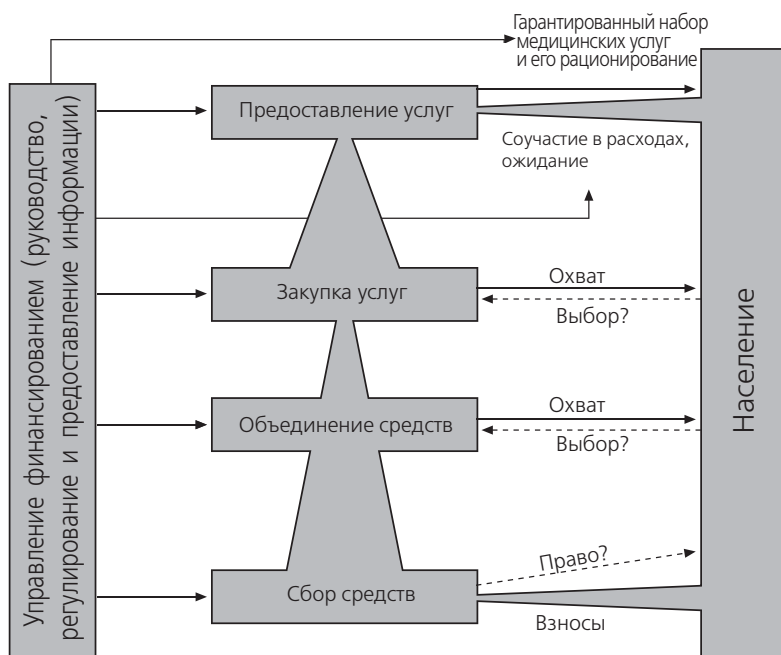
Зачастую системы финансирования здравоохранения подразделяются на различные категории в соответствии с моделями или по названиям (например, Беверидж, Бисмарк, Семашко). Такие обозначения могут быть полезны для отражения важного политического значения или культурной среды, в которой данная система здравоохранения рассматривается в качестве «образа жизни» (Saltman and Dubois 2004). Например, во многих странах с переходной экономикой 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 рассмотрении данного вопроса через призму политики финансирования здравоохранения такие широкие классификации мало способствуют пониманию существующих систем, оценке эффективности возможных реформ или экспериментированию с новыми идеями в области реформирования здравоохранения. Модели определяются главным образом по источнику финансирования (общие бюджетные доходы или поступления за счет налогов на заработную плату), однако все больше растет призна-

<sup>10</sup> В отличие от более стандартизированных показателей, применяемых в оценке мер, направленных на повышение финансовой защиты и справедливости в финансировании и потреблении медицинских услуг.

ние того, что страны могут проводить (и уже проводят) значительные реформы своих систем финансирования без изменения источников финансирования. С концептуальной точки зрения источник финансирования не должен определять характер организации сектора, механизмы распределения ресурсов или точность, с которой определяются права на получение гарантированного набора медицинских услуг. Отсюда следует, что использование таких категорий, как «системы, финансируемые за счет налогов» или «системы социального медицинского страхования», является концептуально неадекватным. 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 (Kutzin 2001).

Используемая нами концептуальная основа для описания различных систем финансирования здравоохранения и реформ, проводимых в регионе, объединяет различные *подфункции* и стратегии, изображенные на рис. 1.5. К ним относятся сбор доходов, объединение средств, закупки и политика рационирования гарантированного набора медицинских услуг. Такая концептуальная основа дает четкое представление о том, каким образом подфункции связаны между собой, как они связаны с населением и с другими функциями системы здравоохранения — оказание медицинской помощи и «управление финансированием». Последнее реализуется на практике посредством схем управления для учреждений, выполняющих подфункции финансирования, а также за счет обеспечения регулирования и предоставления информации, что позволяет системе давать лучшие результаты. В некотором смысле каждая подфункция может быть представлена в виде «рынка», на котором присутствуют управление, регулирование и информация, необходимая для ориентации этих рынков на достижение конечных социально значимых результатов (стратегических целей). Подход, рассматриваемый в рамках данной концептуальной основы, дает полное представление о системе финансирования здравоохранения, уделяя основное внимание взаимодействию между различными частями системы, а не более мелким вопросам конкретных инструментов проведения реформ. Базовые положения подхода, описанные в этой главе, являются основой для структуры второй части книги. Данная концептуальная основа является развитием более ранней работы по анализу финансирования здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода, где использование моделей Западной Европы оказалось малоэффективным в плане понимания фрагментированных систем финансирования здравоохранения и вариантов реформ (Frenk 1995; Londoño and Frenk 1997; Kutzin 2000, 2001; WHO 2000; Baeza et al. 2001).

Подфункции, принципы и взаимосвязи, изображенные на рис. 1.5, даже если они не выражены в явной форме, являются общими для всех систем, включая модели Бевериджа, Бисмарка, Семашко и любые про-



**Рис. 1.5.** Концептуальная основа для понимания организации систем финансирования здравоохранения

Источник: по материалам Kutzin 2001.

межоточные модели. Доскональные знания каждого «ящичка и стрелки», показанных на рисунке, имеет большое значение для понимания существующей системы финансирования здравоохранения конкретной страны, и в сочетании с оценкой деятельности системы с точки зрения достижения ранее описанных стратегических целей — для всестороннего описания и оценки реформ.

**Сбор доходов.** Как показано на рис. 1.5, связь между сбором доходов и населением отражает тот факт, что население выступает в качестве источника всех средств (кроме средств, поступающих из других стран или внешних организаций по оказанию помощи). Обратная связь между этими элементами, обозначенная как “право?”, указывает на то, что в некоторых системах право на гарантированное медицинское обслуживание зависит от вклада, сделанного данным лицом или от его имени, тогда как в других системах данное право вытекает из наличия статуса гражданина или постоянно проживающего в данной стране. Наличие или отсутствие такой связи между взносом и предоставлением прав является важным концептуальным различием в моделях финансирования здравоохранения Бисмарка и Бевериджа.

При анализе данной подфункции необходимо рассматривать не только учреждения, занимающиеся сбором доходов для системы здравоохранения, но и учитывать используемые методы сбора и первичные источники финансирования. Правительство не является “источником” средств, оно собирает налоговые поступления, источником которых

является население<sup>11</sup>. Таким образом, категории, обычно используемые для классификации источников финансирования, фактически касаются преимущественно механизмов осуществления взносов. К таким механизмам относятся: общие (т.е. нецелевые) налоговые поступления, поступления за счет налогов на заработную плату, которые обычно предназначены для ОМС (часто именуемые как «взносы на социальное медицинское страхование»), добровольные предварительные платежи (как правило, при ДМС) и личные платежи граждан в момент получения медицинской помощи. В рамках этих широких категорий существуют значительные вариации, которые могут иметь немалое значение для достижения стратегических целей. Например, распределительный эффект от различных источников налоговых поступлений, таких как подоходный налог, налог на прибыль корпораций и налог на добавленную стоимость, не одинаков. Аналогично, существуют различные механизмы осуществления предварительных добровольных платежей, например оценка премии, исчисляемая на основе предыдущего опыта, и оценка премии на основе уровня премий, распространенных в данной общине, которые также по-разному влияют на уровень справедливости. Реформы финансирования здравоохранения могут повлечь за собой изменения в механизмах осуществления взносов и (или) создание новых учреждений по сбору платежей, что, в свою очередь, может привести к распределительным последствиям для лиц, первоначально осуществляющих взносы. Именно поэтому целесообразно подробно рассмотреть подфункцию сбора доходов (глава 4).

Во многих странах с низким и средним уровнем дохода существуют контекстуальные ограничения при выборе возможных альтернативных источников финансирования здравоохранения. Важным примером таких ограничений является пример стран с высокой долей людей, не работающих в формальном секторе экономики. В такой ситуации налогообложение прибыли или доходов затруднено, следовательно, налоговые поступления этих стран формируются в основном за счет налогов на потребление (например, налога на добавленную стоимость) (Gottret and Schieber 2006). Хотя сбор доходов является подфункцией системы финансирования здравоохранения, контекстуальные ограничения сдерживают проведение реформ во многих странах, делая источники дохода и агентства по сбору платежей скорее составляющими элементами более широкого контекста, нежели чем объектами, которые могут быть в значительной степени преобразованы благодаря реформам системы финансирования здравоохранения.

**Объединение средств.** В наиболее общем смысле объединение средств означает накопление заранее оплаченных от имени населения доходов. Расположение подфункции объединения средств между *сбором и закупкой*, как показано на рис. 1.5, говорит о важности понимания связей (в частности, механизмов распределения), возникающих

<sup>11</sup> Это может быть не всегда верно в том смысле, что правительства (на местном, региональном и центральном уровнях) могут иметь полное право на доходные источники (например, государственные предприятия) или владеть акциями компаний и получать от них доход.

между этими подфункциями. В связи с этим возникает необходимость анализа *горизонтальной* рыночной структуры системы объединения средств (например, одиночная или множественная, выбор пулов, территориальное выделение или совмещение и т.д.) в конкретной стране, а также определения, являются ли агентства по аккумулярованию средств *вертикально* интегрированными с агентствами по сбору средств и по закупке или отделены от них.

Объединение средств возникает, когда средства выделяются из агентств по сбору платежей (в соответствии с возможными механизмами распределения) одной или нескольким организациям по объединению средств. Иногда это распределение происходит в рамках одной организации (например, в рамках частного страхового фонда, который собирает премии и объединяет их от лица плательщиков премий), в то время как в иных случаях функциональные обязанности могут быть разделены между различными учреждениями (например, сбор налогов на заработную плату, осуществляемый налоговыми органами или многоцелевыми «социальными фондами», с последующим выделением части доходов, предназначенных для здравоохранения, из этих агентств в ФОМС). Объединение средств для оказания медицинской помощи осуществляется широким кругом различных государственных и частных учреждений, включая национальные министерства здравоохранения (МЗ), децентрализованные подразделения МЗ, местные органы власти, фонды социального медицинского страхования, частные коммерческие и некоммерческие страховые фонды, общественные неправительственные организации (НПО) и др. Эти организации, в свою очередь, выделяют объединенные средства покупателям медицинской помощи. В большинстве случаев объединение и закупка осуществляются одним и тем же учреждением. Таким образом, такое распределение неявное и осуществляется в пределах одной организации. Однако распределение ресурсов также может осуществляться между организациями по объединению средств, например распределение доходов с учетом рисков конкурирующим страховым фондам либо неконкурирующим территориальным органам управления здравоохранением.

Изменение форм аккумулярования средств может оказывать влияние не только на уровень защиты населения от финансовых рисков, связанных с потреблением медицинской помощи, но и на обеспечение справедливости в распределении ресурсов здравоохранения, на возможности систем создавать стимулы для повышения эффективности организации процесса предоставления услуг, а также эффективности управления системой здравоохранения в целом. Следовательно, целесообразно не только рассматривать объединения рисков в целях обеспечения финансовой защиты, но и то, как финансовые пулы могут быть реорганизованы для успешного решения других стратегических целей. Кроме того, вопросы объединения средств должны рассматриваться не только для медицинских услуг, оказываемых на индивидуальном уровне, но и для всей системы здравоохранения, включая финансирование услуг здравоохранения, оказываемых на популяционном уровне,



и вертикальных программ. Данные вопросы, рассматриваемые в главе 9, являются в значительной степени неисследованными в литературе по финансированию здравоохранения.

**Закупки** — обобщающий термин, определяющий процесс передачи объединенных средств производителям медицинских услуг, осуществляемый в интересах населения. Вместе с объединением средств, как показано стрелками на рис. 1.5, закупки позволяют обеспечивать страховым *покрытием* отдельных лиц. Иными словами, происходит объединение финансовых средств и закупка услуг от имени всего населения или некоторой его части. Основные проблемы в области закупок связаны с учреждениями, выполняющими данную подфункцию, с рыночной структурой закупок, а также используемыми для закупок механизмами. Проблемы, касающиеся учреждений и рыночной структуры, очень схожи с проблемами, возникающими при объединении средств, с учетом того, что обычно данные подфункции выполняются одним и тем же учреждением. Особое внимание уделялось необходимости перехода от пассивных закупок к активным или стратегическим закупкам. Минимальным требованием для данного перехода является осуществление отчислений хотя бы некоторым поставщикам медицинских услуг на основе *информации* об их деятельности или о потребностях населения в медицинских услугах. Таким образом, изменение содержания и роли информационных систем стало неотъемлемой частью процесса проведения реформ в сфере осуществления закупок в регионе. В целях изменения стимулов, направленных на повышение качества или эффективности системы оказания медицинской помощи, применяются специфические механизмы, включающие в себя изменения процедур заключения контрактов с производителями и их оплаты. К таким механизмам могут относиться ретроспективные административные процедуры, направленные на осуществление проверки качества и адекватности оказанной медицинской помощи или, как минимум, выявления случаев составления недобросовестных отчетов (Figueras, Robinson and Jakubowski 2005).

Ключевым вопросом, связанным с обеспечением эффективности применения стратегических методов закупок, является *согласованность* применения таких методов с организационными и институциональными механизмами работы с производителями услуг. Например, в ситуации, когда руководители государственных учреждений лишены самостоятельности в области финансового управления (т.е. они не имеют права перемещать средства с одной статьи бюджетной сметы на другую), изменения в системе оплаты их услуг будут неэффективными. Аналогично этому, введение методов оплаты, направленных на перенос финансовых рисков на производителей, не будет эффективным, если производители не несут финансовой ответственности за свои долги. Подобная ситуация наблюдалась в ряде стран региона, где, например, государственные больницы могут списывать свой дефицит в общий дефицит бюджета простым переносом своего дефицита из текущего года в следующий, или, в более общем виде, существуют в условиях “мягких бюджетных ограничений” (Duran et al. 2005; Hensher and Edwards 2005; Chawla 2006).

**Покрытие: гарантированный набор медицинских услуг и ограничительные меры.** К важнейшим вопросам политики финансирования здравоохранения относится охват населения медицинскими услугами. Как будет показано в главе 7, охват характеризуется тремя измерениями: доля населения, имеющего право на получение услуг, оплачиваемых из объединенных средств («ширина»), включение или исключение определенных услуг из покрытия («диапазон») и стоимость, которую пациент должен оплатить при получении данной услуги («глубина»). Эта стоимость, как правило, выступает в виде соучастия пациентов в расходах, а также может определяться при помощи неценовых ограничительных механизмов, таких как листы ожидания. С политической точки зрения целесообразно выделять три аспекта понятия покрытия: на кого распространяется покрытие, какие услуги будут покрыты, какая часть этих услуг оплачивается (например, определение размеров со-платежей пациентов). Как отмечено на рис. 1.5 пунктирной линией под названием «право?», ширину покрытия можно определить по тому, каким образом осуществляется финансирование системы здравоохранения. Так, например, в некоторых системах права на получение медицинской помощи формируются на основании взносов, осуществляемых конкретными лицами или лицами, действующими от их имени, в то время как в других системах подобная связь отсутствует и данное право присваивается на основании наличия гражданства, права на проживание или соответствия другим критериям.

Политика по установлению и ограничению набора гарантированных медицинских услуг обеспечивает, пожалуй, самую прямую связь между системой здравоохранения и населением. В рамках применяемой нами концепции существует два способа концептуализации набора медицинских услуг. Во-первых, целесообразно рассматривать набор гарантированных услуг как услуги (и средства доступа к услугам), которые покупатель (покупатели) оплачивает из объединенных средств. Данное определение подразумевает, что услуги, не входящие в этот набор (полностью или частично), должны оплачиваться (полностью или частично) пациентами в рамках или за пределами системы государственного финансирования. С помощью этого устанавливается явная связь между набором услуг и ограничениями (т.е. частично оплачиваемые услуги являются предметом рационирования, проводимого путем финансового соучастия граждан в оплате медицинской помощи или путем введения листов ожидания). Подобный подход обеспечивает сдвиг политики в сторону интегрированной политики финансирования здравоохранения, исключая рассмотрение изолированных мер, направленных на ограничение услуг, получение дополнительных доходов или сдерживание спроса. Включая в это определение «средства доступа», можно рассматривать набор гарантированных медицинских услуг в качестве одного из инструментов, позволяющих управлять потреблением медицинской помощи в желаемом направлении (например, признание права на получение специализированной помощи только при наличии направления первичного звена) (Kutzin 2001).

Во-вторых, важно помнить, что набор гарантированных медицинских услуг по своей сути состоит из прав и обязанностей той части населения, на которую распространяется покрытие, в отношении медицинских услуг, оказываемых на индивидуальном уровне. Этот аспект обеспечивает тесную связь между набором гарантированных медицинских услуг и задачей обеспечения прозрачности финансирования. Права включают в себя доступные услуги, а обязанности представляют собой правила, которые необходимо соблюдать для получения этих услуг, например уплата со-платежей, следование определенной системе направлений и т.д. Таким образом, одной из задач реформирования финансирования здравоохранения является повышение осведомленности населения о наборе гарантированных медицинских услуг и обеспечение практической реализации прав и обязанностей.

**Соединение частей.** В дополнение к анализу каждой подфункции и политики системы финансирования здравоохранения предлагаемый нами подход предусматривает рассмотрение не только особенностей каждой из подфункций, но и роль каждой из них в общей структуре системы. В какой мере реализуются вертикальная интеграция и разделение функциональных обязанностей? Когерентно ли определены механизмы сбора средств, их объединения, закупок и набор гарантированных медицинских услуг и согласованы ли они с институциональными механизмами, регулирующими оказание услуг? Что является сутью *управления* системой финансирования в условиях рыночной природы каждой подфункции?

Поскольку реформы, как правило, затрагивают не одну подфункцию и взаимодействие между ними имеет ключевое значение, важно, чтобы при проведении анализа учитывались эти связи. Данный вопрос рассматривается в каждой главе второй части и в заключительной главе книги. Вопросы управления разделены на три категории: руководство, регулирование и предоставление информации. Эти категории являются обязательным единым, неделимым условием проведения реформ. Руководство является особенно важным в отношении «институтов финансирования здравоохранения», например фондов медицинского страхования (ФМС) (глава 13), наряду с основными вопросами, включая ответственность за общий дизайн системы, подотчетность и выполнение требований к составлению отчетности. Регулирование и информация являются важными политическими мерами, направленными на эффективное согласование подфункций со стратегическими целями.

iii. Третий основной элемент: фискальные ограничения и другие контекстуальные факторы

Как было отмечено ранее, возможности достижения странами стратегических целей системы финансирования здравоохранения, реализуемость или последствия конкретных стратегий реформирования

подвержены влиянию факторов, возникающих вне системы здравоохранения. В целях установления реалистичных задач и разработки соответствующих реформ необходимо изучать эти факторы. Наиболее важным контекстуальным фактором является фискальный контекст, в то время как другие важные факторы связаны с правилами, регулирующими более широкий государственный сектор системы финансового управления и административно-политическую структуру правительства.

**Фискальный контекст.** Фискальный контекст характеризует текущую и будущую возможность государства тратить деньги. Важным показателем, характеризующим фискальную ситуацию в текущий момент, является соотношение государственных расходов (или доходов) и ВВП. Обобщенные доказательства (Schieber and Maeda 1997; Gottret and Schieber 2006) указывают на то, что более богатые страны, как правило, более эффективно мобилизуют налоговые поступления (относительно размеров экономик этих стран). В более бедных странах сбор налогов, как правило, осуществлять сложнее, поскольку большая часть населения обычно проживает в сельской местности или работает в неофициальном секторе экономики. Как представлено в главе 3, взаимосвязь между уровнем национального дохода и бюджетной обеспеченностью характерна также для стран ЦЕ/ВЕКЦА. Тем не менее это не строго детерминированная связь, и в отдельных странах наблюдается существенное отклонение от данной тенденции. На бюджетную обеспеченность влияют и другие важные факторы, в частности демографический состав (доля трудоспособного населения в общей численности населения страны) и эффективность налоговой системы (например, способность обеспечивать выполнение налоговых правил, взимание налогов и т.д.). Безусловно, также важны решения органов государственной власти относительно структуры налоговой системы и уровня налоговых ставок. Перечисленные факторы свидетельствуют о том, что при проведении анализа контекстуальных факторов с целью выработки политики финансирования здравоохранения в конкретной стране необходимо проводить изучение финансовой ситуации, а не только уровня доходов.

Правительства стран должны помнить о своих бюджетных ограничениях; они не могут просто расходовать средства для удовлетворения всех потребностей общества. Это касается также систем финансирования здравоохранения. Однако обеспечение финансовой устойчивости одного сектора государственных расходов, например системы здравоохранения, — задача не из простых. Величина государственных расходов на здравоохранение зависит частично от существующих бюджетных ограничений и частично от государственных решений в отношении приоритетных задач. С математической точки зрения, государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП равны произведению общегосударственных расходов в процентах от ВВП на долю расходов на здравоохранение. Как показано в главе 3, эта доля, от-

ражающая приоритетность здравоохранения для государств<sup>12</sup>, значительно колеблется по странам региона.

Как отмечено ранее, финансовую устойчивость мы рассматриваем не как стратегическую цель системы финансирования здравоохранения, а скорее как обязательство, которое должно выполняться правительством, и это, следовательно, может являться ограничением, с которым страны могут сталкиваться в процессе достижения стратегических целей. Таким образом, существует крайне важное различие между эффективностью и финансовой устойчивостью. При рассмотрении финансовой устойчивости в качестве обязанности работать в рамках существующего бюджета, а не в качестве стратегической цели финансирования здравоохранения фокус политики развития системы смещается с мер, направленных на снижение дефицита, к более широкому подходу к проблеме устранения зон неэффективности как к средству минимизации влияния их воздействия на общие цели здравоохранения при соблюдении принципа сбалансированности бюджета.

**Система управления сектором государственного финансирования.** Изучение вопросов государственного финансирования включает не только понимание возможностей государства мобилизовать налоговые поступления, но и изучение того, как функционирует система управления государственным сектором в целом. Сюда входят такие области, как регулирование государственной службы и правила управления государственным финансированием. Эта система обеспечивает *стимулирующую среду*, которая позволяет достигать желаемых результатов реформ в области финансирования здравоохранения или, напротив, тормозит реализацию некоторых реформ в области финансирования здравоохранения либо создает ряд антистимулов, что в итоге приводит к нежелательным последствиям реформ. Опыт реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА показывает, что отказ от рассмотрения этого набора условий ведет либо к неправильным последствиям, либо к невозможности реализации данных реформ (см. главу 10).

**Административно-политическая структура.** Третьим важнейшим контекстуальным фактором в политике финансирования здравоохранения является структура государства, или, иными словами, степень политической и административной децентрализации в стране. Данный фактор является крайне важным, поскольку структура часто имеет прямое отношение к организации конкретных подфункций финансирования здравоохранения (в основном это касается подфункций объединения средств и закупок, а также предоставления услуг). Например, организация систем финансирования здравоохранения в

<sup>12</sup> Понимая важность использования показателя доли государственных расходов на здравоохранение для определения степени приоритетности, было бы неточно утверждать, что этот показатель 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.

Боснии и Герцеговине отражает децентрализованную организацию государственного управления, что приводит к образованию децентрализованных схем объединения средств (фонды социального страхования (ФСС) объединяют средства и закупают медицинские услуги на уровне округов и административно-территориальных единиц с ограниченной возможностью (или ее полным отсутствием) проведения перекрестного субсидирования). Кроме того, государственные организации, занимающиеся предоставлением услуг, также фрагментированы. В целом такая комбинация вносит свой вклад в неэффективность, проявляющуюся в форме избыточной мощности (Cain et al. 2002). Похожая ситуация сложилась во многих бывших советских странах, унаследовавших вертикально интегрированные схемы объединения средств, закупок и предоставления услуг, выстроенные в соответствии с уровнем власти (республиканский, *областной и районный уровни*). В этих странах реформы финансирования здравоохранения должны были быть направлены в первую очередь на децентрализацию системы. Здесь, как и в других системах, проблемы возникают тогда, когда часть мер в рамках реформы финансирования здравоохранения направлена на централизацию объединения (в целях улучшения защиты от рисков), а в остальных государственных секторах происходит децентрализация.

При рассмотрении политики финансирования здравоохранения в любой конкретной стране следует принимать во внимание упомянутые выше и прочие контекстуальные факторы. Хотя, безусловно, полезно (и необходимо) изучать опыт других стран, нельзя просто скопировать инструменты проведения политики в одной стране для применения в другой стране. Важнейший вопрос для лиц, определяющих национальную политику, состоит в выявлении и ясном понимании того, как факторы, выходящие за рамки системы здравоохранения, ограничивают возможности выполнения задач, и того, что может быть достигнуто в результате реформирования системы финансирования здравоохранения.

## **В. Применение концепции в данной книге**

Целью данного исследования является оценка опыта реализации реформ финансирования в странах ЦЕ/ВЕКЦА, а также извлечение уроков для политиков стран рассматриваемого региона и других стран мира. Эта цель определила структуру книги. В последующих главах первой части книги дается описание исторического обзора систем финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА, а также рассматриваются основные «факты и цифры», характеризующие фискальную систему и структуру расходов на здравоохранение. Это необходимо для ясного представления исходной точки и контекста реформ. За описа-

нием концептуальной основы (рис. 1.5) «второго основного элемента» следует вторая часть. Несмотря на то что целям деятельности («первый основной элемент») не посвящено отдельных глав, они рассматриваются в каждой главе второй части, а также во многих главах третьей части, выступая в качестве критериев оценки опыта реформ. Третья часть посвящена результатам. Некоторые главы (8–10) посвящены тем *важным вопросам*, которым, по нашему мнению, было уделено недостаточно внимания в исследованиях и политике. Другие главы (11 и 12) адресованы рассмотрению *актуальных тем*, обозначенных на повестке дня во многих странах. Глава 13 является единственной главой, полностью посвященной конкретной задаче политики. В заключительной главе книги обобщен опыт стран, включая основные вопросы и проблемы проведения реформ, сформулированы основные выводы для целей политики, а также предложено руководство для политиков по проведению реформ в сфере финансирования здравоохранения.

Стратегия книги включает в себя (1) применение последовательной, функционально-ориентированной концептуальной базы для описания и проведения анализа финансовых систем и реформ, осуществляемых в регионе; (2) описание особенностей, тенденций и выявление общих черт и отличий рассматриваемых стран; (3) анализ выбранных стратегий и результатов реформ с учетом важных контекстуальных различий; (4) выявление узких мест и благоприятствующих факторов; а также (5) извлечение конкретных уроков для принятия политических решений. Мы считаем, что извлечению уроков из опыта реформ будет способствовать концептуальный подход, использованный в данной книге. Реформы финансирования здравоохранения демонстрируют, что «дьявол скрыт в деталях». При проведении классификации возникает риск потери мелких деталей реализации программ, которые могут быть решающими в определении успешности или неуспешности подхода. Именно поэтому основное внимание мы уделяем выявлению факторов, влияющих на успех или неудачу в конкретных странах и контекстах, а не категоризации данного опыта.

## Литература

---

Baeza C et al. (2001). *Towards decent work: social protection in health for all workers and their families. Conceptual framework for the extension of social protection in health*. Geneva, International Labour Organization, Strategies and Techniques against Social Exclusion and Poverty (STEP) program.

Brinkerhoff DW (2004). Accountability and health systems: towards conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*, 19(6):371–379.

Cain J et al. (2002). *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Chawla M (2006). Controlling health expenditures. In: Laursen T, ed. *Current issues in fiscal reform in central Europe and the Baltic states 2005*. Washington, DC, World Bank:99–134.

Duran A et al. (2005). Purchasers, providers and contracts. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press:187–214.

Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press.

Frenk J (1995). Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 32:257–277.

Gaál P, McKee M (2004). Informal payment for health care and the theory of ‘inixit’. *International Journal of Health Planning and Management*, 19:163–178.

Gottret P, Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner’s guide*. Washington, DC, World Bank.

Heller PS (2005). *Understanding fiscal space*. IMF Policy Discussion Paper, PDP/05/4. Washington, DC, International Monetary Fund.

Hensher M, Edwards N (2005). *WHO workshop on hospital debt in Poland: report of WHO consultants on the recommendations by workshop participants*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Systems Financing Programme.

Kutzin J (2000). *Towards universal health care coverage: a goal-oriented framework for policy analysis*. HNP Working Paper. Washington, DC, World Bank Health and Population Advisory Service.

Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56:171–204.

Kutzin J (2008). *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Layte R, Nolan B (2004). *Equity in the utilization of health care in Ireland*. Working Paper 2. Dublin, Economic and Social Research Institute. ([http://www2.eur.nl/ecuity/public\\_papers/ECuity3wp15LayteNolan.PDF](http://www2.eur.nl/ecuity/public_papers/ECuity3wp15LayteNolan.PDF), accessed 30 May 2006).

Londono JL, Frenk J (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41:1–36.

Pradhan M, Prescott N (2002). Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 11:431–446.

Saltman RB, Dubois HFW (2004). 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:21–32.

Schieber G, Maeda A (1997). 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*, 10–11 March 1997. Discussion Paper Number 365. Washington, DC, World Bank.

Wagstaff A, van Doorslaer E (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 12:921–934.

Wagstaff A, et al. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3):263–290.

ВОЗ (2000). *Доклад о здравоохранении в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.



World Bank (2006). World development indicators database [online database]. Washington, DC, World Bank (<http://devdata.worldbank.org/dataonline/>, accessed 25 June 2006).

Xu K et al. (2005). *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Technical briefs for policy-makers, N. 2, WHO/EIP/HSF/PB/05.02. Geneva, World Health Organization.

## **Понимание наследия: системы финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной и Восточной Европы до переходного периода**

*Christopher Davis*

### **А. Введение: структура и цели главы**

В советский период Союз Советских Социалистических Республик (СССР) и коммунистические страны Центральной Европы (далее именуемые страны ЦЕ) в значительной степени различались по размерам территории и населению, экономическому значению, географическому положению и составу населения. Различными были и характеристики их систем здравоохранения, методы финансирования и их эффективность, однако эти различия скорее носили поверхностный характер, нежели были различиями по существу. В конце советской эпохи и на начальном этапе перехода эти системы финансирования здравоохранения постоянно сталкивались все с большим числом проблем, и в начале 1990-х гг. стало ясно, что унаследованные системы требуют внедрения радикальных реформ. Целью этой главы является анализ (1) структуры, стимулов и последствий системы финансирования здравоохранения в этих странах до начала переходного периода и (2) влияния изменений, обусловленных переходом к рыночной экономике в начале 1990-х, на функционирование систем финансирования здравоохранения до реформирования и их способности справляться с новыми возникающими трудностями. Таким образом, данная глава содержит «отправную точку» (см. главу 1) для понимания реформ, описанных далее в этой книге.

Общие коммунистические политические системы и экономики этих странах, рассматриваемые ниже в разделе В, оказывали сильное влияние на сектор здравоохранения и политику в области здравоохранения, что создало конвергенцию на более глубоком уровне. Это становится очевидно из анализа организации (раздел С) и функционирования (раздел D) систем финансирования здравоохранения до переходного периода. В разделе E проводится попытка объединить важнейшие черты организации и функционирования унаследованных систем и определить их взаимосвязь с вновь возникшими в начале переходного периода проблемами в системах финансирования здравоохранения. Эти проблемы были обусловлены происходившими изменениями в более широком экономическом и политическом контексте.

## **В. Политические, социальные и экономические условия системы финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной Европы**

### **i. Политические системы**

СССР и страны ЦЕ характеризовались вариациями коммунистической политической системы и имели фундаментальные сходства в политических процессах (Hough and Fainsod 1979; Rakowska-Harmstone 1984; Schöpflin 1993). На абстрактном уровне характерной чертой политической системы был диктаторский социальный механизм выбора. Это означало, что предпочтения самоизбирающейся партийной элиты определяли государственные приоритеты и выбор между альтернативными стратегиями. Однако коммунистическое руководство часто разделялось на фракции с конфликтующими политическими программами. В федеративных государствах, таких как СССР и Югославия, разделение партийной элиты порой отражало различия между основными национальными группами (например, сербов и хорватов). Как следствие, конфликт часто возникал из-за социального выбора и продвижения предпочтений на более высоком уровне, чем то, что предполагала упрощенная тоталитарная модель. Хотя централизованная государственная власть пыталась получить полный контроль над населением (в частности, в Румынии при Чаушеску и в Албании при Ходже), это оказалось невозможным из-за сложной структуры обществ, ослабления ограничений и отсутствия необходимой информации. Несовершенный характер контроля центра означал, что существуют определенные возможности для самостоятельного маневра организаций, групп и отдельных лиц на более низком уровне. Это нашло отражение в таких явлениях, как создание сложной министерской структуры, сопротивление пар-

тийной бюрократии центральным директивам, регионализм, национализм, коррупция и скрытая экономическая деятельность (черный рынок) (Hough and Fainsod 1979; Sampson 1987; Schöpflin 1993).

## ii. Экономические системы

СССР разработал прототип *командной* экономики (или экономики в условиях дефицита ресурсов), и эта система была принята в странах ЦЕ в послевоенный период (Kornai 1980, 1992). Деятельность производственных и торговых организаций определялась в основном обязательными государственными планами, а не рынком. Хотя легальные рынки связывали покупателей и продавцов, они были достаточно сильно ограничены государством. Бюджеты были пассивными, в том смысле, что на выделенные средства невозможно было свободно покупать товары, и они следовали планам, основанным на натуральных показателях. Количественные сигналы (например, уровень дефицита) и процессы (например, нормированное распределение) имели большее значение, чем ценовые сигналы (например, стоимость, прибыль)<sup>13</sup>. Хотя спрос на товары и услуги хронически превышал предложение, формируя таким образом дефицит, этот избыточный спрос напрямую не влиял на цены или производство. Взаимодействие между секторами экономики (например, потребность в энергии для отопления больниц и функционирования оборудования) также основывалось на количестве, а не на ценах. В любом случае цены на аналогичные товары не были одинаковыми во всех секторах и во многих случаях были ниже себестоимости. В результате происходило значительное «скрытое субсидирование» экономики. В сделках на рынках неизменно доминировали поставщики (т. е. рынки продавцов существовали). Учреждения и их агенты довольно часто занимались неофициальной деятельностью (Sampson 1987; Davis 1988a). Социалистические правительства широко применяли карточную систему распределения и формирование очередей, чтобы справиться с избыточным спросом (Kornai 1992).

Процесс принятия решений был строго централизованным, и вертикальные связи (сверху вниз) имели гораздо большее значение, чем горизонтальные (между покупателем и продавцом). Государство владело всей землей, производственными предприятиями (заводы, сельские хозяйства) и учреждениями сферы услуг (например, медицинские учреждения, аптеки, фармацевтические заводы, биомедицинские исследовательские организации и институты развития). Государство имело монополию на внешнюю торговлю и тщательно контролировало поток товаров (например, медицинских препаратов), услуг и валют через его границы. Цели государственных планов отражали цели партийного руководства: обеспечить выживание коммунистической системы, стимулировать ускоренное развитие индустриализации и до-

<sup>13</sup> Вот почему командную экономику также называют моделью "дефицитной экономики" (Kornai 1992).

стичь экономической самодостаточности (Schnytzer 1982; Gregory and Stuart 1999).

Среди отраслей экономики наивысший приоритет имела военная, оборонная, тяжелая промышленность и транспортный сектор. Традиционными секторами с низким приоритетом являлись сельское хозяйство, легкая промышленность и общественное потребление (в том числе система здравоохранения) (Davis 1989a). Марксистско-ленинская политическая экономия повлияла на приоритет сектора здравоохранения. Одна из ее основных концепций заключалась в том, что национальный доход поступал из производственных отраслей экономики, прежде всего промышленности и сельского хозяйства, и потреблялся менее важной «непроизводственной сферой», которая включала здравоохранение и социальное обеспечение (Попов 1976; Правдин 1976).

Низкий приоритет, который был определен сфере здравоохранения, имел важные последствия. В период планирования это нашло отражение в относительно низкой заработной плате, ограниченных финансовых нормах, которые связывали планы с бюджетами, недостаточном объеме инвестирования для поддержания основных фондов и отсутствии реакции на необходимость распределения ресурсов сектора здравоохранения в зависимости от наличия конкретных проблем (Davis 1983, 1989a). Когда в ходе реализации были выявлены несоответствия между планами и потребностями экономики, ресурсы отраслей с низким приоритетом были перераспределены в отрасли с высоким приоритетом, что привело к ужесточению ограничений в менее важных отраслях и затруднило им выполнение планов. По этим причинам сектор здравоохранения непропорционально пострадал от симптомов «дефицитной экономики», здесь наблюдались высокий уровень дефицита, более высокие, чем в среднем по экономике, бюджетные ограничения и хронический недостаток снабжения, инвестиций и планов выпуска.

Давление на руководителей для достижения амбициозных целей плана привели в результате к необходимости постоянно прилагать усилия по расширению производства («количественный рывок»). В секторе здравоохранения это отразилось в усилиях по повышению ключевых показателей плана, в частности больничных коек и врачей, несмотря на их низкий уровень финансирования (Davis 1983). При этом отсутствовали стимулы для достижения иных целей, таких как повышение эффективности, качества и технологическое развитие (Gregory and Stuart 1999).

За 20 лет, в течение которых Брежнев и его преемники пожилого возраста доминировали в советской политической системе, — 1965–1985 гг. (позже названные «периодом застоя») — экономика росла медленными темпами, при этом усилились многочисленные экономические и социальные проблемы (например, дефицит и алкоголизм). В этот период в странах ЦЕ (например, Югославии и Венгрии) были приняты многочисленные экономические реформы, но ни одна из них не смогла эффек-

тивно заменить фундаментальный характер экономической системы, в частности, в силу того, что власть по-прежнему была сосредоточена в руках партийной элиты (Kornai 1992, Chapters 20, 21; Schöpflin 1993). Аналогичным образом, реформы в период *перестройки* (1985–1991 гг.) в СССР не были в состоянии исправить многочисленные недостатки политической и экономической системы. Экономический рост стал отрицательным и сдерживался, значительно выросли как уровень инфляции, так и внешний долг. Эти экономические проблемы только усугубили системный кризис, который привел к краху коммунистической власти и распаду СССР, Чехословакии и Югославии (Schöpflin 1993; Gregory and Stuart 1999).

## С. Организация финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной Европы

Многие черты организации системы здравоохранения в СССР/странах ЦЕ были аналогичными, что объяснялось сходными характеристиками их политических и экономических систем, а также универсальным характером производственного процесса в здравоохранении и влияния современной научной медицины и медицинской техники. Однако существовали некоторые важные различия, которые отражали их наследственный характер досоциалистической эпохи и постсталинских реформ в каждой конкретной стране. Принимая во внимание эти факторы, Югославия рассматривается отдельно от СССР и других стран ЦЕ (Совет экономической взаимопомощи (СЭВ) 6 и Албании)<sup>14</sup>.

### і. Система финансирования здравоохранения в СССР

**Обзор организации системы здравоохранения.** Система здравоохранения в СССР была крупнейшей в мире по количеству врачей и больничных коек, и она служила прототипом национальной службы здравоохранения в социалистической стране. Все медицинские активы принадлежали государству, развитие системы осуществлялось в соответствии с централизованно разрабатываемым планом, и медицинские услуги предоставлялись бесплатно (Field 1967; Kaser 1976; Ryan 1978; Davis 1988b, 1989b). Национальная служба здравоохранения в целом подчинялась МЗ СССР, но около 10 других министерств (например, Министерство путей сообщения и Министерство обороны) контролировали «ведомственные» подсистемы здравоохранения. Каждая из 15

<sup>14</sup> В состав СЭВ-6 входили Болгария, Чехословакия, Германская Демократическая Республика (ГДР), Венгрия, Польша и Румыния.

республик имела МЗ, которое управляло учреждениями на своей территории. Республики делились на регионы (*области*), которые имели *областные* отделы здравоохранения. Медицинские услуги в крупных и средних городах контролировались городскими отделами здравоохранения. Города и сельские районы были разделены на районы, и медицинские учреждения находились в ведении *районных* отделов здравоохранения. Несмотря на то что все медицинские учреждения принадлежали государству, управление в значительной степени было фрагментировано, так как учреждениями управляли муниципальные и ведомственные органы.

МЗ СССР, прежде всего, несло ответственность за подготовку и внедрение планов развития системы здравоохранения. Планово-финансовое управление министерства в сотрудничестве с Управлением здравоохранения и медицинской промышленности Госплана СССР определяло подведомственным организациям общие задания и методику планирования, включавшую 2000 *показателей и нормативов*, объединенных в 17 групп (Попов 1976, глава IV). Планово-финансовое управление каждого республиканского МЗ было формально ответственно за планирование здравоохранения на своей территории, но в реальности его деятельность жестко контролировалась центральным министерством. В соответствии с централизованно устанавливаемыми заданиями, физическими и финансовыми нормативами и ставками заработной платы отделами планирования региональных, городских и сельских районных органов управления здравоохранением разрабатывались детальные планы развития и бюджеты отрасли. Таким образом, система в целом может быть охарактеризована как система с централизованным планированием, но организационно фрагментированная.

Первичная медицинская помощь для большинства населения предоставлялась врачами и медицинскими сестрами в поликлиниках, как правило, организованных следующим образом: взрослых лечили терапевты, детей — педиатры, а многих женщин — гинекологи/акушеры. В больших городах обычно организовывались отдельные поликлиники (например, районная поликлиника для взрослых, детская поликлиника, женская консультация) (Виноградов 1962, главы IV-VII). Однако в небольших городах амбулаторные учреждения были объединены с общими поликлиниками. Врачи первого контакта — врачи участковой службы — часто направляли пациентов к врачам — узким специалистам в поликлиниках и больницы общего профиля, во многих случаях не проводя адекватное обследование. Попов (1976, стр. 194) приводит два эмпирических исследования, которые показали, что 60–65 % пациентов были госпитализированы без надлежащей диагностики. Впоследствии пациенты могли быть направлены на лечение в специализированные городские, областные, республиканские или федеральные больницы. Работники (и члены их семей) некоторых министерств и крупных предприятий обслуживались в закрытых (недоступных для общего населения) медицинских учреждениях ведомственной системы или закрытых медсанчастях (объединенные учреждения, включаю-

щие в себя поликлиники и больницы) крупных предприятий. В городах существовала хорошо развитая служба скорой помощи. Профилактическая медицинская помощь была организована санитарно-эпидемиологической службой (СЭС)<sup>15</sup>.

Легальные рынки, связывающие учреждения здравоохранения в качестве покупателей и продавцов, существовали, прежде всего, между пациентами и амбулаторными учреждениями (Davis 1989a). Эти рынки характеризовались избыточным спросом, доминированием продавцов, отсутствием реакции на сигналы рынка и нехваткой услуг, которые не имели денежного выражения. Чтобы справиться с избыточным спросом, правительство широко применяло нормирование через подсистемы здравоохранения (элитные, ведомственные, крупные городские, предприятий, средних городов, сельские) и установление очередей, формирующихся по социально-экономическим критериям (Davis 1988b). Тем не менее спрос перекинулся на неофициальные рынки. Размер неформального сектора здравоохранения и распространенность неформальных платежей варьировали по 15 республикам и входящим в их состав регионам. Наибольшее распространение неформальные рынки медицинских услуг получили в регионах Кавказа и Центральной Азии (Knaus 1981; Sampson 1987; Davis 1988a).

**Сбор/источники финансовых средств.** В СССР государственный бюджет был основным источником финансирования здравоохранения. Большая часть доходов собиралась через систему общего налогообложения на местном, региональном или федеральном уровнях<sup>16</sup>. Кроме того, медицинские учреждения получали незначительные суммы прямых официальных платежей («специальные средства»), вносимых пациентами за отдельные медицинские услуги (например, медицинские осмотры для целей социального страхования). Небольшая часть прямых платежей за медицинские услуги уходила в общий бюджет МЗ от подчиненных органов в виде налога.

**Объединение средств.** В советской системе здравоохранения объединение финансовых средств было вертикально интегрировано с закупкой и предоставлением услуг посредством иерархически определяемого бюджетного процесса (Бабановский 1976; Попов 1976). Таким образом, структура объединения была отражена и в процессе закупки, и в организации предоставления услуг. На федеральном уровне государство определяло распределение налоговых поступлений, направляемых на финансирование здравоохранения, для объединения

<sup>15</sup> В СССР в секторе здравоохранения преобладали больницы, на их финансирование приходилось около 60 % государственных расходов на здравоохранение. На первичную помощь, оказываемую в поликлиниках и диспансерах, выделялось около 30 % государственных расходов на здравоохранение. На финансирование СЭС, оказывающей профилактические услуги, выделялось около 5 % от государственного финансирования здравоохранения (Бабановский 1976; Попов 1976, Глава XI).

<sup>16</sup> После экономической реформы 1965 г. Министерство финансов собирало взносы из фондов социально-культурного развития, формируемых из прибыли крупных предприятий, для поддержки медико-санитарных частей и медицинских программ для сотрудников этих предприятий (Gregory and Stuart 1981, глава 9).



средств на уровне МЗ, ведомственных систем здравоохранения (например, обороны и путей сообщения), а также отдельных крупных предприятий (в основном на покрытие капитальных затрат). МЗ СССР, используя бюджетные формулы, выделяло средства подчиненным ему федеральным учреждениям здравоохранения, 15 республиканским МЗ, ведомственным системам здравоохранения (для покрытия затрат на определенный вид деятельности), а также крупным предприятиям (для покрытия текущих расходов, например заработной платы медицинского персонала). Каждое республиканское МЗ выделяло из своего бюджета средства республиканским медицинским учреждениям (например, специализированным больницам), *областными* отделам управления здравоохранением (Виноградов 1962; Попов 1976). Последние распределяли полученные средства в *областные* медицинские учреждения (например, специализированные больницы), а также в городские и сельские органы управления здравоохранением, находящиеся в подчинении *области*. Последнее распределение осуществлялось на уровне конкретного медицинского учреждения (поликлиники, диспансера, больницы), находящегося в подчинении самого низкого административного уровня управления. В результате структура объединения средств была сильно фрагментирована и, с другой стороны, дублировала географический охват населения (так, например, города и районы относятся к *областям*, *области* — к республикам, таким образом, одних и тех же жителей могли обслуживать учреждения, подчиняющиеся трем различным органам власти). Результатом вертикальной интеграции оказания медицинской помощи являлось дублирование медицинских учреждений (например, во многих столицах регионов функционировала городская детская больница и более специализированная *областная* детская больница).

**Закупка услуг.** Советская система здравоохранения функционировала главным образом в соответствии с разработанными на федеральном уровне детальными планами, основанными на количественных показателях. Трудовые ресурсы (врачи, медсестры), основное оборудование и материалы (диагностические аппараты, машины скорой помощи), текущие затраты (продукты, топливо) и услуги (строительство, техническое обслуживание) распределялись по медицинским учреждениям и использовались ими на основе планов, которые разрабатывались на базе простых количественных показателей, таких как врачебные должности в поликлиниках и больничные койки (Попов 1976; Davis 1983, 1987). Эти плановые показатели были связаны с ресурсами с помощью коэффициентов и нормативов использования ресурсов, например показатели загруженности койки и число посещений в день. Бюджеты (финансовые планы) имели второстепенное значение в управлении потоками реальных ресурсов и деятельности и составлялись после того, как показатели обеспечения были определены до уровня поставщика услуг. Они рассчитывались с использованием финансовых нормативов (например, затраты на лекарства на один койко-день) и были четко подразделены по статьям бюджетной сметы.

Бюджетные средства, аккумулированные на ранее упомянутом самом нижнем уровне, передавались производителям медицинских услуг по факту выполнения ежегодных планов. Однако в действительности никакой «покупки» товаров или услуг не было, так как деньги выполняли *пассивную* функцию (т.е. использовались скорее для учета, а не покупки товаров на рынках), оптовые рынки не существовали, а рынки труда находились под контролем бюрократической системы. Формально говоря, покупка и оказание медицинских услуг были объединены в единую бюрократическую единицу (органы управления здравоохранением). Эта вертикальная интеграция покупателей и поставщиков, а также надежда на постепенное изменение означали, что деятельность медицинских учреждений с точки зрения качества и эффективности не имела значительного влияния на распределение ресурсов. Такое сочетание структуры и стимулов позволяло советским планирующим развитие здравоохранения органам следовать исключительно количественным показателям, выбирая «экстенсивную» стратегию развития: наращивание объема предоставления медицинских услуг (относительно низкого качества) с ростом основных видов используемых ресурсов, таких как врач и больничные койки (Davis 1987, 2001a).

**Контроль руководителей за ресурсами медицинского учреждения.** Руководители советских медицинских учреждений были формально ответственны за использование выделенных ресурсов, но имели строго ограниченный контроль над распределением их бюджетов. Средства автоматически снимались со счетов по факту получения плановых товаров или услуг. Руководители не могли использовать бюджетные средства по собственному усмотрению для приобретения товаров и услуг в связи с отсутствием рынков, а также не могли свободно переносить средства из неизрасходованной статьи бюджета на покрытие расходов по другой статье. Учитывая эти обстоятельства, управленческая деятельность в финансовой сфере имела второстепенное значение.

**Официальный набор медицинских услуг и финансовое соучастие пациентов.** Официально граждане имели право на бесплатное получение медицинской помощи. Однако в действительности различные группы населения обслуживали разные подсистемы здравоохранения, которые предоставляли различные виды услуг. Полный спектр современных медицинских услуг был доступен только в элитной подсистеме. В общедоступных медицинских учреждениях многие услуги и лекарственные средства, которые были доступны пациентам в западных странах, не предоставлялись, хронически не хватало квалифицированного персонала, оборудования и медикаментов. Правительство предоставило право медицинским учреждениям оказывать платные услуги по отдельным, наименее значимым видам медицинской помощи. Однако на протяжении существования советской системы здравоохранения пациенты и их семьи вынуждены были постоянно неофициально платить администрации, врачам, медсестрам и санитарам (Knaus 1981; Sampson 1987).

ii. Финансирование здравоохранения в странах — членах СЭВ 6 и Албании: варианты советской модели

**Обзор организации системы здравоохранения.** Структура здравоохранения в этих странах отражает наследие докоммунистического периода и различные способы адаптации советской модели (Kaser 1976; Gjonca, Wilson and Falkingham 1997). До принятия коммунистической системы после Второй мировой войны все страны в той или иной форме имели обязательное социальное страхование для городских рабочих и их семей, которое в различной степени предоставляло доступ к медицинским услугам и обеспечивало пособия по болезни, а также субсидировало приобретение лекарств по рецепту. В ГДР и Чехословакии системы социального страхования предусматривали всеобъемлющий набор медицинских услуг, в то время как наиболее ограниченные из них применялись в Албании, Болгарии и Румынии. В менее развитых и преимущественно аграрных странах значительная доля городских жителей (например, работники сферы обслуживания и рабочие) и практически все крестьянские семьи не были включены в систему государственного страхования<sup>17</sup>. Они получали медицинскую помощь в частном секторе, включавшем в себя как представителей традиционной, так и нетрадиционной медицины.

После Второй мировой войны все эти страны внедрили основные элементы советской модели. Медицинские учреждения, аптеки и фармацевтические компании были национализированы и стали подчиняться национальному МЗ и регулироваться обязательными государственными планами. Системы здравоохранения были организованы на уровне правительства, с вертикальной иерархией, спускающейся вниз от национальных (федеральных) органов власти к региональным (областным, окружным) департаментам здравоохранения (советы, институты), к муниципальным органам здравоохранения, далее к сельским районным отделам здравоохранения и до отделов здравоохранения на уровне микрорайонов<sup>18</sup>. Как и в СССР, во всех странах существовали закрытые, недоступные для общего населения медицинские учреждения. МЗ управляло учреждениями для Коммунистической партии и государственной элиты, а также медицинскими центрами предприятий. Другие министерства (например, Министерство обороны, Министерство внутренних дел, Министерство путей сообщения) поддерживали ведомственные системы здравоохранения для своих сотрудников.

Больницы, как правило, являлись основными в системе здравоохранения и представляли услуги по различным профилям и различного качества в зависимости от их административного подчинения: элитные, национальные, региональные, ведомственные, заводские, муниципальные

<sup>17</sup> Эта ситуация схожа с ситуацией в других странах (в том числе во многих странах с низким и средним уровнем дохода на сегодняшний день), в которых социальное медицинское страхование существует, но относительно большая часть населения официально не работает.

<sup>18</sup> В случае с Чехословакией в результате реформы 1969 г. значительные управленческие функции национального МЗ были переданы МЗ двух составных республик (Чешской Республике и Словакии), наподобие устройству СССР с его 15 республиками (Kaser 1976).

или сельские. Все страны имели специализированные поликлиники и поликлиники общего профиля, диспансеры для конкретных заболеваний и профилактические учреждения (например, СЭС). Однако в большинстве стран были и другие институты предоставления первичной медицинской помощи, отражавшие сложившиеся традиции (например, семейные врачи в Польше и Венгрии).

Страны ЦЕ, как правило, принимали общую советскую стратегию развития здравоохранения. Сектор здравоохранения рассматривался как сектор с высоким уровнем задействованных трудовых ресурсов, хотя в 1985 г. среднее число врачей (2,8) на 1000 населения в странах — членах СЭВ 6 было значительно ниже, чем в СССР (3,9), и близко к странам, которые являлись на тот момент членами Европейского Союза (ЕС) (2,7)<sup>19</sup>. Показатели обеспеченности врачами колебались от 2,1 в Румынии до 3,6 в Чехословакии в СЭВ 6 и от 1,5 в Соединенном Королевстве до 3,8 в Италии в ЕС.

Во всех этих странах отношение к частному сектору было различным. Частные медицинские учреждения допускались в различной степени в Чехословакии, ГДР, Венгрии и Польше, но являлись незаконными в Албании, Болгарии и Румынии (Kaser 1976). В ГДР, Венгрии и Польше большое количество медицинского персонала занималось частной практикой (например, 4000 частных врачей из 25 000 врачей в Венгрии), в то время как в Чехословакии частный сектор был значительно ограничен (в основном врачи, вышедшие на пенсию, или самые лучшие врачи). ГДР была уникальна в том, что допускала существование частных благотворительных больниц.

**Система финансирования здравоохранения.** Организация сбора, объединения средств и закупки услуг была во многом аналогична той схеме, которая существовала в СССР. Это сближение произошло за определенный период времени (после 1945 г.) после того, как страны ЦЕ перешли от социального страхования к бюджетному финансированию. К 1980-м гг. в этих странах основным источником (более 90 %) расходов на здравоохранение (за исключением лекарственных препаратов, выдаваемых по рецепту) стал государственный бюджет, в то время как взносы в социальное страхование стали незначительными (примерно до 10 % в Венгрии). Исключением в данном случае была ГДР<sup>20</sup>. Прямые платежи пациентов были третьим источником средств. В большинстве стран государственным медицинским учреждениям было разрешено взимать плату с большинства пациентов (кроме, например, инвалидов или ве-

<sup>19</sup> Показатели обеспеченности врачами были рассчитаны автором с использованием статистики из статистического ежегодника СЭВ 1988 г., ежегодника Евростат основных статистических данных сообщества 1988 г., базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

<sup>20</sup> В ГДР фонды обязательного социального страхования (два фонда: один для государственных служащих и членов их семей, другой — для членов кооперативов и самозанятых) направляли около 10 % их расходов на возмещениекупаемых по рецептам медикаментов и около 20 % для обеспечения лечения. Последние составляют две трети от общих расходов на здравоохранение (большинство из оставшейся части поступало из государственного бюджета). Государственные служащие отчисляли 10 % своего заработка в фонд социального страхования, самозанятые — 14 %. Работодатели отчисляли 10 % от заработной платы на социальное страхование (Kaser 1976, глава 5).

теранов войны) за отдельные, наименее значимые виды медицинских услуг (например, медицинские осмотры для устройства на работу). Существовало также небольшое количество платных поликлиник. Вполне вероятно, что прямые официальные взносы пациентов в любой стране не превышали 10 % от общего объема средств (Kaser 1976; Буренков, Головтеев и Корчагин 1979).

Объединение средств было организовано аналогично тому, как это было сделано в СССР, с разделением между МЗ, другими министерствами и крупными промышленными предприятиями, и также характеризовалось фрагментацией и территориальным перекрытием пулов, отражающих уровень государственного управления. Эти пулы имели вертикально интегрированную схему закупок и оказания медицинских услуг, и, следовательно, ситуация с дублированием услуг, имевшая место в СССР, была воспроизведена и в странах ЦЕ.

Большинство ранних наблюдений, касающихся закупок и финансового управления медицинскими учреждениями в СССР, также применимо к странам ЦЕ (важность конкретных планов, второстепенная роль бюджетов, отсутствие оптовых рынков медицинских товаров, доминирование больниц, негибкие постатейные бюджеты, интеграция покупателя и поставщика), хотя и с некоторыми отличиями. Например, в Польше бюджет больниц рассчитывался исходя из числа госпитализаций, а не по койко-дням (Буренков, Головтеев и Корчагин 1979). В результате проведения реформ по внедрению нового экономического механизма Венгрия сделала больший упор на индикативное планирование и рынки. Однако Корнаи (1992) утверждал, что даже в этой стране существовал значительный «косвенный бюрократический контроль», который подрывал функционирование рынков. Это затрудняло медицинским учреждениям получение товаров, которые не соответствовали приоритетам контролирующих государственных органов.

Существовали различия в наборах гарантированных медицинских услуг и механизмах финансового соучастия граждан, особенно на раннем этапе *командной* системы, в силу значительного влияния концепций социального страхования в контексте лишь ограниченного государственного сектора занятости. В результате право на бесплатную медицинскую помощь в большинстве стран было первоначально ограничено государственными служащими и членами их семей. Лица, не имевшие такого права (самозанятые в городах, крестьяне в сельской местности), должны были оплачивать лечение в государственных учреждениях по полной или льготной цене и покупать выдаваемые по рецепту медикаменты за собственный счет. Однако спустя десятилетия право на бесплатную медицинскую помощь и возмещения расходов, связанных с приобретением выписанных врачом медикаментов, приобрело универсальный характер, так как стало охватывать колхозников и частных фермеров, а также самозанятых.

В странах ЦЕ финансовое соучастие граждан в оплате медицинской помощи в форме как официальных, так и неформальных платежей получило значительное распространение. Некоторые платежи осуществля-

лись непосредственно в государственных медицинских учреждениях за предоставление отдельных, наименее значимых медицинских услуг или в клиниках, которые имели право взимать плату. Пациенты и их семьи также регулярно осуществляли неформальные платежи врачам, медсестрам и санитарам, работающим в государственных медицинских учреждениях, для получения медицинской помощи лучшего качества или в качестве вознаграждения тем, кто их лечил (Kaser 1976; Miskiewicz 1986; Sampson 1987; Pataki 1993; Vinton 1993).

### iii. Югославская система финансирования здравоохранения

**Обзор организации системы здравоохранения.** В первые годы коммунистического режима в Югославии были внедрены многие элементы советской модели здравоохранения (учреждения стали государственной собственностью, МЗ, обязательное централизованное планирование), но довоенная система социального медицинского страхования все еще оставалась в силе. Государственные служащие (например, промышленные рабочие) имели обязательное социальное страхование, а другие городские жители имели доступ к поддерживаемой государством системе здравоохранения. Сельские жители были вынуждены полагаться на частный сектор.

Радикальные изменения были внесены в систему здравоохранения после разрыва в 1948 г. отношений со сталинским режимом СССР. Они были основаны на концепции децентрализации, отказа от государственной собственности («разгосударствлении») и демократизации (Parnalee 1989). Обязанность по управлению медицинскими учреждениями были переданы от национального МЗ к шести республиканским Комитетам здравоохранения, которые затем передавали ответственность медицинским учреждениям, находящимся под контролем Рабочих советов в 500 территориальных коммунах (с населением в среднем 44 000). Развитие здравоохранения в республиках регулировалось скорее индикативными, нежели чем обязательными планами. Медицинские учреждения больше не находились под государственным контролем и преобразовались в учреждения «общественной собственности», предполагалось, что они будут использовать их «общественный капитал» и трудовые ресурсы для предоставления медицинских услуг в соответствии с договорами, согласованными со страховыми ассоциациями. Каждое учреждение управлялось Правлением, которое назначалось рабочим советом. В состав Правления входили работники учреждения, представители общест-венности, страховых организаций и местных органов власти. Государственные учреждения социального страхования (Общинные ассоциации по страхованию, или SIZ) были превращены в полуавтономные общественные организации (официально называемые «самоуправляемые общины по интересам»), которые совместно управлялись двухпалатным собранием потребителей общины (Совет потребителей) и поставщиками медицинских услуг (Совет поставщиков). SIZ управлялась постоянным административным подразделением, в состав которого входили работники сферы страхования.

В большинстве случаев первичная консультация должна была проводиться семейными врачами в местных центрах здоровья. Они должны были действовать в качестве «диспетчера», обеспечивающего сдерживание чрезмерного спроса на стационарное лечение. Однако семейные врачи составляли лишь около половины врачей, работающих в первичном звене; значительное число других специалистов продолжали работать в поликлиниках или в специализированных женских, детских и производственных клиниках (Saric and Rodwin 1993, p. 227).

Структура больничного сектора была аналогична структуре других стран ЦЕ, с узкоспециализированными национальными учреждениями, специализированными учреждениями в крупных городах и небольшими больницами общего профиля в сельских районах. Несмотря на многочисленные реформы в Югославии, министерства (обороны, полиция, путей сообщения) сохраняли свои собственные системы здравоохранения, и крупные самоуправляемые предприятия поддерживали закрытые для общественного доступа центры здоровья для своих работников. Официальные частные медицинские центры были практически ликвидированы к концу 1950-х гг., но впоследствии снова легализованы в небольшом масштабе в нескольких республиках, в частности в Хорватии, из-за финансового кризиса и растущей безработицы среди медицинского персонала (Parmalee 1989; Saric and Rodwin 1993).

Выводы Parmalee (1989), а также Saric и Rodwin (1993) свидетельствуют, что в реальности организация и функционирование югославской системы здравоохранения значительно отличались от идеальной модели самоуправления, и в результате во многом ее характеристики стали схожими с системами здравоохранения в других странах ЦЕ. Коммунистическая партия на самом деле принимала все основные решения, и федеральные или республиканские государственные органы серьезно ограничили свободу действий номинально независимых управляемых работниками организаций, а также регулярно вмешивались в процесс принятия решений Рабочими советами медицинских учреждений, собраниями потребителей и производителей SIZ. В силу низкого качества подготовки и отсутствия стимулов семейные врачи, как правило, практически автоматически направляли пациентов к врачам — узким специалистам амбулаторного звена или в больницы. Больницы были доминирующими в системе здравоохранения, так же как и в других странах ЦЕ<sup>21</sup>.

**Сбор/источники финансовых средств.** Используемые в Югославии механизмы сбора доходов радикально отличались от других стран ЦЕ и СССР. К 1980-м гг. бюджетные поступления составляли менее 5 % общих расходов на здравоохранение и около 20 % капитальных вложений, вливаемых в сектор здравоохранения. Предприятия часто предостав-

<sup>21</sup> Несмотря на обязательства руководства передать первичному звену наивысший приоритет в финансировании, распределение средств по секторам здравоохранения было аналогичным структуре расходов в остальных странах Восточной Европы — больницы поглощали основную долю ресурсов. В 1986 г. около 33 % общих расходов на здравоохранение в Югославии приходилось на финансирование первичного звена, в то время как на стационарный сектор приходилось 60 % финансирования (Saric and Rodwin 1993).

ляли дополнительные средства для поддержки местной системы здравоохранения, особенно на приобретение оборудования и предметов медицинского назначения. Около 80 % доходов составляли взносы на обязательное страхование. К концу 1960-х гг. эта система финансирования способствовала повышению доли здравоохранения в ВВП до 7,1 % (Saric and Rodwin 1993).

В Югославии взносы в ФОМС осуществляли работники и работодатели. С заработной платы каждого работника удерживали 8 % на ОМС. Взнос работодателей уплачивался в виде налога на здравоохранение, исчисляемого с общего дохода предприятия. Эти средства собирали местные СИЗ. Центральное правительство установило минимальные стандарты программы обязательного страхования. Шесть республик, входивших в состав Югославии, имели право расширять программы страхования при условии, что их страховые организации смогут собрать необходимые средства. Республиканское законодательство также предусматривало основные льготы, которые СИЗ должны были финансировать. На протяжении последних десятилетий существования Югославии сохранялась тенденция предоставления более широкой программы ОМС в экономически развитых республиках по сравнению с менее развитыми регионами.

Несмотря на более высокий уровень финансирования здравоохранения по сравнению с СССР, система ОМС постоянно находилась в условиях финансового дефицита. Такое положение было связано как с высокой стоимостью потребляемых ресурсов (например, высокие зарплаты, дорогие импортные препараты), так и с неоднократными попытками центрального правительства стабилизировать экономику страны путем ограничения государственных расходов, введения ограничений на расходы и ежегодные взносы в медицинское и социальное страхование. Одним из последствий было снижение расходов на здравоохранение, исчисляемое в процентах от ВВП, до 5,7 % в 1975 г. и до 4,0 % в 1987 (Saric and Rodwin 1993).

Официальные прямые выплаты со стороны пациентов были незначительным вкладом в финансирование здравоохранения (Parmalee 1989; Saric and Rodwin 1993). Местные медицинские учреждения обычно взимали плату с пациентов за аборт (например, 60 % от расчетной стоимости процедуры), косметические операции (например, 80 % от расчетной стоимости), медицинские осмотры и протезы. Хронический дефицит финансирования здравоохранения относительно предполагаемых потребностей стимулировал медицинские учреждения к расширению практики платы за услуги. Однако даже в 1980-х гг. существовали жесткие идеологические ограничения на проведение рыночных реформ и приватизацию в здравоохранении. По некоторым оценкам, официальные платежи граждан составляли лишь около 3 % общего финансирования здравоохранения.

**Объединение средств.** Хотя объединение средств как в СССР, так и в Югославии было фрагментированным, характер этой фрагментации имел свои особенности. Сбором и объединением финансовых средств



в Югославии в основном занимались 500 общин с использованием описанных выше механизмов, существование множества небольших пулов приводило к неэффективности и высокой доли государственных расходов на управление сферой здравоохранения. Аккумулированные на местном уровне средства дополнялись незначительным объемом финансирования из государственного бюджета и поступлениями от местных предприятий, предназначенными в основном на капитальные вложения. Крупнейшие и наиболее успешные предприятия финансировали собственные закрытые для общественного доступа медицинские учреждения, обслуживавшие своих сотрудников и членов их семей, что приводило к дальнейшей фрагментации системы. По мнению Saric и Rodwin (1993), «используя свою покупательную способность и политическую власть, крупным компаниям удалось создать параллельную систему здравоохранения, которая устраняла их зависимость от государственных учреждений и, что более важно, государственного медицинского страхования (SIZ)».

По аналогии с применявшейся в СССР общей системой незначительные суммы, направляемые на здравоохранение из федерального бюджета Югославии, выделялись на финансирование Национального комитета по здравоохранению (эквивалент МЗ) для поддержки федеральных специализированных медицинских учреждений и программ, элитных и ведомственных систем здравоохранения (например, таких как Министерства обороны и Министерства путей сообщения) и «фонда солидарности», предназначенного для передачи средств более бедным регионам с недостаточным уровнем местного финансирования. Республиканские комитеты здравоохранения финансировались из республиканских и местных бюджетов. Средства республиканских комитетов здравоохранения использовались на финансирование специализированных учреждений и республиканских программ, специальных инвестиционных проектов, осуществляемых на уровне республики, и субсидирования здравоохранения в бедных регионах.

**Закупка услуг.** Экономическая ситуация в системе здравоохранения Югославии существенно отличалась от ситуации в странах ЦЕ, что было связано с децентрализацией процесса принятия решений и большей надеждой на рыночную координацию в системе самоуправления рабочих. Такие организационные схемы предполагали уменьшение прямого, централизованного бюрократического контроля и упор на рыночные отношения между покупателями и продавцами. SIZ закупили медицинские услуги для застрахованного населения общины на основе «соглашений о самоуправлении», заключенных с производителями (амбулаторными и стационарными учреждениями). Однако условия и цели, как правило, изменялись предсказуемо и последовательно. Как и в других странах, бюджеты здравоохранения определялись постатейно, что лишало их гибкости.

Несмотря на различия в организации закупок, в действительности в Югославии, как и в Венгрии (Kornai 1992), даже в условиях нового экономического механизма существовал тот же тип «косвенного бюрокра-

тического контроля», выступавший фактором ограничения свободы маневра покупателей и поставщиков. Органы местного самоуправления имели право вмешиваться в переговоры, касающиеся соглашений о самоуправлении, если соглашение, приемлемое для обеих сторон, не могло быть сформулировано или его содержание считалось «социально пагубным» (например, вызывающим инфляцию). Пармали (1989) продемонстрировал, что федеральные и республиканские власти, пытаясь сдерживать рост расходов на здравоохранение, регулярно вмешивались, часто ограничивая соглашения между страховыми ассоциациями и поставщиками, которые теоретически должны были находиться вне контроля государства. Таким образом, хотя структура предполагала разделение функций покупателя и поставщика, возможности для самостоятельного принятия решений на уровне покупателя (и на уровне поставщика — см. следующий подраздел) значительно ограничивались такими действиями правительства.

Кроме того, государство могло контролировать все основные инвестиционные решения. В периоды экономического процветания этот контроль мог ослабевать, предоставляя возможность осуществлять на уровне общин нескоординированные закупки излишнего оборудования, влекущие за собой дублирование и рост неэффективности. В более частые периоды экономического кризиса правительство могло резко сократить объем капитальных вложений и закупку иностранной фармацевтической продукции, даже если отечественные медикаменты были при этом недоступны (Tyson and Eichler 1981; Saric and Rodwin 1993).

**Контроль руководителей медицинских учреждений над ресурсами учреждений.** В Югославии руководители медицинских учреждений имели ограниченный контроль над ресурсами собственных учреждений. Руководители назначались Рабочими советами и, следовательно, были ограничены такими факторами, как необходимость следить за благосостоянием сотрудников (например, поддержание занятости и выплата премий). Коммунистическая партия принимала активное участие в деятельности всех учреждений и контролировала соблюдение руководителями партийной линии. Местные органы власти оказывали сильное влияние на решения о трудовых ресурсах медицинских учреждений (часто требуя найма новых сотрудников), об увольнении персонала (это было практически невозможно). Оплата труда медицинских работников жестко регулировалась государством. Уровень заработной платы для всех работающих в медицинских учреждениях, расположенных в конкретной общине, определялся на основе социальных соглашений, заключенных работниками и соответствующими государственными органами. Руководители не могли проявлять инициативу, направленную на повышение внебюджетных доходов, так как партия жестко контролировала плату, взимаемую с пациентов за оказанные услуги, и запрещала частные медицинские учреждения.

Хотя медицинские учреждения в Югославии не регулировались обязательными экономическими планами, ассоциации по медицинскому страхованию требовали от них действовать в соответствии с подроб-

ными нормами, которые устанавливали максимальное время и ресурсы, необходимые для оказания услуг, количество предоставляемых услуг и стандарты качества. Руководители имели ограниченные полномочия по перераспределению ресурсов с одной статьи бюджета на другую. Возможность свободно закупать основные ресурсы, в частности иностранные лекарства и оборудование, часто ограничивалась государством.

Это говорит о том, что, несмотря на ряд важных структурных различий, на практике югославская система работала так же, как и советская. Однако местные органы власти и страховые организации в Югославии оказывали большее давление на руководителей с целью сокращения расходов за счет рационализации оказания услуг, чем то, что имело место в СССР. Существовали требования к устранению дублирования диагностического оборудования, сокращению сверхурочной работы медицинского персонала, слиянию стационарных и амбулаторных медицинских учреждений в единые центры здоровья, замещению более дешевых медицинских услуг более дорогими (например, заменять медсестер врачами, упор на первичную медицинскую помощь вместо госпитализации) и переносу издержек (например, организация ухода за больными на дому в качестве альтернативы госпитализации) (Parmalee 1989). Однако руководители сталкивались с трудностями при попытке экономить на заработной плате. Республиканское правительство свело к минимуму способность руководителей повышать или понижать зарплаты и премии своим работникам в зависимости от эффективности их деятельности. В любом случае руководители имели очень слабые стимулы к сокращению затрат и проведению реформ, так как сэкономленные средства не шли на пользу ни руководителям, ни их учреждениям, а вместо этого поглощались страховыми ассоциациями.

***Официальный набор гарантированных медицинских услуг и соучастие пациентов в оплате медицинской помощи.*** В Югославии, так же как и во всей ЦЕ, система бесплатной медицинской помощи постепенно расширялась, охватывая вначале ОМС только государственных служащих (70 % трудоспособного населения) и членов их семей. Позже в эту систему были включены сельскохозяйственные рабочие (25 % трудоспособного населения) и члены их семей (Parmalee 1989; Saric and Rodwin 1993). Самозанятые в городах (5 % трудоспособного населения) и члены их семей получали доступ к программам ДМС. К 1980-м гг. большая часть населения была охвачена ОМС, небольшая часть населения была застрахована по ДМС или должна была пользоваться платными услугами. Однако, как и в других странах, некоторые группы населения имели доступ к лучшему медицинскому обслуживанию, получаемому в закрытых, общественно недоступных подсистемах (элитных, ведомственных, крупных предприятий). Программа ОМС для фермеров была меньше, чем для городских рабочих, что приводило к более высоким личным платежам и более низким уровням потребления медицинской помощи среди фермеров. Кроме того, в Югосла-

вии существовали значительные региональные различия в подушевых уровнях страховых платежей и расходов на здравоохранение, связанные с различным уровнем экономического развития регионов. Это (с учетом фрагментированного механизма объединения средств и отсутствия какого-либо значимого механизма их перераспределения) привело к значительному неравенству в доступности медицинских услуг для населения, проживающего в различных общинах. Наблюдались также вариации в оплате медицинских услуг для различных категорий пациентов. За лечение пациентов, проживающих вне зоны обслуживания медицинского учреждения, последние выставляли регионам по месту проживания пациента более высокие счета за оказанные услуги, нежели чем за оказание такой же помощи пациенту, проживающему в зоне обслуживания.

В Югославии участие пациентов в оплате медицинской помощи был ограничено. Медицинские учреждения имели право требовать у пациентов «оплату в виде участия» только за оказание отдельных наименее важных услуг: вызовы на дом, медицинские осмотры, аборт, косметическая хирургия, питание и размещение в более комфортабельных палатах, а также лечение в санаториях. Как во всей ЦЕ, так и в Югославии пациенты и их семьи осуществляли неформальные платежи за полученные медицинские услуги (Healy and McKee 1997; Kunitz 2004; Mastilica and Kušec 2005; Lewis 2006).

## **D. Системы финансирования здравоохранения в СССР и странах Центральной Европы: 1965–1991 гг.**

Экономический застой наряду с низкой приоритетностью сектора здравоохранения в большинстве стран со временем привели к сокращению выделяемых отрасли ресурсов и снижению потенциальной эффективности сектора. Это произошло на фоне существенного роста численности, старения населения и изменения структуры заболеваемости в сторону преобладания хронических дегенеративных заболеваний (например, сердечно-сосудистых заболеваний, рака), вызываемых стрессом и нездоровой структурой потребления (таких как холестерин, табак, алкоголь)<sup>22</sup>. В контексте экономического застоя и роста спроса/потребности в медицинских услугах многие общепринятые цели здравоохранения, такие как снижение уровня смертности, не были достигнуты. Кроме того, экономические факторы и недостатки, выявленные в разделе С (см. выше), внесли свой вклад в снижение

<sup>22</sup> Более подробная информация о состоянии здоровья населения и демографических условиях в регионе в течение командного периода представлена в Kaser 1976; Dutton 1979; Davis and Feshbach 1980; Feshbach 1983, 1993; Eberstadt 1990; Ellman 1994; Davis 1998; Cornia and Panizza 2000.

способности систем финансирования здравоохранения достигать своих целей.

Важным фактором улучшения деятельности этих систем была их способность генерировать увеличение имеющихся ресурсов. Несмотря на низкий приоритет сектора здравоохранения, советское правительство было в состоянии увеличить реальный уровень расходов на здравоохранение (Davis 1983, 1987, 2001a). С 1965 по 1985 г. бюджетные расходы МЗ выросли с 6,6 до 17,5 млн рублей (в текущих ценах). Расходы из других источников (министерств, предприятий, фермерских хозяйств) росли быстрее, поэтому общая сумма расходов увеличилась в три раза — с 7,8 до 22,4 млрд рублей, а подушевые расходы увеличились с 34 до 81 рубля. Низкий уровень инфляции привел к существенному росту реальных расходов. Тем не менее этот реальный рост не поспевал за общим ростом экономики и социальных расходов. Доля здравоохранения в государственном бюджете сократилась с 6,5 до 4,6 %<sup>23</sup>. В этот период темпы роста расходов на здравоохранение сократились с 11 % в год в 1965–1970 гг. до 4 % в 1980–1985 гг., что свидетельствует как об ухудшении экономической ситуации, так и о снижении приоритетности здравоохранения. В СССР на здравоохранение выделялось примерно 3,0 % ВВП, что было значительно ниже, чем в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (для сравнения в Соединенном Королевстве этот показатель составлял 6,5 %, а в Соединенных Штатах — 12,9 % в 1985 г.) (Davis 2001a).

В период *перестройки* советское правительство значительно увеличило общие расходы на здравоохранение в номинальном выражении, но в эти годы уровень инфляции превышал рост расходов. Расходы на здравоохранение в постоянных ценах увеличились с 22,5 млрд рублей в 1985 г. до 28,7 млрд рублей в 1989 г., а затем сократились до 24,1 млрд рублей в 1991 г. Доля здравоохранения в государственном бюджете росла, достигнув максимального значения 5,6 % в 1990 г., а затем несколько снизилась (Davis 1993a, 2001a).

Страны ЦЕ в основном имели схожую структуру расходов, за исключением Югославии, где она несколько отличалась от остальных. Там номинальные и реальные расходы на здравоохранение значительно возросли в период с 1950 по 1975 г. Однако в течение следующих 15 лет структура была неустойчивой: за периодами реального роста следовали периоды спада вследствие программ строгой экономии. Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП снизились с 7,1 % в 1969 г. до 4,0 % в 1987 г. В 1980 г. в Албании, Болгарии и Румынии уровень расходов на здравоохранение был на относительно низком уровне (ниже 3,0 % от ВВП), в Польше и Венгрии — на среднем уровне (3,6 и 4,6 % соответственно), а Чехословакию и ГДР можно было назвать «транжирами» (4,9 и 5,2 % соответственно) (Davis 1998). Эти показатели расходов на здраво-

<sup>23</sup> Это чрезвычайно низкий процент по сегодняшним меркам. В 2004 г., например, только 4 из 52 стран Европейского региона ВОЗ расходы на здравоохранение составляли менее 7 % от общих бюджетных расходов государства (Европейское региональное бюро ВОЗ 2008).

охранение в процентах от ВВП были существенно ниже, чем в странах ОЭСР<sup>24</sup>.

Недостаточность финансирования здравоохранения и его низкая приоритетность были очевидны. В СССР, например, средняя заработная плата работников, занятых в здравоохранении, исчисляемая по отношению к уровню заработной платы по всем отраслям экономики, упала с 82 % в 1965 г. до 70 % в 1985 г., несмотря на то что средний уровень образования работников этого сектора был одним из самых высоких среди всех отраслей (в 2,3 раза выше, чем в среднем по всем отраслям экономики) (Davis 1989a). В медицинских учреждениях женщины составляли подавляющее большинство низкооплачиваемой рабочей силы (что в контексте советской реальности было знаком низкого приоритета), трудно было заставить врачей и медицинский персонал работать в сельской местности или отдаленных районах. Аналогичная ситуация с заработной платой существовала и в странах ЦЕ (Kaser 1976; Miskiewicz 1986; Eberstadt 1990; Healy and McKee 1997).

Финансовые нормы, определяющие расходы здравоохранения на капитальное строительство, ремонт зданий и приобретение других материалов, устанавливались на нереально низком уровне (Davis 1989a). Низкие уровни распределения имели важные последствия для стратегических целей. В начале 1980-х гг. в СССР, например, норматив расходов на медикаменты на один койко-день составлял 90 копеек. В большинстве случаев стоимость одной дозы лекарства в несколько раз превышала норматив, что позволяет предположить, что пациенты либо не получали необходимые лекарства, либо должны были доплачивать за него из собственных средств. Трудности, которые испытывали Венгрия, Польша, Румыния и Югославия в обслуживании их внешнего долга, приводили к частым незапланированным снижениям импорта необходимых для лечения медикаментов. Недостаточные инвестиции в новое строительство и капитальный ремонт отрицательно сказались на качестве медицинских учреждений. Рост коечного фонда опережал темпы нового строительства — такая ситуация привела к переполненности больниц (Davis 1983, 1987; Miskiewicz 1986; Eberstadt 1990; Saric and Rodwin 1993).

і. Деятельность системы финансирования здравоохранения в СССР с точки зрения достижения целей

***Справедливость финансирования с точки зрения обеспечения универсальной защиты от финансового риска.*** Несмотря на ограниченность данных, можно предположить, что советский метод финансирования здравоохранения был относительно справедливым,

<sup>24</sup> Хотя государственные расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от ВВП, в этих странах были ниже, чем в большинстве стран ОЭСР, следует признать, что страны ЦЕ находились в другой фазе демографического перехода и имели более низкий по сравнению со странами Западной Европы подушевой доход. Kornai and McNale (2000) утверждали, что если принять во внимание эти и другие факторы, то по международным меркам расходы на здравоохранение в странах ЦЕ были на достаточно высоком уровне.

потому что финансирование отрасли практически полностью было государственным, осуществлявшимся за счет системы общего налогообложения или налогов на «прибыль» предприятий. В результате в СССР была достигнута цель обеспечения универсальной защиты населения от обнищания вследствие болезни. Большинство медицинских услуг и лекарственных средств при стационарном лечении предоставлялось населению бесплатно, за исключением отдельных наименее важных услуг, таких как предоставление медицинских справок для целей социального страхования. Государство субсидировало лекарства, отпускаемые при амбулаторном лечении по рецепту врача, и предоставляло своим гражданам адекватную оплату больничных листов и пенсий по инвалидности. Однако повсеместно существовала практика неформальных платежей за госпитализацию и/или стационарное лечение (Knaus 1981; Sampson 1987; Davis 1988a, 1989b).

***Сокращение неравенства в потреблении и предоставлении медицинских услуг.*** По сравнению с другими странами в СССР средний уровень потребления медицинских услуг (например, посещения и госпитализации) был достаточно высоким, однако внутри страны наблюдалось значительное региональное неравенство по показателям состояния здоровья и потребления услуг, эти показатели значительно варьировали по 15 республикам и 120 регионам, входившим в состав СССР. При этом показатели состояния здоровья значительно в большей степени варьировали по регионам, нежели чем по республиками. А различия между районами внутри областей были еще больше. Стандарты качества были также выше в элитных, ведомственных, корпоративных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях крупных городов, по сравнению с учреждениями средних городов и сельской местности. Существуют также очевидные доказательства различий в уровне потребления услуг. Одновременно с проведенными в 1970 и 1979 гг. переписями населения советские власти провели крупномасштабные исследования состояния здоровья населения и потребления медицинских услуг. Результаты этих исследований показали, что в городах в случае заболевания около двух третьих обращались к врачу и лишь треть не обращалась (Попов 1976, Chapter V; Davis 1988b). В сельской местности наблюдалось обратное соотношение. В соответствии с ответами респондентов уровень заболеваемости значительно варьировал в зависимости от болезней. Например, жители одного сельского района не отразили только 12 % кожных заболеваний, в то время как по заболеваниям нервной системы этот показатель составил 88 %. Эти исследования подтвердили существование «айсберга заболеваемости», а также существование значительных различий в системе, в которой в принципе не было ценового барьера для потребления необходимых медицинских услуг.

Различия в качестве и потреблении медицинских услуг отражали разницу в уровнях государственного финансирования. При рассмотрении подсистем здравоохранения расходы на здравоохранение были выше среднего на все население в подсистемах элитных, ведомствен-

ных, промышленных предприятий и крупных городов и ниже среднего в подсистемах средних городов и сельских районов (Davis 1988b).

**Улучшение качества медицинских услуг и повышение эффективности их оказания.** Значительная неэффективность советской системы здравоохранения отражала недостатки в планировании и составлении бюджета, отсутствие стимулов для экономии или улучшения качества медицинской помощи; существование стимулов для нерационального наращивания мощностей («количественный стимул»); отсутствие конкуренции между производителями медицинских услуг и спады, вызванные неудовлетворительным функционированием дефицитной экономики. В конце 1980-х гг. в среднем на одного человека приходилось 10 посещений в год, уровень госпитализаций составлял 20 госпитализаций на 100 человек, средняя продолжительность пребывания в больнице составляла 19 дней. Такие показатели были достигнуты за счет увеличения количества медицинских учреждений, персонала и предоставляемых услуг в соответствии с экстенсивной стратегией развития и поддерживающими ее бюджетными стимулами. Обеспеченность врачами возросла с 1,5 врача на 1000 населения в 1950 г. до 4,2 в 1991 г. (по сравнению с 1,6 врача в Соединенном Королевстве), обеспеченность койками увеличилась с 5,6 до 13,1 койки на 1000 человек (по сравнению с 5,4 в Соединенном Королевстве) (Davis 2001a).

В то время как был достигнут определенный «прогресс» в плане физической мощности и количества предоставляемых услуг, в плане повышения качества и эффективности диагностических и лечебных услуг такого прогресса не наблюдалось. Эти аспекты деятельности системы здравоохранения оставались на относительно низком уровне по сравнению со странами Западной Европы. Например, риск инфицирования в советских медицинских учреждениях был выше, чем в Западной Европе (из-за отсутствия одноразовых медицинских принадлежностей), и показатели 5-летней выживаемости больных, получающих лечение от дегенеративных заболеваний, были ниже (Feshbach 1983, 1993; Davis 2001a).

**Повышение прозрачности и улучшение подотчетности.** Один из ключевых принципов советской политической системы состоял в том, что решения должны были приниматься руководством коммунистической партии и отчет оно должно было держать перед партийными органами, а не перед населением. В сфере здравоохранения этот принцип реализовался в том, что учреждения здравоохранения не отчитывались перед негосударственными группами. Руководители отчитывались за постатейное использование бюджета своих медицинских учреждений или всех учреждений, относящихся к зоне их ответственности в рамках соответствующей административно-территориальной единицы. Границы ответственности за функционирование системы в целом, за взаимодействие между подсистемами и — в более широком плане — ответственность за здоровье населения не были четко определены. Предпринимались значительные усилия, направленные на обеспечение непрозрачности процесса принятия решений. Система государственной цензуры не допускала публикацию ключевой ин-



формации о функционировании системы здравоохранения. В период *перестройки* государственная политика *гласности* («открытость») привела к незначительным улучшениям в отношении прозрачности сектора здравоохранения. Несмотря на эту попытку, сама структура системы дискредитировала эти усилия (Field 1967; Hough and Fainsod 1979; Knaus 1981; Davis 1988b; Ellman 1995).

***Повышение эффективности управления системой финансирования здравоохранения.*** Поскольку бюджеты здравоохранения были отражением планов развития системы здравоохранения на каждом административном уровне, а финансовые потоки механически определялись системой планирования количественных показателей, вопрос эффективности в управлении системой финансирования не считался важным. В ретроспективе, однако, очевидно, что существовало значительное дублирование управленческих функций, связанных с финансированием и оказанием услуг населению в городских районах (например, между городскими и *областными* органами управления здравоохранением). В силу характера политической и экономической системы, в рамках которых функционировал сектор здравоохранения, эти особенности управления не рассматривались в качестве проблемы.

ii. Деятельность систем финансирования здравоохранения стран СЭВ и Югославии с точки зрения достижения целей

***Справедливость финансирования с точки зрения обеспечения универсальной защиты от финансового риска.*** На ранней стадии социалистического развития финансирование здравоохранения в странах ЦЕ значительно различалось. Правительства уделяли приоритетное внимание медицинскому обслуживанию государственных служащих и городских жителей, в результате чего на самозанятых и сельских жителей легло тяжелое бремя самофинансирования. Со временем охват населения услугами здравоохранения расширялся, что привело к существенному сокращению неравенства в финансировании здравоохранения. Как и в СССР, во всех странах ЦЕ была достигнута цель обеспечения универсальной защиты населения от обнищания вследствие болезни путем бесплатного предоставления большинства медицинских услуг и медикаментозного лечения в стационарах, субсидирования лекарств, отпускаемых по рецепту врача при амбулаторном лечении, и адекватной оплаты больничных листов и пенсий по инвалидности. Во всех странах пациенты и их семьи регулярно осуществляли неформальные платежи в денежной и натуральной форме работникам государственных медицинских учреждений, что до определенной степени снижало справедливость финансирования (Kaser 1976; Miskiewicz 1986; Sampson 1987; Nealy and McKee 1997; Kunitz 2004; Lewis 2006).

***Сокращение неравенства в потреблении и предоставлении медицинских услуг.*** В начале периода коммунистического правления в менее развитых системах здравоохранения Албании, Болгарии, Польши, Румынии и Югославии наблюдались значительные вариации в ко-

личестве и качестве предоставляемых услуг. Различия между медицинскими услугами, оказываемыми городским и сельским жителям, были особенно выраженными. Более развитые системы здравоохранения Чехословакии, ГДР и Венгрии характеризовались более низким уровнем неравенства, но им был причинен сильный урон во время войны. По мере расширения социалистическими правительствами охвата населения бесплатными, финансируемыми государством медицинскими услугами снижалось региональное неравенство между республиками, областями и районами. Например, в Югославии обеспеченность врачами (составлявшая в 1984 г. в среднем по стране 100) в менее развитых регионах (Босния и Герцеговина, Косово, Македония и Черногория) выросла с 45 в 1952 г. до 75 в 1984 г., в то время как в более развитых регионах (Хорватия, Сербия, Словения и Воеводина) снизилась со 125 до 115 (Parmalee 1989, стр. 178–183).

Однако, как и в СССР, по-прежнему существовало значительное неравенство между богатыми и бедными регионами страны. Большинство центральных правительств в целях регионального выравнивания перераспределяло финансовые потоки, выделяя больше средств неблагополучным регионам. В экономически более развитых странах, таких как Чехословакия и Венгрия, эти усилия были достаточно успешными (Kaser 1976; Буренков, Головтеев и Корчагин 1979). В Югославии, однако, не было существенного перераспределения средств между территориальными ФМС, и в этом контексте было трудно значительно сократить (не говоря уже о том, чтобы ликвидировать) региональное неравенство. Например, в 1984 г. подушевые расходы на медицинское страхование варьировали от минимального уровня 4995 динаров в Косово до максимального 13 875 динаров в Хорватии, при этом обеспеченность врачами варьировала от 0,9 врача на 1000 человек в Косово до 2,5 в Сербии (Parmalee 1989). Различия между городом и селом в предоставлении медицинской помощи, особенно если принять во внимание качество, были существенными в большинстве стран, что объяснялось приоритетностью городов в плановой экономике и нежеланием врачей жить в деревне. Вполне вероятно, что эти различия оставались значительными в течение всего командного периода (Kaser 1976; Davis 1988b; Parmalee 1989).

Другие различия были связаны с подсистемами здравоохранения. Как правило, качество оказания услуг в элитных медицинских учреждениях со временем приближалось к западноевропейским стандартам, тогда как в общественных территориальных медицинских учреждениях оно было значительно ниже среднего для западных стран уровня. Таким образом, разрыв между элитным и общественным здравоохранением в странах ЦЕ в 1980-е гг. только увеличивался. Закрытые для общественного доступа ведомственные и промышленные системы здравоохранения также имели более высокие стандарты оказания медицинской помощи, чем использовавшиеся в открытых территориальных подсистемах здравоохранения стандарты.

**Улучшение качества медицинских услуг и повышение эффективности их оказания.** На качество медицинской помощи в странах ЦЕ негативно повлияла низкая заработная плата и низкое стимулирование работников здравоохранения, хроническая нехватка многих основных ресурсов, недостаточность инвестиций в основные фонды и медленный технологический прогресс в биомедицинской сфере. В результате качество медицинской помощи было ниже, чем в Западной Европе. Однако между странами ЦЕ, регионами, подсистемами и секторами здравоохранения существовали значительные различия в качестве медицинской помощи. Как правило, качество медицинской помощи было самым высоким в ГДР и Чехословакии и самым низким в Албании, Болгарии и Румынии. Что касается СССР, экономически более развитые страны предоставляли лучшую медицинскую помощь, чем более бедные страны. По мере накопления экономических трудностей в 1980-х гг., дефицит усиливался, ухудшалась деятельность системы здравоохранения и снижалось качество предоставляемой медицинской помощи.

Выявленные в СССР проблемы эффективности функционирования системы здравоохранения и причины их возникновения были также характерны и для систем здравоохранения в странах ЦЕ. Эти страны полагались на экстенсивную стратегию развития, предусматривающую рост числа врачей, больничных коек и других основных ресурсов. В Болгарии, например, обеспеченность койками увеличилась с 7,7 койки на 1000 человек в 1970 г. до 9,7 в 1989 г. Число врачебных посещений на одного человека было высоким по международным стандартам: в 1980 г. этот показатель составлял 10,2 в Чехословакии, 6,9 в Румынии, 5,9 в ГДР, 5,7 в Польше, 5,4 в Венгрии и 5,0 в Болгарии. Средняя продолжительность госпитализации в странах ЦЕ была высокой (по стандартам 2007 г.) и колебалась от 11,8 дня в Румынии до 15,0 дня в Венгрии, но по тем временам незначительно отличалась от уровня этого показателя в странах Западной Европы (в 1989 г. этот показатель составлял 12,5 дня во Франции и 14,8 дня в Соединенном Королевстве) (Kaser 1976; Буренков, Головтеев и Корчагин 1979; Davis 2001a, Приложение А). В амбулаторном секторе соотношение врачей к среднему медицинскому персоналу было высоким, что привело к замене первых на последних. Врачи неэффективно выполняли роль «диспетчеров», что привело к чрезмерным направлениям пациентов к более дорогим врачам — узким специалистам и в больницы (Saric and Rodwin 1993). В большинстве стран предоставление медицинских услуг населению увеличивалось непрерывно до середины 1980-х гг. Однако из-за природы дефицитной экономики этот рост стал отражением «количественного стимула».

**Повышение прозрачности и улучшение подотчетности.** В более ортодоксальных коммунистических странах ЦЕ (Албания, Болгария, Чехословакия, ГДР и Румыния) отношение государства к прозрачности и подотчетности было таким же негативным, как и у Советского правительства. Управление системой здравоохранения в Венгрии и Польше было более открытым, тем не менее ограничения, налагаемые их коммунистическими политическими системами, означали, что предоставление информации об условиях и процессе принятия решений в сфере

здравоохранения было лишь немногим лучше, чем в *доперестроечном* СССР. В Югославии, наоборот, уделялось повышенное внимание подотчетности на местном уровне. Как уже упоминалось выше, медицинские учреждения находились в ведении советов рабочих, и общинные организации медицинского страхования вовлекали в процесс принятия решений как поставщиков, так и потребителей медицинских услуг. Вместе с тем в результате существовавшего усиленного косвенного бюрократического контроля возможность обсуждать вопросы, касающиеся фундаментальных моментов уровня прозрачности и подотчетности, была ограниченной даже в самой открытой социалистической стране (Parmalee 1989; Saric and Rodwin 1993). Во всех странах применяемые инструменты подотчетности (т.е. скорее контроль ресурсов, нежели достижение и улучшение результатов) были аналогичны используемым в СССР, структурная фрагментация также была препятствием для четкого определения направлений подотчетности (Hough and Fainsod 1979; Kornai 1992; Schöpflin 1993).

***Повышение эффективности управления системой финансирования здравоохранения.*** В большинстве стран ЦЕ, развитие систем здравоохранения определялось централизованным планированием, а бюджеты здравоохранения играли подчиненную роль. Как и в СССР, в данном контексте это означало то, что эффективность управления системой никого особо не волновала (т.е. неэффективность структуры была налицо, но ее последствия не признавались). Фрагментация югославской системы — с многочисленными небольшими страховыми организациями (общинного уровня) — была основным источником неэффективности и почти наверняка способствовала постоянным финансовым проблемам системы, несмотря на сравнительно высокий уровень государственного финансирования. В Венгрии реформы по внедрению нового экономического механизма снизили роль централизованного планирования и попытались сделать бюджеты здравоохранения более влиятельными. Но из-за системных препятствий и растущих экономических трудностей эта реформа не добилась особого успеха.

## **Е. Организационное и функциональное наследие и контекст перестройки**

Характеристики и деятельность систем финансирования здравоохранения в СССР и странах ЦЕ в начале переходного периода являлись наследием командной эры. Они были продиктованы политикой и экономической системой (см. раздел В) и олицетворяли приоритеты коммунистической элиты, государственной собственности, централизованного контроля, обязательного планирования, неценового нормирования, пассивных денег и неактивных бюджетов. В начале 1990-х гг. в странах ЦЕ/ВЕКЦА произошли революционные изменения в политической, социальной и экономической сферах. Это изменило общую ситуацию в их секторах здравоохранения (что привело, например, к новым политическим приоритетам, новой финансовой реально-

сти и внедрению рыночной экономической системы), ухудшило показатели состояния здоровья населения, изменило правительственные цели в сфере здравоохранения и его финансирования и стимулировало проведение многочисленных реформ здравоохранения<sup>25</sup>. Основные моменты организационного и функционального наследия прошлого, а также основные факторы меняющегося во время перестройки контекста представляют собой «отправную точку» для понимания опыта реформ, который анализируется в остальной части этой книги.

#### i. Организационное наследие: системы финансирования здравоохранения на заре перестройки

Структуру системы финансирования здравоохранения можно охарактеризовать с точки зрения организации функциональных обязанностей (например, сбор средств) и ключевых направлений политики (например, права на получение бесплатной медицинской помощи). В дополнение к отдельным характеристикам конкретных функций и политик понимание этих систем также требует общей «межфункциональной» оценки. С этой точки зрения можно выделить два обобщенных типа организации финансирования системы здравоохранения: (1) тот, что существовал в СССР, в большинстве стран — членов СЭВ и в Албании, и (2) тот, что существовал в Югославии (и в определенной степени в ГДР). Во всех странах системы могут быть охарактеризованы наличием децентрализованной структуры и кажущимся децентрализованным принятием решений (в регионах, городах, на предприятиях), хотя на самом деле местные руководители имели сильно ограниченные возможности для маневра. Они зависели от централизованного планирования и контроля, но структурно были разделены.

Советская система интегрировала оказание услуг и финансирование в иерархическом процессе бюджетирования. В частности, функции аккумуляции и закупки были интегрированы с оказанием услуг. Это означало то, что в действительности на каждом административном уровне существовали свои «системы здравоохранения», а также подсистемы (например, элитная, ведомственная, корпоративная). Сбор доходов управлялся отдельно, но процедура централизованного распределения в действительности превратила отдельные решения по распределению ресурсов в одно (от сбора доходов до их аккумуляции, от покупателей до производителей, и внутри производителей — по ресурсам). Следствием этого стала система, характеризующаяся существенным дублированием ответственности за управление финансовыми ресурсами и предоставление услуг населению. Наиболее часто это встречалось в городах, в которых, например, существовали и были доступны для местного населения городские и *областные* учреждения

<sup>25</sup> Информацию о состоянии здоровья и развитии систем здравоохранения в начале перестройки см. ЮНИСЕФ 1994 г.; Heleniak 1995; Chelleraj et al. 1996; Goldstein et al. 1996; Cornia and Panizza 2000; Ellman 2000; Davis 2001b; Европейское региональное бюро ВОЗ 2008.

здравоохранения. Организация системы по уровню государственного управления не способствовала внедрению планирования на основе численности населения.

Хотя частично югославская система была аналогична системе СССР (в частности, относительно небольшая часть системы финансировалась из государственного бюджета), в основном она была организована совершенно по-другому. В частности, функции сбора доходов, аккумулярования и закупки были объединены и организованы на уровне каждой общины. В результате относительный объем средств, доступных для покупки услуг, стал прямым отражением относительного экономического благополучия общины. Упреждения оказания услуг были административно отделены от системы финансирования, хотя, как уже отмечалось выше, были существенные бюрократические, политические и нормативные ограничения на уровень того, насколько страховые фонды могли осуществлять стратегические закупки.

**Сбор доходов и источники финансирования.** В большинстве стран (за исключением Югославии и ГДР) основным источником средств были государственные бюджеты. Низкая приоритетность сектора здравоохранения отражалась в низкой доле расходов на здравоохранение как в общих бюджетных расходах, так и в ВВП. В Югославии преобладание целевых взносов работников, исчисляемых в процентах от заработной платы, и работодателей, собираемых общинными ассоциациями медицинского страхования, означало, что объем финансирования вместе с долей финансирования здравоохранения в общих бюджетных расходах государства определялся на основе формул взносов. В результате этого отличающегося сочетания источников финансирования уровень государственного финансирования югославского сектора здравоохранения не стал «жертвой» явно второстепенного значения, уделяемого здравоохранению в советской экономической системе, хотя наложенные на него ограничения усилились в 1980-е гг. из-за экономического кризиса в этой стране. Во всех странах осуществлялись частные платежи за получение медицинских услуг, выступающие в роли соучастия граждан в финансировании здравоохранения. Но вероятнее всего, что большая часть частных расходов граждан осуществлялась в виде неформальных платежей.

**Объединение средств в пулы.** Важным структурным наследием была фрагментация объединения средств в пулы, поскольку функции аккумулярования и закупки были объединены в рамках одного агентства. Тот же принцип применялся и к структуре закупок. В большинстве стран (опять же за исключением Югославии и ГДР) пулы фрагментировались по двум направлениям. Основной формой была организация пулов на административных уровнях управления. Каждый уровень управлял пулом средств для «своих собственных» учреждений, а также выделял средства нижестоящим уровням управления в иерархическом порядке. Так как более низкие уровни входят в состав более высокого уровня (например, города географически располагаются в пределах области), пулы частично совпадали, что приводило к дублированию

ответственности систем, существующих на одной территории, за оказание медицинской помощи (на практике это наблюдалось в большей степени в городах, чем в сельской местности). Второй формой фрагментации было наличие отдельных пулов закрытых для общественного доступа подсистем здравоохранения: элитных, ведомственных и крупных корпоративных систем, как правило, организованных на национальном или республиканском уровнях.

В Югославии объединение средств в пулы также было значительно фрагментировано, но в другой форме. Медицинское страхование предусматривало объединение средств в небольшие пулы на уровне общин, с ограниченными механизмами перераспределения между ними, хотя незначительная часть общих бюджетных средств все же направлялась на поддержку бюджетов страховых фондов, расположенных в более бедных регионах. Кроме того, крупные предприятия могли создавать свои собственные отдельные пулы. Другие бюджетные средства, предназначенные на финансирование здравоохранения (по сравнению со страховыми взносами их доля относительно мала), выделялись пулам, организованным для финансирования элитных и ведомственных подсистем, созданным по существовавшей в СССР схеме.

**Закупка и отношения покупатель–производитель.** Организация процесса закупок была фрагментирована в том же порядке, что и объединение средств. Во всем регионе закупка была пассивной операцией, жестко установленной централизованно планируемыми нормами, ориентированными на увеличение мощности и количества предоставляемых услуг. Хотя «покупатели» были на многих уровнях (например, на уровне *области, города, района*), они все следовали единому своду правил. Даже в Югославии, где с точки зрения структуры существовало разделение функций закупки и предоставления услуг, процесс закупки в основном возмат, и правительство определяло уровни занятости и заработной платы. По всему региону руководители медицинских учреждений имели очень ограниченный контроль над решениями о внутреннем распределении ресурсов, бюджеты были негибкими и не допускалось перераспределение расходов между статьями бюджета, не было никаких реальных стимулов к внедрению инноваций и повышению эффективности. Коммунистическая партия и государственные директивы и правила серьезно ограничивали возможности руководителей взимать плату за медицинские услуги, реструктуризировать производственные процессы с целью повышения эффективности (например, сокращать рабочую силу) и получать ресурсы, которые они считали наиболее подходящими.

**Права на получение бесплатной медицинской помощи.** Гарантированные государством бесплатные медицинские услуги включали в себя широкий набор услуг с ограниченными формальными со-платежами. Тем не менее неформальные платежи, вероятно, были широко распространены, так как права на получение бесплатной медицинской помощи в большинстве стран не были связаны с уровнем выделяемых ресурсов. Другой реальностью устанавливаемого набора бесплатной

медицинской помощи являлось то, что фактическое наличие услуг (количество и качество) значительно отличалось для различных групп населения, определялось политическими и экономическими характеристиками (партийная элита, промышленные рабочие, крестьяне) и территориальными факторами (городские и сельские районы, области).

ii. Функциональное наследие: достижения и проблемы в конце командной эры

***Справедливость финансирования с точки зрения обеспечения универсальной защиты от финансового риска.*** Это было, пожалуй, самым большим достижением коммунистической системы финансирования здравоохранения. В общем, каждая из стран гарантировала универсальную финансовую защиту своему населению (т.е. очень маловероятно, что многие люди были вынуждены жить в нищете в связи с необходимостью платить за медицинские услуги). Несмотря на наличие неформальных платежей и ограниченных формальных со-платежей, преобладало государственное финансирование, предлагая относительно справедливое распределение бремени финансирования системы.

***Справедливость в потреблении услуг, связанная со справедливостью распределения расходов на здравоохранение.*** Несмотря на всеобщий охват, сохранялось существенное неравенство расходов на здравоохранение и услуг, доступных для населения. В СССР и большинстве стран СЭВ-6 было два основных источника неравенства расходов на здравоохранение (и, следовательно, в количестве и качестве услуг). К первому относится существование закрытых для общественного доступа подсистем (например, элитной, ведомственной, корпоративной), которые финансировались в разной степени. Второй — более важный с точки зрения наследия — разница между городскими и сельскими поселениями. Второй тип неравенства возникал исходя из иерархической организации систем финансирования и оказания услуг по административным уровням управления, был подкреплен бюджетными стимулами, что привело к концентрации ресурсов и средств в городских районах. Существовала градация качества/количества, идущая сверху до низу: столица страны, столица территории или республики (применительно к СССР и Чехословакии), столица *области*/региона, малые города и сельские *районы*/малые округа.

В Югославии неравенство в уровне подушевых расходов на здравоохранение и наличия/качества услуг изначально определялось применяемыми механизмами финансирования системы (взносы на ОМС), фрагментацией пулов на общинном уровне без механизмов средств между пулами и недостаточностью бюджетных средств, выделяемых на выравнивание. В результате уровень подушевых расходов на здравоохранение (и, следовательно, доступность услуг) был прямым отражением экономического положения общины.



**Эффективность и качество оказания услуг.** Структура финансирования и системы оказания услуг привела к дублированию при охвате населения услугами, в то время как финансирование системы стимулировало увеличение количества, а не улучшение качества. Эти факторы в сочетании с методами подготовки медицинских работников и отсутствием каких-либо традиций использования доказательной медицины и философии системы (акцент на специализации, низкий статус первичной медицинской помощи) привели к самому очевидному наследию системы здравоохранения командной эры: чрезмерным уровням физической инфраструктуры и человеческих ресурсов, чрезмерному потреблению услуг и необоснованным темпам роста обращений к узким специалистам по сравнению с системами других стран мира. Кроме того, руководители медицинских учреждений не были в состоянии реагировать на меняющиеся обстоятельства или ошибки в планировании, потому что их работа состояла лишь в администрировании постатейного бюджета. В конце концов, низкий уровень расходов на здравоохранение, особенно в условиях экономического застоя в последние годы коммунистического режима, привел к проблемам с качеством из-за отсутствия ресурсов и неспособности обеспечить адекватные инвестиции для поддержания основных фондов.

**Прозрачность и подотчетность.** До перестройки эти параметры не являлись приоритетом для систем здравоохранения. Как наследие, это было больше, чем просто вопрос политической философии: два системных фактора способствовали проблеме подотчетности. Первым фактором было то, что отчетность была просто ориентирована на ресурсы, а не на достижение целей и результатов. Это способствовало узкой направленности на исполнение бюджета, а не на достижение стратегических целей. Вторым фактором была сильнейшая фрагментация системы. Управление было ориентировано на учреждения или программы, находящиеся в рамках прямого подчинения административного уровня государственного управления (или департамента), но структура системы не позволяла четко определить обязанности для всей системы здравоохранения и населения (на национальном или региональном уровнях). Система потворствовала очень узкому взгляду, когда к ответственности МЗ (на национальном и субнациональном уровнях) относилось лишь управление подчиненными им учреждениями, а не руководство всей системой здравоохранения для достижения стратегических целей. Одной из проблем прозрачности системы здравоохранения являлось широкое распространение неформальных платежей, что свидетельствовало о существовании разрыва между тем, что система обещала и что на самом деле могла предложить населению. Однако с учетом характера неформальных платежей трудно определить с большой уверенностью, воспринимались ли они как серьезная проблема, неприятность или, скорее, всего лишь принятая культурно-историческая практика.

**Эффективность управления.** Как и в случае со справедливостью распределения расходов на здравоохранение и эффективностью си-

стемы оказания медицинских услуг, фрагментированная структура финансирования здравоохранения командной эры была проблематичной с точки зрения эффективности управления. В СССР и странах СЭВ двойной охват медицинскими услугами городских жителей отражался в дублировании административной ответственности. Таким образом, на одной и той же территории различные уровни государственного управления несли ответственность за функции объединения средств в пулы и закупки (и обеспечение) услуг (например, городской департамент здравоохранения, *областной* департамент здравоохранения). В Югославии неэффективность управления была следствием большого количества очень мелких фондов страхования, каждый из которых отвечал за сбор взносов, их аккумулирование и оплату производителей услуг. Хотя в Югославии, как правило, уровень государственного финансирования здравоохранения (исчисляемый в процентах от ВВП) был выше, чем в других странах региона, вероятнее всего, что несоизмеримо высокая доля этих расходов приходилась на административные расходы, а именно на оплату персонала страховых фондов.

iii. Изменения в политической, социальной и экономической среде функционирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА в начале перестройки

***Политические и социальные изменения.*** В переходный период все страны ЦЕ и бывшего СССР пытались перейти от коммунистической диктатуры к более демократическим правительствам, однако преуспели они в этом по-разному. Во многих странах власть центрального правительства ослабла, что привело к проблемам «государственного бегства» и разрушению общественного порядка (Ellman 1995; Field, Kotz and Bukhman 2000). В целом руководство и, в частности, в секторе здравоохранения часто было нестабильным. Например, в Российской Федерации в 1990-х гг. сменилось пять министров здравоохранения. Большинство из этих правительств пытались одновременно ввести демократические и рыночные реформы во всех ведомствах, тем самым растрачивая ограниченные административные и материальные ресурсы. В более крупных странах центральное правительство не могло навязывать свою политику политической элите влиятельных регионов, что позволило последним проводить собственную, противоречащую национальной политику (Field, Kotz and Bukhman 2000; Шишкин 2000). Правительственным реформам зачастую препятствовали растущая уверенность заинтересованных сторон, которые в прошлом сдерживались коммунистическим контролем, и появление новых групп интересов, пытающихся реализовать свои собственные планы. Межгосударственные и гражданские войны на территории бывшего СССР и Югославии привели к повреждению физической инфраструктуры здравоохранения, болезням, смертям и появлению беженцев.

В социальной сфере напряжение переходного процесса подорвало многие коллективы (семьи, друзей, коллег по работе). Распространен-

ная вера в эффективность и справедливость государства постепенно растаяла, и граждане стали более ориентированы на достижение личных интересов. Открытие этих обществ повысило осведомленность об условиях жизни на Западе и подняло ожидания в отношении будущего уровня жизни.

**Экономические и финансовые изменения.** Экономические перемены повлекли за собой широкомасштабные, радикальные реформы, которые привели к преобразованию экономических систем и их связей с мировой экономикой: либерализации внутренних цен и торговли, макроэкономической стабилизации, маркетизации, приватизации, реструктуризации промышленности, либерализации внешней торговли и созданию конвертируемой валюты (Gros and Steinherr 1995; World Bank 1996). На успех экономических реформ в отдельных странах повлияли такие факторы, как дизайн политики, авторитет и эффективность правительства (например, способности собирать налоги), поддержка населения и внешние факторы (такие как процесс вступления в ЕС)<sup>26</sup>.

В начале перехода большинство стран переживало существенное снижение объема производства (ВВП), периоды высокой инфляции, растущей безработицы и отсутствия гарантий занятости на работе, сокращения реальной заработной платы, рост неравенства в доходах и рост бедности. Прогресс в развитии рыночных институтов (таких как оптовая торговля) для замены институтов старой системы планирования — нормирования (например, централизованное нормирование поставок) был очень медленным. Разрушение связей поставок породило общий дефицит и «дезорганизацию» в промышленности, что способствовало падению производства (Blanchard and Kremer 1997). В результате этих событий системы здравоохранения функционировали в гибридных экономиках с неопределенными правами собственности, несовершенными рынками, искаженными ценовыми сигналами, самовольными вмешательствами со стороны государства и под влиянием финансовых кризисов.

Однако наиболее важное изменение, возможно, не было результатом целенаправленной политики. Произошло снижение государственных доходов, в некоторых странах до экстремального уровня (например, на Кавказе, в Республике Молдова и части Центральной Азии). В 1989 г., по данным Международного валютного фонда (МВФ), в СССР доходы государственного бюджета составляли 41 % ВВП (Cheasty 1996). К 1995 г. этот показатель упал в 15 странах бывшего СССР до 25 % (невзвешенное среднее значение). Однако за этим средним значением скрывается диапазон от 5 % в Грузии до 44 % в Беларуси. На это повлияли разные причины, в том числе быстрый упадок экономических подсекторов, которые в большей степени делали взнос в формирование государственных доходов (например, государственные предприятия), чем в ВВП; новые сложности в налоговой структуре; проблемы леги-

<sup>26</sup> Подробнее об этом см. Европейский банк реконструкции, ежегодная серия докладов о процессе перехода (ЕБРР 1994–2007).

тимности правительств; и, что, по крайней мере, было важным для стран бывшего СССР, потеря после 1991 г. межправительственных переводов из Москвы (Cheasty 1996)<sup>27</sup>. Конечно, эти проценты относятся к ВВП, который также стремительно падал. ВВП Грузии в 1995 г. приблизительно составлял около 28 % от его уровня 1990 г., в то время как ВВП Беларуси оценивался примерно в 65 %. Усилия, направленные на стабилизацию, привели к замораживанию бюджетов в текущих ценах в условиях быстрого роста цен, что означало сокращение реальных расходов. В ряде стран (в частности, Грузии и Армении) государственный сектор экономики резко сократился. Субсидии из государственного бюджета на сельское хозяйство, энергетику, транспорт и потребление были сокращены, и также были очевидны последствия с точки зрения возможности правительства выделять деньги на здравоохранение. В Кыргызстане, например, государственные расходы на здравоохранение сократились с 3,3 % от ВВП в 1991 г. до 1,9 % в 1992 г., в основном потому, что общие государственные расходы снизились с 28 до 17,4 % ВВП из-за прекращения осуществления бюджетных переводов из Москвы в январе 1992 г. (World Bank 1993).

**Перестройка и реорганизация здравоохранения.** Во многих странах ЦЕ/ВЕКЦА сектор здравоохранения был втянут в значительные организационные преобразования. В результате распада отдельных стран число систем здравоохранения в ЦЕ (за исключением ГДР) возросло с 8 в 1990 г. до 27 в 1995 г. Чехословацкая система здравоохранения была разделена на новые в пределах независимых Чешской Республики и Словацкой Республики. Более разрушительные разделения на территории бывшей Югославии привели к появлению независимых систем здравоохранения в Боснии и Герцеговине, Хорватии, Македонии, Сербии и Черногории<sup>28</sup> и Словении, а распад СССР породил еще 15 новых систем. К 1995 г. только пять систем здравоохранения оставались в тех же географических границах, в которых они были и в 1990 г. (Албания, Болгария, Венгрия, Польша и Румыния). Что касается стран ВЕКЦА, наиболее полный набор медицинских учреждений унаследовала Российская Федерация, хотя они и были существенно повреждены (Davis 1993b). Многие из новых МЗ (например, Узбекской Советской Социалистической Республики) имели ограниченные возможности для разработки политики и активного управления, поскольку во время командной эры полномочия их организаций-предшественников были ограничены только управлением централизованно утвержденных планов.

<sup>27</sup> Например, Cheasty (1996) сообщает, что к концу 1980-х гг. в центрально-азиатских странах такие переводы составили 20 % или более от ВВП.

<sup>28</sup> Количество выросло в 2006 г., когда Сербия и Черногория стали двумя отдельными государствами.

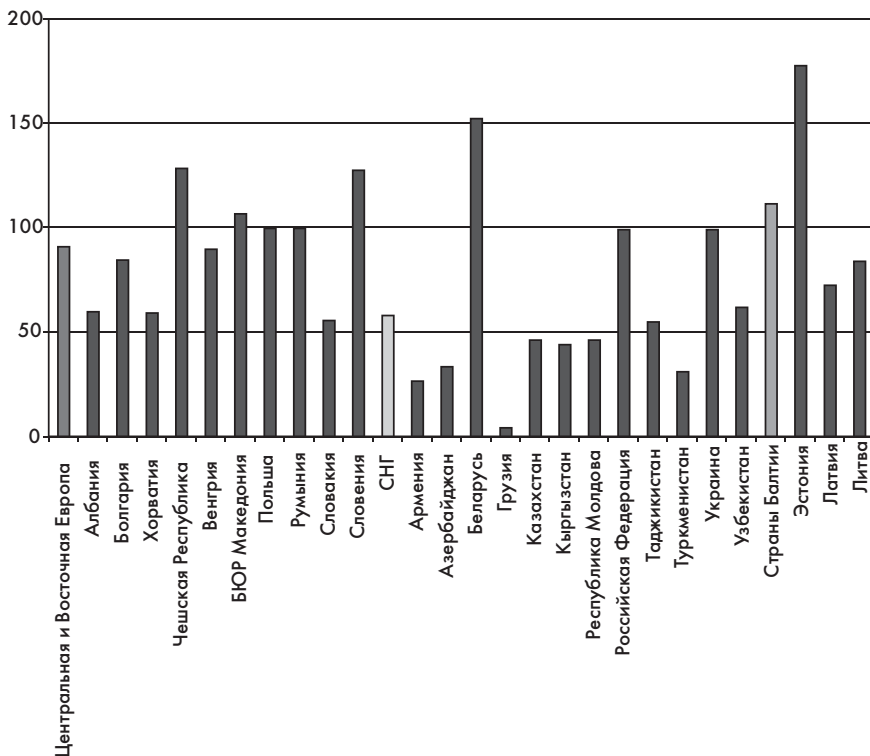
#### IV. Последствия нового контекста для унаследованных систем финансирования здравоохранения

В целях разрешения унаследованных от прошлого и порожденных переходным процессом проблем в здравоохранении и его финансировании в начале 1990-х гг. правительства стран ЦЕ/ВЕКЦА проводили многочисленные реформы<sup>29</sup>. Успешное осуществление подобных широкомасштабных (и зачастую радикальных) реформ этого раннего периода было бы достаточно сложным процессом даже в самых благоприятных обстоятельствах. А условия были далеки от идеальных. В дополнение к вышеупомянутым препятствиям, связанным с нестабильной обстановкой и острой нехваткой ресурсов, существовали еще три проблемы. Первая заключалась в координации реформ экономики и здравоохранения. Это было трудно сделать, потому что фактически никто из главных лиц, принимающих решения, не имел никаких профессиональных знаний об экономике здравоохранения, и только немногие руководители в системе здравоохранения, которые обычно были врачами, имели достаточное представление о функционировании рыночной экономики. Вторая задача заключалась в необходимости координации деятельности лиц, принимающих решения на различных уровнях системы здравоохранения (например, медицинские учреждения, страховые агентства, аптеки, фармацевтические заводы), в рамках проведения внутренних реформ в целях обеспечения их последовательности и выполнимости. Третья задача заключалась в координации национальных политик реформы здравоохранения и деятельности многочисленных иностранных правительственных, международных и неправительственных агентств, которые оказались вовлеченными в проекты в области здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА.

Финансовые и экономические изменения, обусловленные перестройкой, имели важные последствия для систем финансирования здравоохранения в регионе. В значительной степени последствия для достижения политических целей были отрицательными, по крайней мере, в краткосрочной перспективе, но масштабы этой проблемы тесно связаны с масштабами испытываемого финансового шока и временем, которое потребовалось для восстановления экономики. Для целей справедливости распределения финансирования и финансовой защиты относительный успех, достигнутый до 1990 г., был поставлен под удар общим сокращением государственных доходов, что уменьшило возможности послеперестроечных правительств расходовать средства на все сектора, включая здравоохранение. В то же время более широкий контекст экономических потрясений поставил под сомнение возможности многих семей зарабатывать достаточно для удовлетворения своих основных потребностей. Потенциал расходов правительств на здравоохранение уменьшился (в различной степени во всех странах, см. рис 2.1.), что привело к росту как

<sup>29</sup> Их подробные описания и оценки представлены в других публикациях (см. Davis 1993a, 1993b, 1998, 2001a, 2001b; Preker and Feachem 1995; Chernikovskiy, Barnum and Potapchik 1996; Klugman and Schieber 1996; Шейман 1998; Шишкин 2000; Kornai and Eggleston 2001; Kutzin et al. 2002) и в других главах данной книги.

официальных, так и неформальных платежей за медицинские услуги и сокращению субсидий на отпускаемые по рецепту лекарства, в то же время увеличилась экономическая уязвимость домохозяйств. Сочетание этих обстоятельств снизило защищенность населения от финансовых рисков, связанных с необходимостью оплачивать медицинскую помощь. Хотя проблемы неравенства в финансировании здравоохранения и доступности услуг существовали и ранее, в начале переходного периода они значительно усугубились в результате сокращения государственных расходов и роста бедности (UNICEF 1994; Ellman 2000). Проблемы, связанные с высокими уровнями личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи, были наиболее ощутимы в самых экономически неблагополучных регионах (на Кавказе, в Центральной Азии и южной части Балканского полуострова) и наименьшей степени — в тех странах, где экономическое восстановление шло наиболее быстрыми темпами (Словения, Чешская Республика) или где перестройки не произошло (Беларусь).



**Рис. 2.1.** Индекс реальных государственных расходов на здравоохранение в 1994 г. по отношению к оценкам уровня 1990 г.

*Источники:* данные для этой таблицы были взяты из следующих источников: Европейское региональное бюро ВОЗ 2008, база данных TransMONEE детского фонда ООН (ЮНИСЕФ 2008), а также различные документы Всемирного банка. Кроме того, некоторые значения были оценены автором на основе данных о ВВП и доли расходов на здравоохранение в ВВП. Для стран Центральной и Восточной Европы, Содружества Независимых Государств (СНГ) и стран Балтии приведены невзвешенные средние значения. Статистика для Боснии и Герцеговины и Сербии — Черногории (ныне независимые государства Сербия и Черногория) недостаточна для построения надежных оценок.

Хотя организация и стимулы систем финансирования и оказания медицинской помощи в наибольшей степени влияли на неэффективность системы здравоохранения доперестроечного периода, последствия этой неэффективности до перестройки остро не ощущались, потому что стоимость важных ресурсов была достаточно низкой (например, зарплата персонала, стоимость лекарств и энергии), а государственные доходы были достаточно высоки, чтобы покрыть эту стоимость. Перестройка не только привела к финансовому шоку (Cheasty 1996), ограничившему возможности правительств финансировать здравоохранение, но также и к увеличению стоимости важнейших ресурсов. Например, в результате разрушения торговых взаимоотношений СЭВ цены на импорт необходимых лекарств росли. Многие страны не могли более обеспечивать скрытые субсидии стоимости энергоресурсов для бюджетных организаций (таких как государственные больницы). Проще говоря, правительства, системы здравоохранения и население имели меньше денег и столкнулись с повысившимися ценами. В этом новом контексте обширная инфраструктура, высокий уровень потребления и чрезмерное направление к врачам узким специалистам, унаследованные от предыдущей эпохи, стали рассматриваться в качестве проблем. Проблемы были связаны не только с неэффективным распределением ресурсов как таковым. Поскольку неэффективность требовала выделения большей доли государственных расходов на постоянные расходы, такие как затраты на энергию, у государства оставалось меньше денег, которые оно могло бы выделить на расходы, напрямую связанные с лечением пациентов, которые в свою очередь также возросли (например, лекарства). По крайней мере, в наиболее пострадавших странах (на Кавказе и в некоторых странах Центральной Азии) такая ситуация привела к росту оплаты пациентами этих ресурсов или необходимости предоставлять эти ресурсы напрямую. Таким образом, системная неэффективность внесла свой вклад в несправедливость в финансировании, приводя систему здравоохранения к большей зависимости от личных платежей пациентов в момент получения медицинской помощи.

Сложные политические, социальные и экономические условия, возникшие на начальном этапе перестройки, усилили или более четко выявили многие из унаследованных недостатков систем финансирования здравоохранения (такие как слабые стимулы, высокие постоянные расходы) и породили новые (такие как усиление несправедливости в финансировании здравоохранения и оказании медицинской помощи, связанной с растущей зависимостью системы от личных платежей пациентов в момент получения медицинской помощи). Поэтому страны, переживающие переходный период, были вынуждены внедрить более радикальные реформы финансирования здравоохранения для решения основных структурных и мотивационных проблем, унаследованных от предыдущей эпохи. В следующих главах этой книги мы рассмотрим цели, особенности и сроки реформ финансирования здравоохранения середины 1990-х гг. и оценим их успешность в преодолении препятствий и решении унаследованных и новых проблем.

## Литература

---

- Бабановский И.В. (1976). *Вопросы финансирования здравоохранения в СССР*. Москва, Медицина.
- Blanchard O, Kremer M (1997). Disorganization. *Quarterly Journal of Economics*, 112 (4):1091–1126.
- Буренков С., Головтеев В., Корчагин В. (1979). *Социалистическое здравоохранение: задачи, ресурсы, перспективы развития*. Москва, Медицина.
- Cheasty A (1996). The revenue decline in the countries of the former Soviet Union. *Finance and Development*, 33:32–35.
- Chellaraj G et al. (1996). *Trends in health status, services and finance: the transition in central and eastern Europe*, Volume II. World Bank Technical Paper No. 348. Washington, DC, World Bank.
- Chernichovsky D, Barnum H, Potapchik E (1996). Health care reform in Russia: the finance and organization perspectives. *Economics of Transition*, 4(1):113–134.
- Cornia G, Panici  R, eds (2000). *The mortality crisis in transitional economies*. Oxford, Oxford University Press.
- Davis C (1983). The economics of the Soviet health system. In: U.S. Congress, Joint Economic Committee, *The Soviet economy in the 1980's: problems and prospects*. Washington, DC, United States Government Printing Office:228–264.
- Davis C (1987). Developments in the health sector of the Soviet economy, 1970–1990. In: U.S. Congress, Joint Economic Committee, *Gorbachev's economic plans*. Washington, DC, United States Government Printing Office:331.
- Davis C (1988a). The second economy in disequilibrium and shortage models of centrally planned economies. *Berkeley-Duke Occasional Papers on the Second Economy in the USSR*, No. 12. Durham, NC, Duke University Press.
- Davis C (1988b). The organization and performance of the contemporary Soviet health system. In: Lapidus G, Swanson G, eds. *State and welfare, USA/USSR: contemporary policy and practice*. Berkeley, CA, University of California Berkeley Institute of International Studies:95–142.
- Davis C (1989a). Priority and the shortage model: the medical system in the socialist economy. In: Davis C, Charemza W, eds. *Models of disequilibrium and shortage in centrally planned economies*. London, Chapman & Hall:427–459.
- Davis C (1989b). The Soviet health system: a national health service in a socialist society. In: Field M, ed. *Success and crisis in national health systems: a comparative approach*. London, Routledge:233–262.
- Davis C (1993a). The health sector in the Soviet and Russian economies: from reform to fragmentation to transition. In: U.S. Congress, Joint Economic Committee, *The former Soviet Union in transition*. Washington, DC, United States Government Printing Office:852–872.
- Davis C (1993b). Eastern Europe and the former USSR: an overview, and, the former Soviet Union. *RFE/RL Research Report, Special Section on Health Care Crisis*, 2(40):31–43.
- Davis C (1998). Morbidit , mortalité et r formes du système de santé dans les  tats en transition de l'Ex-U.R.S.S. et de l'Europe de l'Est. *Revue d' tudes Comparatives Est-Ouest*, 29(3):133–185.



- Davis C (2001a). The health sector: illness, medical care and mortality. In: Granville B, Oppenheimer P, eds. *Russia's post-Communist economy*. Oxford, Oxford University Press:475–538.
- Davis C (2001b). Reforms and performance in medical systems in the transitional states of the former Soviet Union and eastern Europe. *International Social Security Review*, 54(2–3):7–56.
- Davis C, Feshbach M (1980). *Rising infant mortality of the USSR in the 1970s*. International Population Reports, Series P-95, No. 74. Washington, DC, U.S. Census Bureau.
- Dutton J (1979). Changes in Soviet mortality patterns, 1959–1977. *Population and Development Review*, 2:267–291.
- Eberstadt N (1990). Health and mortality in eastern Europe 1965–1985. *Communist Economies*, (2)3:347–371.
- EBRD (1994–2007). *Transition Report Series, 1994–2007*. London, European Bank for Reconstruction and Development.
- Ellman M (1994). The increase in death and disease under katastroika. *Cambridge Journal of Economics*, 18:329–355.
- Ellman M (1995). The state under state socialism and post-socialism. In: Chang H-J, Rowthorn R, eds. *The role of the state in economic change*. Oxford, Clarendon Press:215–236.
- Ellman M (2000). The social costs and consequences of the transformation process. *Economic Survey of Europe 2000*, No. 2/3:125–145.
- Feshbach M (1983). Issues in Soviet health problems. In: US Congress, Joint Economic Committee, *Soviet economy in the 1980's: problems and prospects*. Washington, DC, United States Government Printing Office:203–227.
- Feshbach M (1993). Continuing negative health trends in the former USSR. In: U.S. Congress, Joint Economic Committee, *The former Soviet Union in transition*. Washington, DC, United States Government Printing Office:840–851.
- Field M (1967). *Soviet socialized medicine: an introduction*. New York, The Free Press.
- Field M, Kotz D, Bukhman G (2000). Neo-liberal economic policy, 'state desertion', and the Russian health crisis. In: Kim J et al. eds. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Boston, Common Courage Press:155–173.
- Gjonça A, Wilson C, Falkingham J (1997). Paradoxes of health transition in Europe's poorest country: Albania 1950–1990. *Population and Development Review*, 23(3):585–609.
- Goldstein E et al. (1996). *Trends in health status, health services and health finance: the transition in central and eastern Europe: Volume I*. World Bank Technical Paper No. 341. Washington, DC, World Bank.
- Gregory P, Stuart R (1981). *Soviet economic structure and performance*, 2nd edn. New York, Harper & Row.
- Gregory P, Stuart R (1999). *Comparative economic systems*, 6th edn. Boston, Houghton Mifflin.
- Gros D, Steinherr A (1995). *Winds of change: economic transition in central and eastern Europe*. London, Longman.
- Healy J, McKee M (1997). Health sector reform in central and eastern Europe: the professional dimension. *Health Policy and Planning*, 12(4):286–295.

- Heleniak T (1995). Economic transition and demographic change in Russia, 1989–1995. *Post-Soviet Geography*, 36(7):446–458.
- Hough J, Fainsod M (1979). *How the Soviet Union is governed*. London, Harvard University Press.
- Kaser M (1976). *Health care in the Soviet Union and eastern Europe*. London, Croom Helm.
- Klugman J, Schieber G (1996). *A survey of health reform in central Asia*. World Bank Technical Paper No. 344. Washington, DC, World Bank.
- Knaus W (1981). *Inside Russian medicine: an American doctor's first-hand report*. New York, Everest House.
- Kornai J (1980). *Economics of shortage*. Oxford, North Holland.
- Kornai J (1992). *The socialist system: the political economy of communism*. Oxford, Clarendon Press.
- Kornai J, Eggleston K (2001). *Welfare, choice and solidarity in transition: reforming the health sector in eastern Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Kornai J, McHale J (2000). Is post-communist health spending unusual? A comparison with established market economies. *Economics of Transition*, 8:369–399.
- Kunitz S (2004). The making and breaking of Yugoslavia and its impact on health. *American Journal of Public Health*, 94(11):1894–1904.
- Kutzin J et al. (2002). *Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health system*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 21. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health.
- Lewis M (2006). *Tackling health care corruption and governance woes in developing countries*. CGD Brief, Working Paper 78. Washington, DC, Center for Global Development.
- Mastilica M, Kušec S (2005). Croatian health care system in transition, from the perspective of users. *BMJ*, 331:223–226.
- Miskiewicz S (1986). Health services in eastern Europe. *RFE/RL RAD Background Report*, 161:1–41.
- Parmalee D (1989). Yugoslavia: health care under self-managing socialism. In: Field M, ed. *Success and crisis in national health systems: a comparative approach*. London, Routledge:165–191.
- Pataki J (1993). Health care crisis: Hungary. *RFE/RL Research Report*, 2(40):50–52 (Special Section on Health Care Crisis).
- Попов Г. (1976). *Экономика и планирование*. Москва, Издательство МГУ.
- Правдин Д. (1976). *Развитие непромышленной сферы при социализме*. Москва, Экономика.
- Preker A, Feachem R (1995). *Market mechanisms and the health sector in central and eastern Europe*. World Bank Technical Paper No. 293. Washington, DC, World Bank.
- Rakowska-Harmstone T, ed. (1984). *Communism in eastern Europe*, 2nd edn. Manchester, Manchester University Press.
- Ryan M (1978). *The organization of Soviet medical care*. Oxford, Blackwell.

- Sampson (1987). The second economy of the Soviet Union and eastern Europe. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 493(September):120–136.
- Saric M, Rodwin V (1993). The once and future health system in the former Yugoslavia: myths and realities. *Journal of Public Health Policy*, 14(2):220–237.
- Schnytzer A (1982). *Stalinist economic strategy in practice: the case of Albania*. Oxford, Oxford University Press.
- Schöpflin G (1993). *Politics in eastern Europe*. Oxford, Blackwell.
- Шейман И. (1998). *Реформа управления и финансирования здравоохранения*. Москва, Издатцентр.
- Шишкин С. (2000). *Реформа финансирования российского здравоохранения*. Москва, ТЕИС.
- Tyson L, Eichler G (1981). Continuity and change in the Yugoslav economy in the 1970's and 1980's. In: U.S. Congress, Joint Economic Committee, *East European Economic Assessment*. Washington, DC, United States Government Printing Office:963.
- UNICEF (1994). *Crisis in mortality, health and nutrition*. Economies in Transition Studies: Regional Monitoring Report No. 2. Florence, United Nations Children's Fund International Child Development Centre.
- UNICEF (2008). *United Nations Children's Fund TransMONEE database* [online database]. Florence: United Nations Children's Fund (<http://www.unicef-irc.org/databases/transmonee>, accessed 15 August 2008).
- Виноградов Н., ред. (1962). *Организация здравоохранения в СССР*. Москва, Государственное издательство медицинской литературы.
- Vinton L (1993). Health care crisis: Poland. *RFE/RL Research Report*, 2(40):56–59 (Special Section on Health Care Crisis).
- World Bank (1993). *Kyrgyzstan: social protection in a reforming economy*. Report No. 11535-KG. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (1996). *World development report 1996: from plan to market*. Washington, DC, World Bank.
- WHO Regional Office for Europe (2008). *European Health for All database* [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 15 August 2008).

## **Финансовый контекст и структура расходов на здравоохранение**

*Joseph Kutzin, Melitta Jakob*

### **А. Введение**

Как описано в главе 1, бюджетная обеспеченность является ключевым фактором содействия/ограничения уровня достижения поставленных целей политики финансирования здравоохранения. В начале переходного периода в странах ЦЕ/ВЕКЦА происходил беспрецедентный спад производства, что в значительной степени повлияло на спад в финансовой сфере. Неудивительно, что это привело к сокращению государственных расходов, в том числе расходов на здравоохранение (см. главу 2). Однако в некоторых странах со схожей схемой финансового сокращения происходили более серьезные снижения расходов на здравоохранение, чем в других странах. Межстрановые различия в приоритете распределения государственных ресурсов на нужды здравоохранения сыграли важную роль в ослаблении или усилении влияния макроэкономического спада на государственные расходы на здравоохранение. Различные модели снижения и восстановления ВВП и бюджетной обеспеченности, наряду с различиями в приоритетах, привели к тому, что государственные расходы на здравоохранение были различными в разных странах, как в абсолютном, так и относительном выражении, исчисляемые в процентах от ВВП. Как будет показано в данной главе, уровень государственных расходов на здравоохранение является основным фактором зависимости системы здравоохранения от личных платежей пациентов в момент получения медицинской помощи. Степень такой зависимости

имеет важные последствия для политических целей, в частности финансовой защиты, справедливости в распределении финансирования и в потреблении. Следовательно, для лучшего понимания различия между *достижением и деятельностью* (WHO 2000) с точки зрения целей политики финансирования здравоохранения важно выделить ключевые контекстуальные факторы (доходы и бюджетная обеспеченность) и приоритеты распределения ресурсов, используя различия в проводимых в разных странах стратегических реформах.

В этой главе мы подробнее рассмотрим структуру расходов на здравоохранение в странах ЦЕ/ВЕКЦА в переходный период, исследуя влияние как финансового аспекта, так и приоритетов распределения ресурсов в государственном секторе. Цель состоит в том, чтобы продолжить подготовку почвы для остальной части книги, переходя от основы, заложенной в главе 2 и обеспечивая базовое понимание тенденций расходов на здравоохранение и их детерминантов в качестве основы для рассмотрения следующих глав. Данная глава по своей сути носит описательный характер, в ней представлено несколько простых перекрестных таблиц с расходами на здравоохранение и влияющими на них факторами. После описания в разделе В источников данных в разделе С мы представляем последние тенденции государственных и частных расходов на здравоохранение. Это сопровождается исследованием факторов, влияющих на тренды изменения расходов: финансовые условия в разделе D и приоритеты в разделе E. В разделе F все эти части объединяются для описания отношений между государственными и частными расходами граждан на здравоохранение, включая примеры некоторых стран, которые иллюстрируют взаимодействие между факторами, определяющими структуру расходов. В разделе G представлено краткое заключение.

## В. Источники данных

Источником данных для этой главы являются национальные счета здравоохранения ВОЗ (WHO 2009a)<sup>30</sup> за период 1997–2006 гг. (на тот момент, когда эта глава была уже написана, для каждой страны были доступны проверенные данные за 2006 г.). Эта база данных обновляется ежегодно посредством совместного процесса под руководством ВОЗ и существенного вклада других стран, международных агентств (таких как ОЭСР, Евростат и Всемирный банк) и различных экспертов. Источниками данных общих показателей, например ВВП и общие государственные расходы, являются МВФ, ОЭСР<sup>31</sup> и статистические данные ООН

<sup>30</sup> Базу данных можно загрузить по адресу: <http://www.who.int/nha/country/en/index.html>.

<sup>31</sup> База данных ВОЗ использует данные по здравоохранению ОЭСР (OECD 2009) в качестве источника информации о странах — членах ОЭСР. Четыре страны из стран ЦЕ/ВЕКЦА в классификации относятся к странам — членам ОЭСР: Чешская Республика, Венгрия, Польша и Словакия.

по национальным счетам. Они дополняются (в некоторых случаях заменяются) национальными данными, докладами Всемирного банка и другими исследованиями. Поскольку правительства организуют их услуги различными способами, сравнение на международном уровне пока затруднительно. Используя классификации и ограничения национальных счетов здравоохранения (WHO, World Bank and USAID 2003) и Системы счетов здравоохранения (OECD 2000) в качестве руководства, дополнительные национальные данные используются для создания международно сопоставимых рядов данных (WHO 2009b).

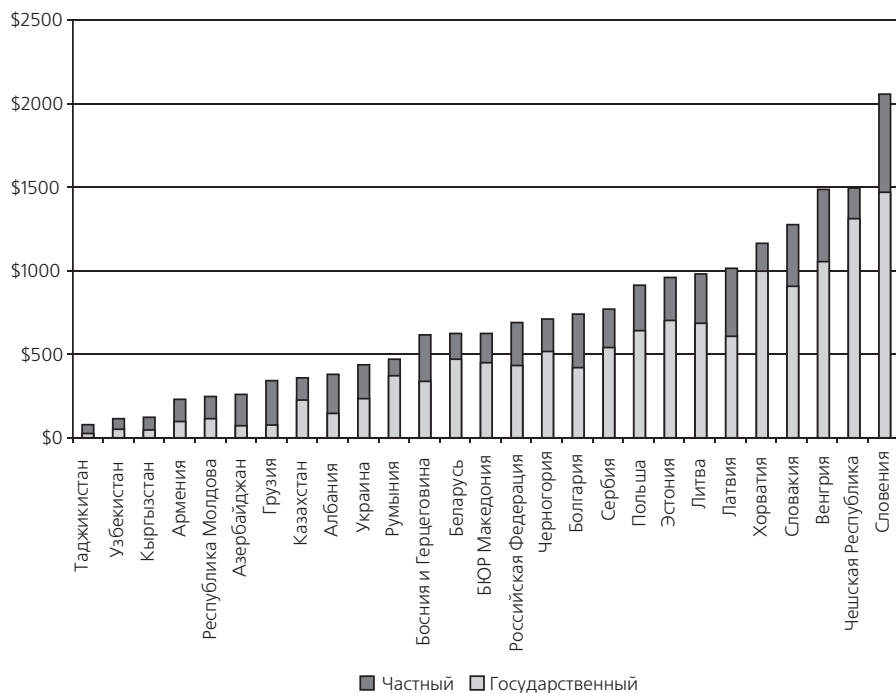
Хотя данные национальных счетов здравоохранения ВОЗ являются наилучшим доступным источником сопоставимых международных данных по расходам на здравоохранение для всех стран, эти данные имеют существенные недостатки. Наиболее важная проблема с точки зрения качества данных касается оценки личных платежей граждан, осуществляемых в момент получения медицинской помощи. Некоторые страны проводят систематические исследования домашних хозяйств с четкими последовательными подробными вопросами о характере использования и структурах расходов на здравоохранение (например, Кыргызстан, Таджикистан, Грузия и Республика Молдова). Другие страны (например, Казахстан, Узбекистан и Украина) не проводят аналогичные мероприятия, и, вероятней всего, их данные об объеме личных платежей пациентов занижены<sup>32</sup>. Таким образом, оценки в базе данных тех стран, которые не проводят регулярные и подробные исследования расходов на здравоохранение, вероятно, занижены (хотя эта величина неизвестна). Следовательно, относительная разница в показателе доли личных платежей пациентов в общих расходах на здравоохранение между странами, использующими более и менее подробные методы исследования, вероятно, в некоторой степени является преувеличением реальных данных. В данном контексте выделяется и третья группа стран. В состав этой группы входят страны, в которых оценки объема личных платежей пациентов основаны на подробных исследованиях расходов на здравоохранение, но которые не выполняются систематически и для которых используются различные источники данных и подходы к исследованию, основанные на доступности данных (например, Российская Федерация и Венгрия). Таким образом, наш анализ отражает общие структуру и тенденции, на которые с наименьшей вероятностью могут влиять другие проблемы, и не акцентирует внимание на подробных сравнениях<sup>33</sup>.

<sup>32</sup> Lu C et al. (2009) проанализировали влияние разукрупнения данных и частоты опроса на уровне расходов на здравоохранение, которые сообщили респонденты. Они обнаружили, что в большинстве стран более детальные вопросы анкет приводят к более высоким отчетным общим расходам на здравоохранение, а также то, что чем чаще проводятся исследования, тем более высокие оценки получаются.

<sup>33</sup> В случае с Туркменистаном показатели ВВП, общих государственных расходов и расходов на здравоохранение (государственных и частных) считаются довольно недостоверными, поэтому они не используются в этой главе. Например, отчетные данные о расходах на здравоохранение, исчисляемые в процентах от общих бюджетных расходов государства, за период 1998–2006 гг. ежегодно оставались на одном и том же уровне — 14,9%. Другие известные несоответствия данных будут указываться в главе по мере возникновения.

### С. Структура расходов на здравоохранение

*В регионах существуют большие различия в общих расходах на здравоохранение и соотношении государственных и частных расходов на здравоохранение* (рис. 3.1). В Таджикистане в 2006 г. подушевые расходы на здравоохранение составили 81 долл. США (международные доллары, по ППС), в то время как в Словении эти расходы были более чем в 25 раз выше (2063 долл. США). Примерно треть стран расходует меньше, чем 500 долл. США, другая треть — от 500 до 1000 долл. США, а остальные (менее трети) потратили больше 1000 долл. США. Аналогичным образом соотношение государственных и частных расходов на здравоохранение также значительно варьирует по региону, составляя около 78 % общих расходов на здравоохранение в Грузии и Таджикистане и около 12 % в Чешской Республике. Такая большая разница в расходах связана с существенными различиями в охвате населения гарантированным набором медицинских услуг и, как результат, большими различиями в достижении целей системы здравоохранения. Расхождения в возможностях настолько существенны, что термин «страны с переходной экономикой» теряет свою актуальность, поскольку экономические условия стран существенно различаются и то, что является возможным для более богатых стран, является нереалистичным для более бедных стран.

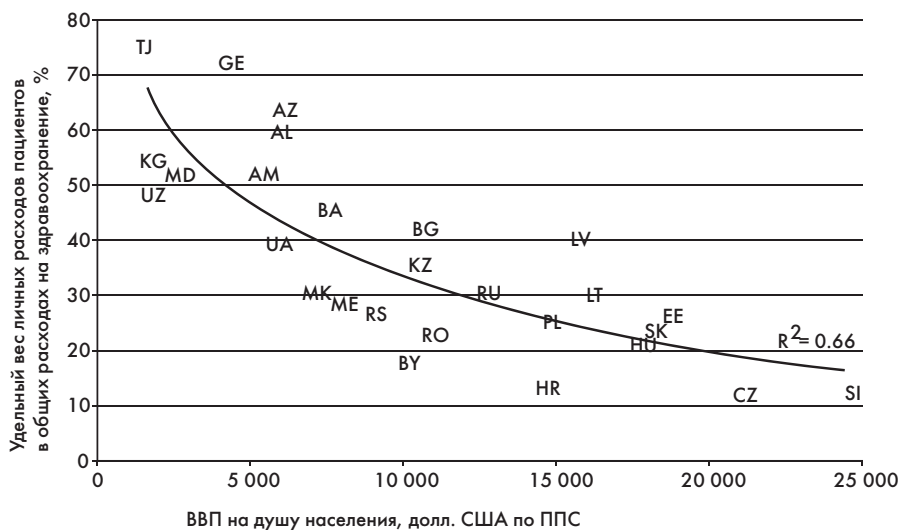


**Рис. 3.1.** Общие подушевые расходы на здравоохранение, 2006 г., международные доллары

Источник: WHO 2009а.

Примечание: БЮР Македония — бывшая югославская Республика Македония.

**Наблюдаемая связь между показателями подушевых доходов, государственных расходов на здравоохранение и частных платежей граждан в момент получения медицинской помощи, доказанная на международных данных, также проявляется в странах ЦЕ/ВЕКЦА** (рис. 3.2). Сравнения международных данных уже давно показали, что более бедные страны, как правило, больше полагаются на частные источники, а богатые страны — на государственные (см., например, Schieber and Maeda 1997). Таджикистан, Грузия и Азербайджан имеют самую высокую долю частных платежей граждан в общих расходах на здравоохранение — 75, 72 и 63 % соответственно. Это неудивительно, так как эти три страны являются странами с одним из самых низких уровней доходов в регионе, и уровень государственных расходов на здравоохранение является также одним из самых низких. Еще более удивительным является то, что граждане Кыргызстана и Республики Молдова, где уровень доходов такой же, как в Таджикистане и Грузии, расходуют значительно меньше (54 и 52 % общих расходов на здравоохранение соответственно), и то, что в Азербайджане наблюдается очень высокий уровень частных платежей граждан по сравнению с другими странами, имеющими уровень ВВП на душу населения около 5000 долл. США и меньше. На самом деле, для любого уровня доходов существует довольно большой разброс в показателе соотношения государственных и частных расходов на здравоохранение, что предполагает влияние других факторов. Здесь мы акцентируем внимание на уровне государственных



**Рис. 3.2.** Личные расходы пациентов и подушевые доходы в 2006 г.

Источник: WHO 2009b.

Примечания: AL — Албания; AM — Армения; AZ — Азербайджан; BA — Босния и Герцеговина; BG — Болгария; BY — Беларусь; CZ — Чешская Республика; EE — Эстония; GE — Грузия; HR — Хорватия; HU — Венгрия; KG — Кыргызстан; KZ — Казахстан; LT — Литва; LV — Латвия; MD — Республика Молдова; ME — Черногория; MK — БЮР Македония; PL — Польша; RO — Румыния; RS — Сербия; RU — Российская Федерация; SI — Словения; SK — Словакия; TJ — Таджикистан; UA — Украина; UZ — Узбекистан; ППС — паритет покупательной способности.



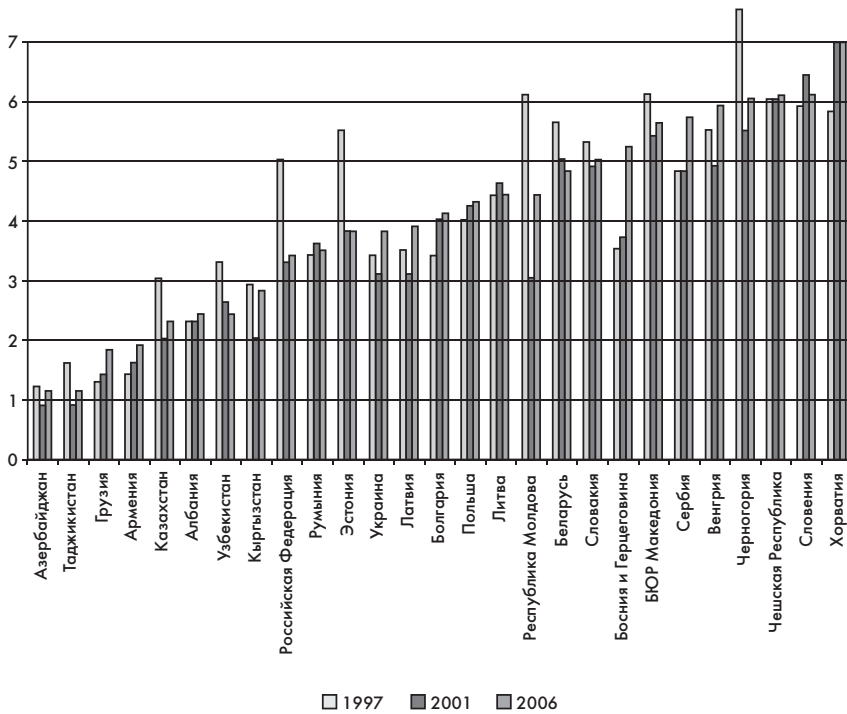
ных расходов на здравоохранение, поскольку ранее проведенные исследования (Gottret and Schieber 2006; Kutzin 2008) показали, что это также является важным детерминантом уровня личных платежей пациентов, отделенных от, но связанных с ВВП на душу населения.

**Как показано на рис. 3.3, в переходный период государственные расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от ВВП, значительно варьировали по странам региона.** В 2006 г. Хорватия имела самые высокие расходы и выделяла 7 % ВВП на здравоохранение, в то время как Азербайджан и Таджикистан имели самые низкие расходы — 1,1 %<sup>34</sup>. Самыми высокими государственными расходами на здравоохранение характеризуются страны ОЭСР (приблизительно 6,5 % от ВВП; см. ОЭСР 2009), в то время как низкие расходы характерны для развивающихся стран с низким уровнем дохода (приблизительно 1,6 %, см. WHO 2009а).

**Наиболее значительные расхождения в государственных расходах на здравоохранение наблюдались в начале переходного периода, и до конца 1990-х гг. существенных изменений не происходило.** Как рассматривалось в главе 2, существенные расхождения в государственных расходах на здравоохранение во всем регионе происходили в период 1990–1994 гг. В 1994 г. расходы правительства бывшего Советского Союза были лишь немногим более 50 % по сравнению с уровнем 1990 г.; расходы правительства стран ЦЕ (за исключением стран Балтии) составляли около 80–90 %; а правительства в странах Балтии увеличили свои расходы примерно до 110 % от уровня 1990 г. (см. главу 2, рис. 2.1). Позднее расхождения в расходах на здравоохранение уменьшились, и большинство тех стран, расходы которых были относительно низкими в 1997 г., оставались такими же и в 2006 г., аналогичной была ситуация и со странами с высокими расходами. Однако, как показано на рис. 3.3, в данной структуре есть ряд исключений. По большей части это страны, чьи государственные расходы на здравоохранение, выраженные в процентах от ВВП, были значительно выше в 1997 г. и в последующие годы. Это, вероятно, в большей степени отражает изменения в знаменателе (т.е. уровень ВВП рос значительно быстрее, чем государственные расходы на здравоохранение), нежели чем изменения в самом уровне расходов на здравоохранение. В период 2001–2006 гг. произошло гораздо меньше изменений в относительном ранжировании, предполагая еще более стабильную структуру. Некоторые изменения указывают на реальные сдвиги (например, в Республике Молдова), в то время как другие могут отражать проблемы с текущими данными<sup>35</sup>.

<sup>34</sup> Напомним (на рис. 3.1), что Таджикистан имеет более низкие показатели, если они измеряются в сопоставимых долларах по ППС, учитывая гораздо более низкий уровень ВВП на душу населения, чем в Азербайджане.

<sup>35</sup> В бывшей югославской Республике Македонии, например, из государственных расходов на здравоохранение не исключаются расходы Национального фонда страхования на не связанные со здравоохранением цели, например оплата больничных листов, выплата пособий по беременности и родам и т.д. Это может привести к завышению уровня расходов по сравнению с Сербией.



**Рис. 3.3.** Государственные расходы на здравоохранение как доля внутреннего валового продукта: 1997, 2001, 2006 гг.

Источник: WHO 2009а.

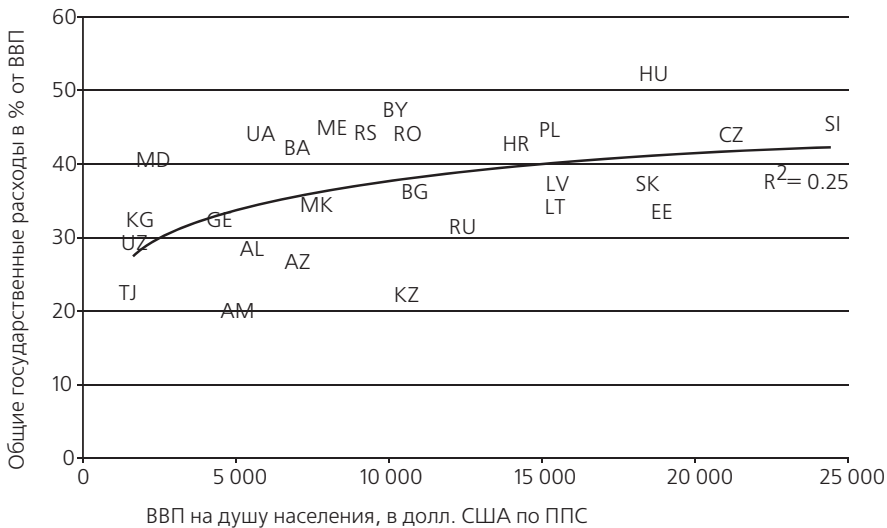
За весь период 1997–2006 гг. из всех рассматриваемых стран в 13 странах уровень государственных расходов на здравоохранение, исчисляемый в процентах от ВВП, в конце периода превышал уровень, сложившийся в начале периода, в 12 странах — уровень на конец периода был ниже начальной отметки и в двух странах он практически не изменился. С 2001 г. большинство (20) стран увеличило свои расходы на здравоохранение, в то время как лишь немногие (5) к 2006 г. имели более низкий уровень расходов, исчисляемых в процентах от ВВП. Структура расходов новых стран ЕС начала стабилизироваться с 2001 г., и только в шести странах из десяти наблюдался рост (как правило, незначительный), в трех — снижение, и в одной стране не произошло изменений. Интересно, что в большинстве (9 из 11) стран, которые раньше были частью СССР, с 2001 г. наблюдался рост, в остальных странах, не входящих в ЕС, пять увеличили свои расходы и одна (Хорватия характеризуется самыми высокими расходами) осталась без изменений. Эти изменения привели в 2006 г. по сравнению с 2001 г. к некоторому сближению уровней расходов, но различия в уровнях государственных расходов (исчисляемых как в долларах по ППС, так и в процентах от ВВП) остаются значительными между странами Центральной Азии и Кавказа (в основном менее 2,5 % от ВВП) и многими другими странами с переходной экономикой, которые сейчас расходуют от 4 до 7 % от ВВП.

Что объясняют данные структуры расходов? С математической точки зрения государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП — это просто произведение общего объема государственных расходов в процентах от ВВП и доли этих расходов, которые выделяются на здравоохранение. *Таким образом, сумма, которую государство выделяет на здравоохранение, отчасти зависит от общих финансовых ограничений, а отчасти от тех решений, которые государство принимает в отношении приоритетов.* В следующих разделах мы рассмотрим факторы, которые определяют государственные расходы на здравоохранение с точки зрения как финансового контекста, так и приоритетов.

## D. Финансовый контекст

*Ключевым фактором, который объясняет различия в государственных расходах на здравоохранение, является различие в финансовой ситуации.* Финансовая ситуация — это возможности государства осуществлять расходы в настоящем и будущем. Международный опыт (Schieber and Maeda 1997; Gottret and Schieber 2006) показывает, что более богатые страны обычно более эффективно мобилизуют налоговые поступления (по сравнению с размерами их экономики). По мере увеличения доходов национальная экономика, как правило, становится более формализованной и городской, и, как результат, сбор налогов упрощается. В свою очередь, это означает, что более богатые страны имеют обычно более высокий уровень государственных расходов в процентах от ВВП, чем более бедные страны. Эта связь между национальным доходом и бюджетной обеспеченностью также применима и к странам ЦЕ/ВЕКЦА, что отражено на рис. 3.4 (данные 2006 г.)<sup>36</sup>. Однако, как свидетельствуют данные, существуют значительные отклонения от общей структуры. Так, при очень близком уровне ВВП на

<sup>36</sup> Мы используем показатель общих государственных расходов, исчисляемых в процентах от ВВП, в качестве показателя, характеризующего финансовый контекст в силу актуальности и доступности данных по этому показателю. Разумеется, реальный финансовый контекст включает в себя и государственные доходы. Используя только расходы, мы полагаем, что государственные расходы должны соответствовать государственным доходам и что этот показатель четко отражает способность правительства нести расходы. В той степени, в которой это не соответствует практике (например, при наличии значительного дефицита бюджета), анализ структуры расходов за один год может ввести в заблуждение. Хотя бухгалтерская сбалансированность остается в силе (государственные расходы, исчисленные в процентах от ВВП, умноженные на расходы здравоохранения, исчисляемые в процентах от общих расходов государства, равны государственным расходам на здравоохранение, определяемым в процентах от ВВП), необходимо учитывать способность правительства конкретной страны поддерживать более высокий уровень расходов на здравоохранение на основе данных о финансовых расходах за один год. Хотя уровень государственных расходов — достаточно полезный и надежный показатель бюджетной обеспеченности и мы используем его здесь для международных сравнений, анализ конкретной страны требует дополнительных данных по этой стране, чтобы можно было сделать более обоснованные выводы о финансовом контексте.



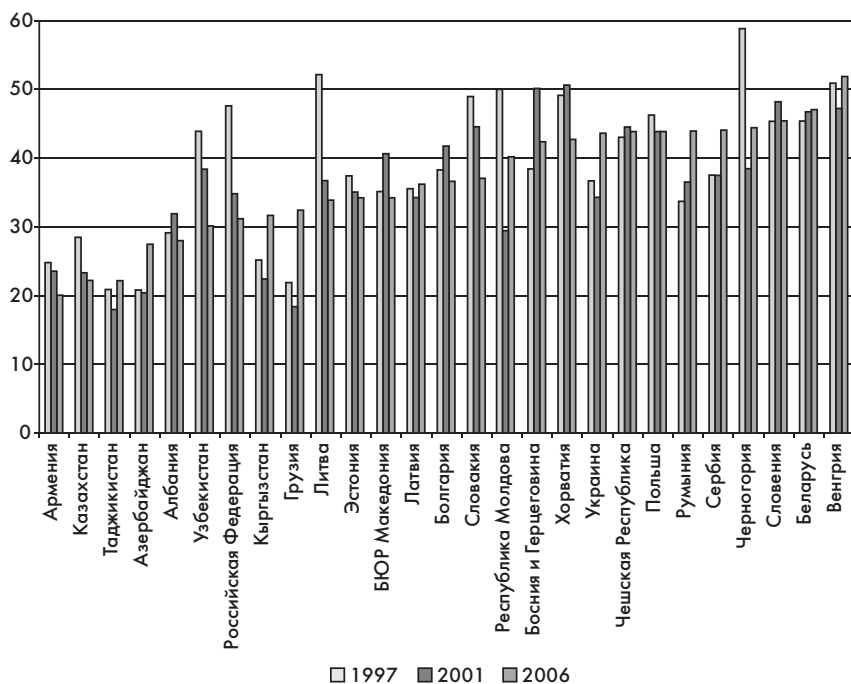
**Рис. 3.4.** Связь между «бюджетной обеспеченностью» и валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения, 2006 г.

Источник: WHO 2009b

Примечания: AL – Албания; AM – Армения; AZ – Азербайджан; BA – Босния и Герцеговина; BG – Болгария; BY – Беларусь; CZ – Чешская Республика; EE – Эстония; GE – Грузия; HR – Хорватия; HU – Венгрия; KG – Кыргызстан; KZ – Казахстан; LT – Литва; LV – Латвия; MD – Республика Молдова; ME – Черногория; MK – БЮР Македония; PL – Польша; RO – Румыния; RS – Сербия; RU – Российская Федерация; SI – Словения; SK – Словакия; TJ – Таджикистан; UA – Украина; UZ – Узбекистан; ППС – паритет покупательной способности.

душу населения в Венгрии и Эстонии общие государственные расходы в Венгрии были почти на 18 процентных пунктов выше. Аналогично государственные расходы в Беларуси были приблизительно в 2,1 раза выше, чем в Казахстане (47 % по сравнению с 22 % ВВП). Поэтому наряду с важностью понимания общей структуры необходимо более глубокое понимание того, что не только ВВП является детерминантом структуры расходов на здравоохранение, на нее также влияют конкретные финансовые условия страны.

Как отмечалось в главе 2, в начале переходного периода происходили не только социальные и экономические потрясения, но также и финансовые спады. Величина такого спада в разных странах была различной. К 1995 г. у 15 стран — преемниц СССР произошло снижение государственных доходов в среднем до уровня 25 % от ВВП, по сравнению с 41 % в 1989 г. В рамках этого процесса наблюдались значительные вариации по странам. Государственный сектор Грузии был на грани краха, что отразилось на снижении уровня до 5 % в 1995 г., а опыт Беларуси при «отсутствии перехода» показал небольшое улучшение доходов государства, исчисляемых в процентах от ВВП (Cheasty 1996). В течение всего нескольких лет финансовые условия в разных странах значительно изменились, при этом наиболее серьезно пострадали страны Кавказа и Центральной Азии (и Республика Молдова). В странах ЦЕ также в среднем происходило снижение, но значительно менее серьезное, за исключени-



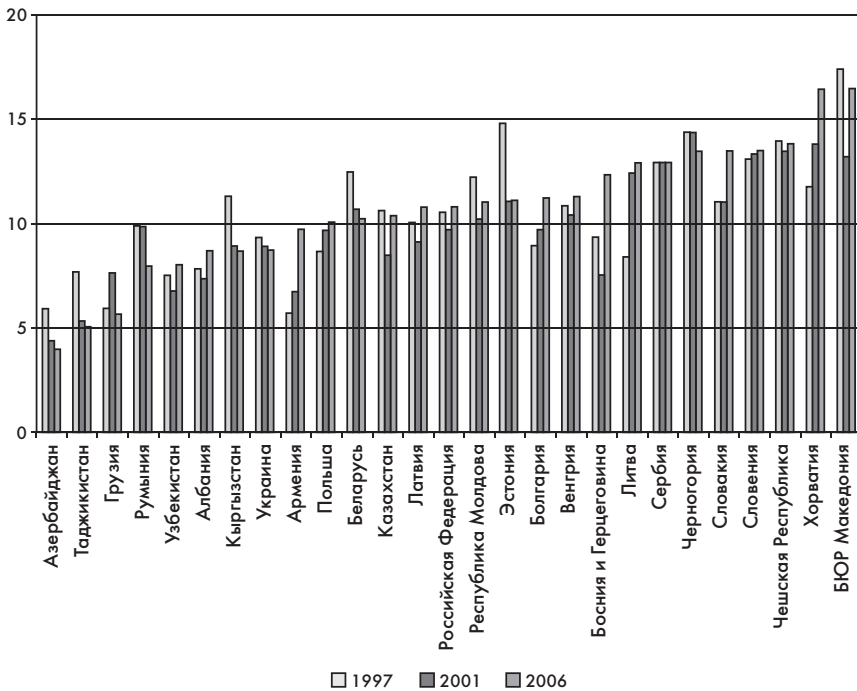
**Рис. 3.5.** Общие государственные расходы в процентах от валового внутреннего продукта: 1997, 2001, 2006 гг.

Источник: WHO 2009а.

ем тех стран, в которых происходили гражданские конфликты (а именно страны, которые раньше были частью Югославии, за исключением Словении). Довольно быстрое восстановление происходило в Чешской Республике, Венгрии, Польше, Румынии и Словении. Структура государственных расходов в 1997, 2001 и 2006 гг. представлена на рис. 3.5.

Если сравнить уровень бюджетной обеспеченности с государственными расходами на здравоохранение (на рис. 3.3), становится очевидным, что более ограниченные финансовые ресурсы связаны с низким уровнем государственных расходов на здравоохранение. Из пяти стран с самыми низкими общими государственными расходами четыре также характеризовались самыми низкими государственными расходами на здравоохранение, исчисляемыми в процентах от ВВП (Азербайджан, Таджикистан, Армения и Казахстан). Аналогичным образом среди стран с высокими расходами правительства, чьи расходы на здравоохранение в 2006 г. составляли 6 % ВВП или более, общий уровень государственных расходов превышал 40 % ВВП.

Значительное сокращение финансирования часто связывается с пропорциональным сокращением государственных расходов на здравоохранение. Например, как представлено на рис. 3.5, общие бюджетные расходы Российской Федерации и Узбекистана (в процентах от ВВП) резко сократились, и на протяжении всего периода это было связано с сокращением государственных расходов на здравоохранение, исчисляемых



**Рис. 3.6.** Расходы на здравоохранение в процентах от общих государственных расходов: 1997, 2001, 2006 гг.

Источник: WHO 2009а.

в процентах от ВВП. В Литве, однако, происходили резкие сокращения общих государственных расходов, но при этом изменения в государственных расходах на здравоохранение были незначительными. Аналогичным образом в Хорватии в 2001–2006 гг. общий объем государственных расходов снизился, а уровень расходов на здравоохранение не изменился. И наоборот, некоторые страны, в которых происходило увеличение финансирования, например Азербайджан и Румыния, показывали незначительный рост или отсутствие роста государственных расходов на здравоохранение (в % от ВВП).

Эти данные показывают, что изменения в бюджетной обеспеченности объясняют лишь часть истории и необходимо учитывать различия в приоритетах, которые расставляют правительства, при распределении финансов в секторе здравоохранения.

## Е. Политические приоритеты

*Помимо финансового контекста, на уровень общих государственных расходов на здравоохранение влияет приоритетное значение, которое правительство уделяет здравоохранению*

**при распределении ресурсов.** Как показано на рис. 3.6, в разных странах наблюдаются существенные различия данного фактора, начиная с низкого уровня примерно в 4 % в Азербайджане до высокого уровня — более чем 16 % в Хорватии и бывшей Югославской Республике Македонии<sup>37</sup> в 2006 г. Как отмечалось в главе 2, здравоохранение считалось «сектором с низким приоритетом» в советской экономике, между тем как в Югославии применение различных механизмов финансирования здравоохранения привело к более высокой доле государственных расходов на эту отрасль. Примечательно то, что эти модели применялись на протяжении почти 20 лет после распада СССР. В 2006 г. из 10 стран ЦЕ/ВЕКЦА, в которых правительства выделяли на здравоохранение менее 10 % общих государственных расходов, семь приходится на бывшие советские республики, в то время как шесть стран — преемниц Югославии выделяли от 12,3 до 16,5 % на здравоохранение. В целом структура не сильно отличалась в 1997 или 2001 г., но некоторые страны в этот период вносили важные изменения в приоритеты. Заметное увеличение финансирования здравоохранения происходило в Армении, Литве, Словакии и Хорватии<sup>38</sup>. В других странах был отмечен спад, например в Таджикистане и Эстонии. Причины этих сдвигов различны. Например, рост в Армении после 2002 г. был непосредственно связан с внедрением программы среднесрочных расходов (см. главу 10). Спад в Эстонии связан с тем, что финансирование здравоохранения почти полностью зависело от налогов на заработную плату в период, когда темпы роста заработной платы были ниже, чем темпы роста ВВП и общих государственных расходов (см. главу 4). В некоторых случаях отмечалось снижение с изначально более высокого уровня, произошедшее в последнее время, что не отражается в диаграмме. В Кыргызстане, например, финансирование достигло нижней точки в 2004 г. и с того времени неуклонно возрастает (WHO 2009a) в силу взятых в рамках секторального подхода (SWAp) правительствами пятилетних обязательств (см. главу 10). Хотя государственные деятели в секторе здравоохранения не имеют возможности существенно изменять финансовые условия своей страны, приоритетность здравоохранения в бюджетном процессе является настоящей переменной политики, которую возможно изменить при условии наличия достаточной политической воли.

<sup>37</sup> Как отмечалось ранее, вполне вероятно, что оценки ВОЗ завышают уровень государственных расходов на здравоохранение в бывшей югославской Республике Македонии, не исключая немедицинские расходы Национального фонда страхования.

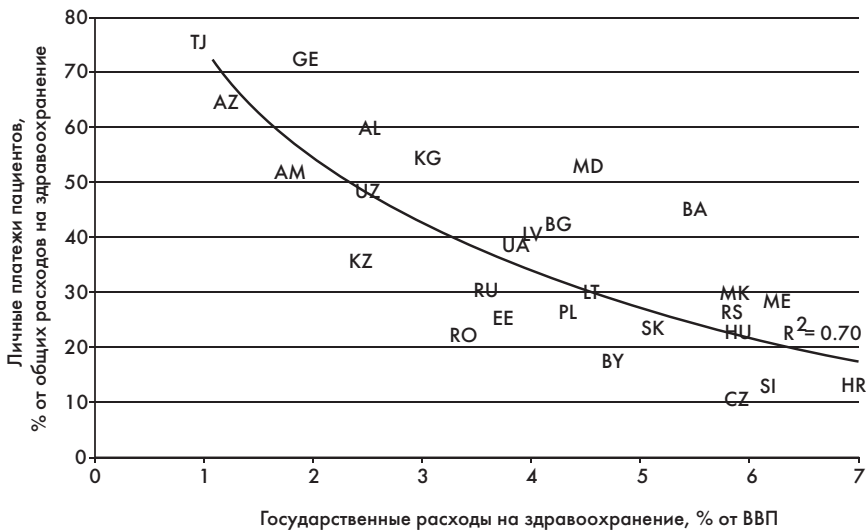
<sup>38</sup> В силу того, что для отражения тенденций на рис. 3.6 используется конкретный период, некоторые очевидные структуры могут вводить в заблуждение. В Болгарии, например, процент, выделяемый на здравоохранение, достигал 12,2 % и с тех пор неуклонно снижался. Значение показателя в 2006 г. было примерно таким же, как и в 2002 г., хотя в обоих случаях значения были выше, чем в 2001 г., что показано на рис. 3.6. В Литве 1997 г. был необычайно низким в плане финансирования здравоохранения, хотя позднее наблюдался значительный и устойчивый рост почти до 15 % в 2003 г. с последующим снижением примерно до 13 % в 2006 г. (WHO 2009a).

**Таблица 3.1.** Основные показатели финансирования здравоохранения по группам стран с различными уровнями дохода, 2006 г.

Группы стран по уровню дохода <sup>1</sup>	ВВП на душу населения в международных долларах	Государственные расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Частные расходы на здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)	Общие государственные расходы (% от ВВП) (финансовый контекст)	Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов) (приоритет)
Нижняя треть	3922	2,41	57	30,6	7,7
Средняя треть	9540	4,51	31	38,4	11,7
Верхняя треть	17 911	5,17	22	41,0	12,6

Источник: собственные расчеты авторов, основанные на данных WHO 2009а.

Примечания: 27 стран, которые были проанализированы в этой главе, были ранжированы по ВВП на душу населения, исчисляемому в международных долларах в 2006 г. Страны были разделены на три равные группы, включающие по девять стран. Средние данные по группам не взвешены по численности населения. Нижняя треть включает Таджикистан, Кыргызстан, Узбекистан, Республику Молдова, Грузию, Армению, Албанию, Азербайджан и Украину. В среднюю треть входят Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Черногория, Сербия, Беларусь, Казахстан, Болгария, Румыния и Российская Федерация. В верхнюю треть входят Хорватия, Польша, Латвия, Литва, Венгрия, Словакия, Эстония, Чешская Республика и Словения.



**Рис. 3.7.** Связь между государственными расходами на здравоохранение, исчисляемыми в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП), и зависимость стран от личных платежей пациентов, 2006 г.

Источник: WHO 2009b.

Примечания: AL – Албания; AM – Армения; AZ – Азербайджан; BA – Босния и Герцеговина; BG – Болгария; BY – Беларусь; CZ – Чешская Республика; EE – Эстония; GE – Грузия; HR – Хорватия; HU – Венгрия; KG – Кыргызстан; KZ – Казахстан; LT – Литва; LV – Латвия; MD – Республика Молдова; ME – Черногория; MK – БЮР Македония; PL – Польша; RO – Румыния; RS – Сербия; RU – Российская Федерация; SI – Словения; SK – Словакия; TJ – Таджикистан; UA – Украина; UZ – Узбекистан.



## Ф. Интерпретация данных

В табл. 3.1 показаны результаты для 27 стран ЦЕ/ВЕКЦА, которые проанализированы в этой главе и ранжированы в соответствии с доходом на душу населения, а затем разделены на три одинаковых по размеру группы (в каждой по девять стран). При этом мы видим более ясную общую картину различий в странах с точки зрения уровня их экономического развития и финансового контекста, а также того, как влияние этих факторов на структуру расходов подкреплялось уровнем приоритетности, уделяемым правительствами трех доходных групп стран здравоохранению при распределении государственных доходов. Очевидно, что характер политических проблем наряду с достижимостью между странами «верхней трети» и «нижней трети» значительно различается.

Дезагрегируя данные, мы иллюстрируем связь между государственными расходами на здравоохранение и личными платежами пациентов двумя способами. Первый способ, как показано на рис. 3.7, связывает долю личных платежей пациентов (в общих расходах на здравоохранение) с государственными расходами на здравоохранение (исчисляемыми в процентах от ВВП) — произведение двух рассмотренных в разделах D и E показателей. Поскольку государственные расходы на здравоохранение частично определяются приоритетами политики (в большей степени, чем «контекстуальными» факторами — ВВП и бюджетная обеспеченность), это описание больше подходит к принятию обоснованных политических решений.

**Таблица 3.2.** Фактические и расчетные структуры расходов в Эстонии, 1996, 2003 гг.

	Общие государственные расходы (% от ВВП)	Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)	Государственные расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Личные платежи пациентов (% от общих расходов на здравоохранение)
1996	39,6	14,7	5,8	11,5
2003	34,9	11,1	3,9	20,3
2003 с приоритетами 1996 г.	34,9	14,7	5,1	

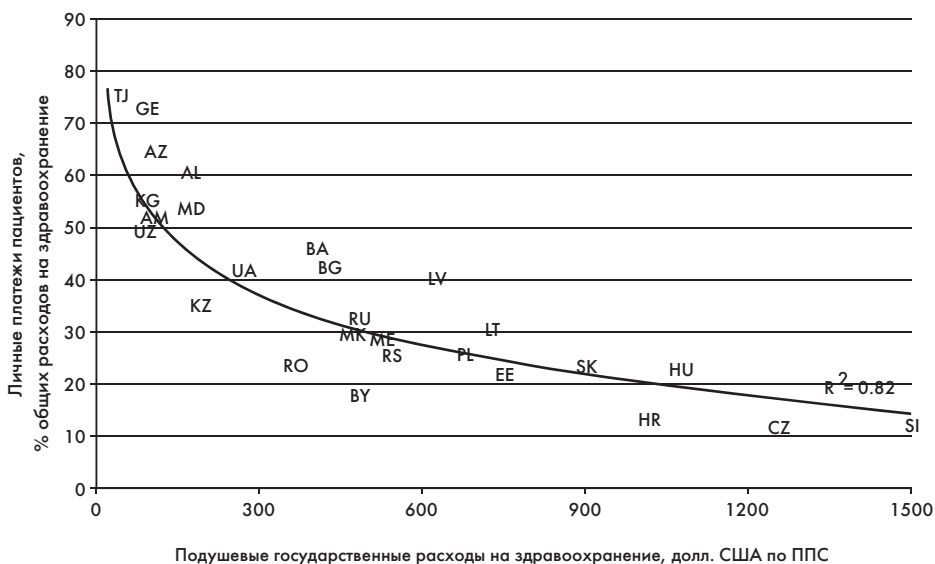
Источник: собственные расчеты авторов, основанные на данных WHO 2009а.

Примечание: ВВП — валовой внутренний продукт.

Различия в приоритетах, с учетом общих финансовых ограничений, могут привести к повышению уровней государственных расходов на здравоохранение, исчисляемых в процентах от ВВП, и, в свою очередь, это может серьезно отразиться на целях политики финансирования здравоохранения. В Эстонии, например, государственные расходы на здравоохранение сократились с 5,9 % от ВВП в 1996 г. до 3,9 % в 2003 г. Структура такого снижения показана в табл. 3.2. На фоне наблю-

давшихся в этот период общих финансовых ограничений происходило значительное снижение доли расходов на здравоохранение в общих государственных расходах. Как показано в последней колонке таблицы, если бы в 1996 г. доля здравоохранения в государственных расходах поддерживалась на уровне 14 %, то государственные расходы на здравоохранение составили 5,1 % ВВП в 2003 г. — более чем на 1 % выше, чем то, что было в реальности. Помимо этого, следует отметить, что доля личных платежей пациентов в общих расходах на здравоохранение в этот период возросла с 11,5 до 20,3 % (WHO 2009a). Пример конкретной страны показывает, что возможности эстонской системы здравоохранения для *поддержания* более низкого уровня частных платежей пациентов были сокращены в основном в силу «выбора» и лишь частично из-за общих финансовых ограничений.

Что касается того, в какой мере системы здравоохранения зависят от личных платежей пациентов и государственных расходов на здравоохранение, исчисляемых *в процентах от ВВП*, то это может ввести в заблуждение, так как при этом не учитываются различия в относительных ценах на импортируемые ресурсы в разных странах. Цены на ресурсы в некоторых системах здравоохранения, в частности заработная плата, могут варьироваться в зависимости от дохода страны. Другие ресурсы включают в себя находящиеся во внешнеторговом обороте товары, такие как медикаменты. Цены на эти виды ресурсов, как правило, не зависят от национального дохода. В результате в странах с более низкими доходами импортируемые товары обычно продаются по более высокой цене относительно отечественных товаров, по сравнению с этим же соотношением в более богатой стране. По этой причине также полезно показать связь между подушевыми расходами на здравоохранение, исчисляемыми по ППС, и долей личных расходов пациентов. Это показано на рис. 3.8. Хотя наблюдается общая обратная зависимость между государственными расходами и личными платежами пациентов, позиция стран по отношению к этому тренду может существенно отличаться. Республика Молдова, например, имела относительно высокую долю личных расходов пациентов по сравнению с уровнем государственных расходов на здравоохранение, исчисляемых в процентах от ВВП (рис. 3.7). Однако ее позиционирование в качестве «отрицательного значения» вводит в заблуждение, поскольку низкий уровень ВВП в стране означал, что в абсолютном выражении государственные расходы на здравоохранение в стране находились на достаточно низком уровне. Следовательно, возможность государства закупать относительно дорогие импортные препараты была ограничена, в результате чего большую часть приходилось оплачивать пациентам, если вообще эти товары были доступны. Рассмотрение уровня государственных расходов, исчисляемого в долларах по ППС, дает возможность объективней оценить ситуацию. Это показано на рис. 3.8. Если рассматривать связь личных платежей пациентов с государственными расходами на здравоохранение, исчисляемыми в долларах по ППС, то Республика Молдо-



**Рис. 3.8.** Связь между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и зависимость от личных платежей пациентов, 2006 г.

Источник: WHO 2009b.

Примечания: AL – Албания; AM – Армения; AZ – Азербайджан; BA – Босния и Герцеговина; BG – Болгария; BY – Беларусь; CZ – Чешская Республика; EE – Эстония; GE – Грузия; HR – Хорватия; HU – Венгрия; KG – Кыргызстан; KZ – Казахстан; LT – Литва; LV – Латвия; MD – Республика Молдова; ME – Черногория; MK – БЮР Македония; PL – Польша; RO – Румыния; RS – Сербия; RU – Российская Федерация; SI – Словения; SK – Словакия; TJ – Таджикистан; UA – Украина; UZ – Узбекистан; ППС – паритет покупательной способности.

ва по ее показателю доли личных платежей пациентов соответствует общей тенденции в регионе.

В рамках этой общей картины важными являются различия и разные «истории» о взаимодействии ключевых переменных, влияющих на структуру расходов на здравоохранение. Следующее сравнение подчеркивает важность включения данных об изменениях в основные финансовые переменные и приоритеты для интерпретации структуры расходов.

Как показано в табл. 3.3, на протяжении почти всего периода правительства Армении и Грузии расходовали менее 2 % ВВП на здравоохранение. В Армении в 2000 г. этот показатель достиг своего минимума, составляя 1,1 %, начиная с 2002 г. наблюдался неуклонный рост показателя, и в 2007 г. этот показатель составил 2,1 %. В Грузии минимальный уровень расходов наблюдался в 1999 г. и составлял 1,0 % от ВВП, в 2007 г. этот показатель увеличился до 1,5 %. В отличие от Армении характер изменений в Грузии был неустойчивым. В основе низкого уровня расходов на здравоохранение для правительств этих стран лежат различные подходы к изменениям финансового контекста и определению приоритетов. Армения, пожалуй, является наиболее финансово проблематичной страной в регионе. С 1999 г. там наблюдалось устойчивое сокращение общих государственных расходов с 27 до 18 % в 2007 г. Несмотря на это, страна увеличила расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от ВВП, путем существенного повышения приоритетности

здравоохранения в государственных расходах. Действительно, к 2006 г. правительство Армении увеличило бюджет на здравоохранение более чем в два раза по сравнению с 2000 г. В Грузии, наоборот, с 2003 г. правительство осуществляло массивное финансовое расширение — серьезное достижение в свете кризиса государственного сектора, который произошел в 1995 г. По мере повышения уровня общих государственных расходов приоритет в секторе здравоохранения снизился с достаточно низкого уровня в 6,7 % в 2003 г. до 5,6 % в 2006 г. и до расчетных 4,2 % в 2007 г. (WHO 2009a). Таким образом, можно сделать вывод, что правительство Грузии имеет возможность увеличить расходы на здравоохранение, но предпочитает этого не делать, в то время как правительство Армении имеет гораздо меньше возможностей для повышения расходов на здравоохранение.

**Таблица 3.3.** Государственные расходы на здравоохранение, финансовые условия и приоритеты в Армении и Грузии, 1997–2007 гг.

Годы	Армения			Грузия		
	Государственные расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Общие государственные расходы (% от ВВП)	Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)	Государственные расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Общие государственные расходы (% от ВВП)	Государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)
1997	1,4	24,8	5,7	1,3	21,8	6,0
1998	1,6	24,5	6,7	1,2	21,8	5,5
1999	1,6	27,3	5,9	1,0	22,1	4,6
2000	1,1	24,7	4,6	1,2	19,1	6,4
2001	1,6	23,6	6,7	1,4	18,5	7,6
2002	1,4	22,0	6,2	1,4	18,9	7,5
2003	1,5	22,4	6,8	1,3	18,8	6,7
2004	1,7	20,6	8,3	1,3	24,6	5,3
2005	1,8	21,8	8,2	1,7	28,2	5,9
2006	1,9	19,8	9,7	1,8	32,4	5,6
2007	2,1	18,0	11,6	1,5	35,8	4,2

Источник: WHO 2009a.

Примечание: ВВП — валовой внутренний продукт.

У каждой из стран есть своя «история, скрывающаяся за показателями». Эти примеры подчеркивают важность разукрупнения данных о государственных расходах на здравоохранение в качестве основы для понимания контекста и приоритетов, которые на это влияют; эти факторы, в свою очередь, в значительной степени влияют на способность правительства обеспечивать финансовую доступность медицинских услуг и финансовую защиту населения.

## Г. Краткое заключение и выводы

В этой главе были рассмотрены важные вопросы структуры расходов на здравоохранение, которые создают ограничения (или наоборот возможности), в той степени, в которой реформы системы финансирования здравоохранения могут способствовать достижению целей финансовой защиты и равного доступа к медицинской помощи.

- В большинстве стран необходимо проводить работу по улучшению данных о расходах на здравоохранение, в большей степени это касается частных расходов на здравоохранение. Систематические исследования, проводящиеся каждые три года, с последовательным и детализированным набором данных о расходах на здравоохранение, связанных со стандартным исследованием национального бюджета домашних хозяйств, обеспечат политиков набором полезных показателей финансирования здравоохранения в отношении не только уровня частных расходов и их динамики, но также и его распределения по социально-экономическим группам.
- В этой главе показано, что различия в показателях расходов на здравоохранение в регионе стали настолько велики, что термин «переходный» теряет свой смысл. Уровень ВВП на душу населения, финансовый контекст, приоритеты и общие государственные и частные расходы предоставляют различные возможности и ограничения для систем здравоохранения в этом регионе. Для любой страны очень важно изучить показатели, указанные в этой главе, чтобы понять реальный контекст и то, каким образом эти условия достижимы в этой стране.
- В результате различий в финансовом контексте и установлении правительственных приоритетов значительно варьирует и уровень личных платежей пациентов, что имеет серьезные последствия для достижения одной из основных целей политики страны — финансовой защиты. Финансовая защита может быть «очень слабой» в странах, где пациентам приходится за свой счет оплачивать практически все виды медицинской помощи (например, Таджикистан и Грузия), и «хорошей» в тех странах, в которых пациенты в основном оплачивают медикаменты, выписываемые врачом при амбулаторном лечении, при этом стоимость услуг относительно невысокая (например, Словения, Чешская Республика и Хорватия).
- В советское время здравоохранение имело низкий приоритет при распределении бюджетных расходов, так как эта отрасль относилась к «непроизводственной сфере» экономики. Анализ структур распределения ресурсов показывает, что эта практика продолжается и большинство стран бывшего СССР продолжает устанавливать относительно низкий приоритет сектору здравоохранения. Однако некоторые страны изменили отношение к этому. Официальные лица, ответственные за принятие решений в сфере здравоохранения, должны уделять больше внимания этому показателю, нежели чем просто смотреть на показатель расходов в процентах от ВВП.

Расстановка приоритетов для имеющихся ресурсов является более реальной сферой влияния, чем государственные расходы на здравоохранение в ВВП, так как этот показатель также зависит от общего финансового контекста.

- Сравнение эффективности реформ финансирования здравоохранения, проводимых в различных странах, требует, чтобы во внимание принимались контекстуальные факторы. Это не значит, что одна страна провела «лучшую» работу по обеспечению финансовой защиты только потому, что она характеризуется меньшей по сравнению с другой страной зависимостью от личных платежей пациентов. Вместо этого анализ должен осуществляться с точки зрения того, что страна смогла достичь по отношению к тому, что она реально могла достичь в сложившихся экономических и финансовых условиях. Именно с этой точки зрения мы проводим оценку реформы финансирования здравоохранения в остальной части этой книги. Данные, представленные в этой главе, позволяют предположить, что, говоря простым языком, достижение целей политики финансирования здравоохранения отчасти зависит от контекста, отчасти от приоритетов, а отчасти от реализации политики. Именно этот последний фактор находится в центре внимания остальной части книги.

## Литература

---

Cheasty A (1996). The revenue decline in the countries of the former Soviet Union. *Finance and Development*, 33:32–35.

Gottret P, Schieber G (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. Washington, DC, World Bank.

Kutzin J (2008). *Health financing policy: a guide for decision-makers*. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Lu C et al. (2009). Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. *Bulletin of the World Health Organization*, 87:238–244.

OECD (2000). *A system of health accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD (2009). *OECD health data 2009*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Schieber G, Maeda A (1997). 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, 10–11 March 1997*. Washington, DC, World Bank (Discussion paper No. 365).

ВОЗ (2000). *Доклад о здравоохранении в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева. Всемирная организация здравоохранения.

WHO (2009a) [web site]. *National health accounts series. National health accounts country information*. Geneva, World Health Organization. (<http://www.who.int/nha/country/en/>, accessed 1 December 2009).

WHO (2009b) [web site]. *Explanatory notes. National health accounts country information*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/Explanatory%20-%20annex%20notes.pdf>, accessed 1 December 2009).

WHO, World Bank, USAID (2003). *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. Geneva, World Health Organization (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf>, accessed 30 November 2009).

Часть 2

**Реформы финансирования  
здравоохранения  
по выполняемым функциям**





## **Источники средств и сбор доходов: реформы и задачи**

*Igor Sheiman, Jack Langenbrunner,  
Jenni Kehler, Cheryl Cashin, Joseph Kutzin*<sup>39</sup>

### **А. Введение**

В этой главе предпринимается попытка описать, проанализировать и сделать выводы из реформ, направленных на изменение источников финансирования или системы сбора доходов, которые осуществлялись с 1990-х гг. в странах ЦЕ/ВЕКЦА. Эта глава фокусируется на *реформах* как таковых, так как общее описание используемых странами механизмов сбора доходов на финансирование здравоохранения представлено в главе 3.

Такие понятия, как «сбор» и «источники средств», часто вызывают путаницу. Реформы «сбора» средств, рассматриваемые в данной главе, по сути, включают в себя попытки изменения:

- первоначальных источников финансирования<sup>40</sup>;
- механизмов осуществления взносов;
- агентов по сбору средств (как показано на рис. 4.1).

Необходимость реформ в сфере сбора доходов в странах ЦЕ/ВЕКЦА была прежде всего вызвана коллапсом налоговой системы в начале переходного периода, политическим желанием большинства стран ЦЕ вернуть методы финансирования, существовавшие до Второй мировой войны, а также желанием некоторых бывших советских республик из-

---

<sup>39</sup> Авторы выражают свою благодарность Tamas Evetovits за комментарии при подготовке данной статьи.

<sup>40</sup> Употребляя термин «первоначальные», мы хотим передать очевидный, но часто упускаемый из вида факт, что правительство не является источником: оно собирает средства извне. Кроме иностранных источников финансирования, реальными поставщиками денежных ресурсов являются граждане страны и юридические лица (бизнес).

Первичные источники средств	Механизмы осуществления взносов	Агентства по сбору средств
Физические лица / семьи / работники	1) Прямые налоги, в т.ч. (а) налоги на заработную плату	Центральное правительство
Работодатели / корпорации	2) Косвенные налоги	Местное правительство
Иностранные и отечественные НПО и благотворительные организации	3) Прочие обязательные взносы (мандаты)	Агентство социального страхования
Иностранное правительство и мультикультурные агентства	4) Добровольные предварительные платежи	Коммерческий страховой фонд
Иностранные и транснациональные компании	5) Прямые платежи поставщикам в момент получения медицинской помощи	Прочие страховые фонды
	6) Гранты	Работодатели
	7) Займы	Целевые сберегательные фонды
		Производитель медицинских услуг

**Рис. 4.1.** Расшифровка термина «сбор»

Источник: по материалам Kutzin 2001.

Примечание: НПО – неправительственная организация.

менить «бюджетную систему», доставшуюся в наследство от СССР. В регионе в целом реформы сбора доходов, которые реально были проведены в жизнь в 1990-х гг., можно пересчитать по пальцам: это, прежде всего, введение нового налога на заработную плату, направляемого в новую систему ОМС. Реформы значительно варьировали по странам с точки зрения агентств, ответственных за сбор налогов, ставок взносов, методов сбора взносов на страхование неработающего населения и связи бюджетных распределений на здравоохранение и уровня их распределений в связи с появлением нового источника финансирования отрасли.

Эффективность проводимых реформ сбора доходов напрямую зависит от общей фискальной ситуации в стране, от ее способности мобилизовать налоговые и прочие государственные доходы, что, в свою очередь, зависит от структуры экономики и состояния трудовых ресурсов. Проводимая политика в области здравоохранения также может иметь немаловажное значение: прежде всего это касается способности органов управления здравоохранением лоббировать свои интересы и влиять на правительство в целях поддержания и увеличения государственных расходов на здравоохранение и использования механизмов сбора

доходов для достижения других целей финансирования отрасли. В наибольшей степени реформы сбора доходов могут повлиять на следующие цели: справедливое распределение финансирования (путем изменения в распределении источников финансирования и механизмов осуществления взносов) и эффективность управления (путем изменения в механизме сбора). Естественно, основной целью проведения таких реформ было увеличение или стабилизация уровня государственного финансирования здравоохранения. Хотя увеличение собираемых доходов само по себе и не является стратегической целью, снижение бюджетных ограничений, с которым сталкивается отрасль, в свою очередь, повышает шанс успешного достижения всех стратегических целей системы финансирования здравоохранения<sup>41</sup>. Кроме того, изменения в источниках финансирования связаны с реформами в системе объединения средств в пулы и в системе закупок и могут служить важным шагом внедрения реформ системы финансирования даже в случае отсутствия экстенсивного влияния на структуру доходов. Подводя итог, проводимые в регионе реформы сбора доходов будут оцениваться по следующим критериям<sup>42</sup>:

- Увеличился ли общий уровень государственных доходов, направляемых на здравоохранение?
- Повлияли ли реформы на справедливое распределение финансирования (например, стало ли распределение бремени финансирования более прогрессивным)?
- Удалось ли сохранить всеобщий охват медицинскими услугами, если право на получение гарантированного набора медицинских услуг будет связано со взносами?
- Как повлияли изменения в источниках средств и способах их сбора на эффективность управления?
- Были ли использованы новые механизмы сбора доходов для содействия проведению других реформ в сфере финансирования здравоохранения?

## **В. Обзор реформ, направленных на диверсификацию сбора доходов в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

В первые годы переходного периода страны региона пережили значительное сокращение государственных доходов. Наибольшее сокращение наблюдалось в бывших советских республиках, где поступления в казну к 1995 г. упали в среднем (невзвешенно) до 25 % ВВП по сравнению с 1989 г.,

<sup>41</sup> Это означает уменьшение негативных последствий «компромиссов развития», описанных в главе 1.

<sup>42</sup> С точки зрения более широкого подхода к государственной политике на национальном уровне должно рассматриваться влияние изменений источников финансирования на рынок труда (уровень реальной заработной платы, занятость, размах теневой экономики и т.д.). Такой анализ выходит за рамки данной главы, однако заинтересованные читатели могут обратиться к уже проведенному предварительному эконометрическому анализу (см. Wagstaff and Moreno-Serra 2007).

когда этот показатель в СССР, по оценкам, составлял 41 %. Темпы снижения в разных странах отличались. Наиболее сильно пострадали кавказские и среднеазиатские республики (к примеру, в Грузии и Туркменистане доходы государства упали с более 30 % ВВП в 1991 г. до менее 10 % ВВП в 1995 г., в Беларуси и на Украине падение было минимальным, хотя, безусловно, оно происходило на фоне стремительного уменьшения ВВП). Среди основных причин такого коллапса можно выделить следующие: появление нового, но нерегулируемого частного сектора, осложнившее сбор налогов; сокращение традиционной налогооблагаемой базы, такой как государственные промышленные предприятия, розничный товарооборот и заработная плата; рыночные реформы, предусматривавшие сокращение налогов; рост теневой экономики; лоббирование сокращения налогов и предоставления налоговых льгот; общественные беспорядки (Cheasty 1996).

Экономический спад и дезорганизация конца 1980-х — начала 1990-х гг. привели в первые годы переходного периода к сокращению во всех странах региона реальных государственных расходов на здравоохранение, причем в целом оно было пропорционально снижению ВВП (Belli 2000). В большинстве стран снижение доли государства в расходах на здравоохранение привело к попыткам диверсифицировать и стабилизировать доходную базу отрасли, прежде всего за счет следующих источников:

- целевые или адресные налоги на здравоохранение — обычно в виде налога на зарплату, уплачиваемого работодателем;
- со-платежи пациентов, в частности за медикаменты при амбулаторном лечении;
- иные формы платных услуг в государственных учреждениях;
- (в некоторых странах) стимулирование частного страхования.

На рис. 4.2 показаны основные источники поступления средств в странах ЦЕ/ВЕКЦА в 2004 г.<sup>43</sup> По прошествии полутора десятков лет переходного периода эти страны можно подразделить на три категории.

<sup>43</sup> За исключением общего разделения источников финансирования на государственные и частные, данные о расходах на здравоохранение, опубликованные ВОЗ и ОЭСР на сегодняшний день, не предоставляли информации об относительной важности различных схем сбора и финансовых источников. Категория «Финансовые агенты: фонды социального страхования» в данных ВОЗ отражает только суммы, контролируемые фондами социального страхования, и не отражают средства сбора доходов. Такая ситуация сложилась в результате концепции учета в разрезе финансовых агентов, в соответствии с которой финансовые агенты определяются как «учреждения или организации, являющиеся посредниками при распределении денежных средств, полученных из различных источников финансирования» (WHO, World Bank and USAID 2003). ОЭСР публикует оценки «расходов на здравоохранение по источникам финансирования», однако, несмотря на название, эти данные точно так же отражают лишь расходы в зависимости от агента, поскольку целью ставится определение «органов, производящих расходы, а следовательно, контролирующих их объем и источники финансирования» (OECD 2000). Таким образом, учитывая то, что обычно фонды социального страхования в качестве финансовых агентов аккумулируют средства из смешанных источников (адресные налоги и бюджетные поступления), для анализа таких источников подобные оценки не имеют большой ценности. Для составления рис. 4.2 нами была использована информация из отчетов по конкретным странам, а также более детальная неопубликованная информация, доступная по каналам ВОЗ. Мы попытались оценить долю различных государственных источников финансирования, причем бюджетные платежи в фонды обязательного страхования мы относили к бюджетным доходам.

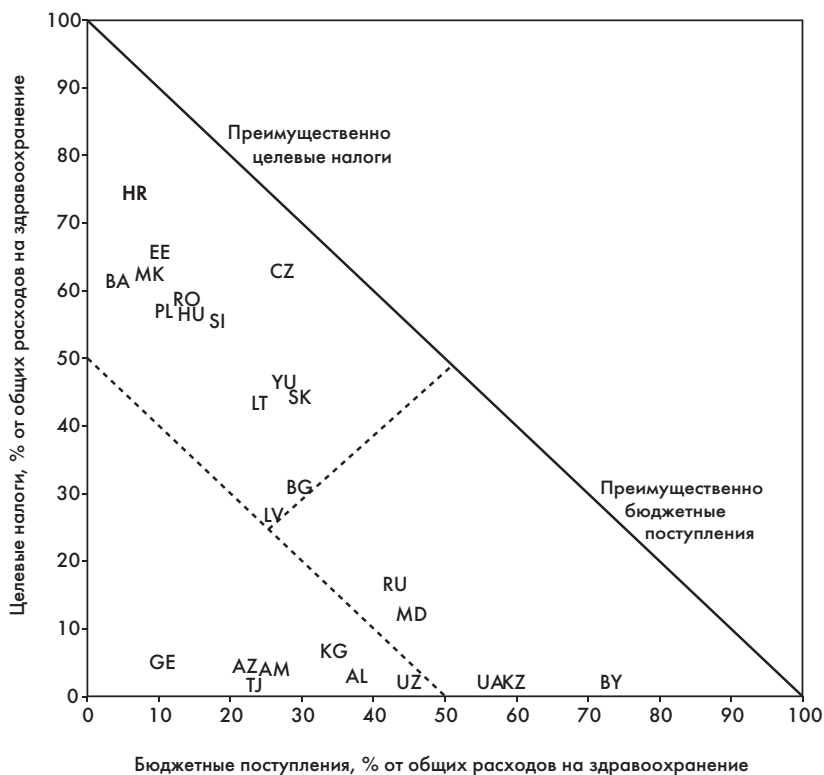
- Преобладают адресные налоги (в основном новые страны — члены ЕС и республики бывшей Югославии), взимаемые либо с заработной платы, либо путем выделения целевой части подоходного налога.
- Преобладают бюджетные поступления (многие постсоветские республики).
- Сильное сокращение государственного финансирования привело к сдвигу в сторону частных платежей граждан в момент получения медицинской помощи (республики Кавказа, некоторые среднеазиатские государства и Албания). В этих странах доля государственного бюджетного финансирования невелика (менее 50 %), наблюдаются смешанные системы, включающие незначительные суммы, поступающие за счет адресных налогов и бюджетных поступлений.

Такая группировка отражает два важных фактора, лежащих в основе реформ в данном регионе: (1) организационные принципы, исторически складывавшиеся в этих странах с допереходных и (для бывших стран — членов СЭВ) докоммунистических времен; и (2) налоговая ситуация первых лет переходного периода. Однако две страны выбиваются из общего ряда. В Латвии и Болгарии используются смешанные системы финансирования, практически в одинаковой степени основанные на адресных налогах, бюджетных поступлениях и прямых платежах пациентов. Латвия продолжала использовать такую смешанную систему вплоть до 2004 г., когда она полностью отказалась от взимания целевой доли подоходного налога (фиксированный процент) в пользу неадресного распределения из бюджета (Tragakes et al. 2008). В Болгарии же, наоборот, доля налогов на заработную плату продолжала расти с момента их введения в 1999 г., и эта тенденция сохранялась, по меньшей мере, до 2005 г. (Georgieva et al. 2007).

і. Реформы государственных источников финансирования:  
целевых налогов и бюджетных поступлений

В 21 стране региона были введены в действие<sup>44</sup> целевые налоги на здравоохранение. Из этих стран в двадцати были введены или модифицированы налоги на зарплату, а в двенадцати из них налоги на заработную плату в настоящее время являются основным механизмом сбора доходов. Из остальных семи стран, где был введен налог на зарплату, в пяти остается смешанная система финансирования, в которой налоги на заработную плату дополняют бюджетные отчисления и прямые платежи пациентов (табл. 4.1). В Латвии и Литве этот налог представлял собой фиксированную часть подоходного налога. И хотя после 2003 г. в Латвии целевые налоги больше не используются, в Литве до сих пор в дополнение к налогу на зарплату взимается определенная часть подоходного налога. В Казахстане и Грузии были введены целевые налоги на заработную плату, но позже были отменены, и в настоящее время в этих странах здравоохранение финансируется, соответственно, за счет

<sup>44</sup> В случае с республиками бывшей Югославии это было не внедрением, а скорее изменением уже существовавших до 1990 г. адресных налогов (см. главу 2).



**Рис. 4.2.** Источники финансирования здравоохранения по странам, 2004 г.

Источник: Gaál 2004; Hlavačka, Wágner and Riesberg 2004; Health Compulsory Insurance State Agency Latvia 2005; Kuszewski and Gericke 2005; Meimanaliev et al. 2005; World Bank 2005; Gjorgjev et al. 2006; Voncina et al. 2006; Georgieva et al. 2007; Kulzhanov and Rechel 2007; Koppel et al. 2008; Shishkin, Kacevicius and Ciocanu 2008; Tragakes et al. 2008; Vlădescu, Scî ntee and Olsavszyk 2008; WHO 2008; Albreht et al. 2009; Bryndová et al. 2009.

Примечания: AL – Албания; AM – Армения; AZ – Азербайджан; BA – Босния и Герцеговина; BG – Болгария; BY – Беларусь; CZ – Чешская Республика; EE – Эстония; GE – Грузия; HR – Хорватия; HU – Венгрия; KG – Кыргызстан; KZ – Казахстан; LT – Литва; LV – Латвия; MD – Республика Молдова; MK – БЮР Македония; PL – Польша; RO – Румыния; RU – Российская Федерация; SI – Словения; SK – Словакия; TJ – Таджикистан; UA – Украина; UZ – Узбекистан; YU – Сербия и Черногория.

По Латвии используются данные за 2003 г., отражающие механизмы сбора доходов, использовавшиеся до января 2004 г. Термин «целевой налог» объединяет как налоги с заработной платы, направляемые на здравоохранение (обязательные платежи, производимые работодателями и работниками, самозанятыми, пенсионерами, безработными, а также прочими уязвимыми группами населения в систему социального страхования и предназначенные именно на здравоохранение), так и часть подоходного налога, также направляемая на здравоохранение. «Распределение из бюджетов» включает в себя средства, выделяемые из бюджета на специальные программы (например, программы общественного здравоохранения), а также платежи правительства учреждениям социального страхования или национальным схемам медицинского страхования в виде целевых платежей на здравоохранение, например на медицинское обслуживание уязвимых групп населения.

бюджетных отчислений и за счет смешанной системы общих и неадресных налогов на заработную плату. Еще один вид целевых налогов — целевые отчисления от потребительских налогов на отдельные товары — был принят в Латвии (30 % поступлений от налога на табачные изделия) и в Румынии (поступления от налогов на табак и алкоголь) (Legislative Council Library 2008).

Ставки налога на заработную плату сильно отличаются в зависимости от конкретной страны. В тех странах ЦЕ, которые сейчас входят в состав ЕС, и в республиках бывшей Югославии ставки были выше, начиная от 6 % в Болгарии и вплоть до 17 % в Боснии и Герцеговине. В большинстве этих стран налог на заработную плату является основным механизмом сбора средств на финансирование здравоохранения. В Албании и в тех республиках бывшего СССР, где были введены налоги на заработную плату (но где бюджетные поступления остаются основным источником государственного финансирования здравоохранения), ставки этих налогов находились на уровне 2–4 % (в 2007 г. в Республике Молдова эта ставка была поднята до 5 %). Практически ни в одной стране ставки налога не отражали результатов актуарного анализа ожидаемых затрат и доходов на страхование населения (Ensor and Thompson 1998). Вместо этого процесс определения ставок обычно представлял собой комбинацию оптимистичной оценки желаемых поступлений и размышлений о политических последствиях усугубления и без того тяжелого налогового бремени, лежащего на работодателях и работниках.

Как показано в табл. 4.2, в регионе сбор доходов осуществляют различные организации: налоговые органы (в Эстонии, Хорватии и Российской Федерации); национальный социальный фонд, который также собирает и другие «социальные взносы», например на пенсионное страхование и страхование по безработице (в Болгарии и Кыргызстане); Национальный фонд медицинского страхования (НФМС) или его децентрализованные подразделения (в Румынии и Сербии) либо один из нескольких конкурирующих страховщиков (Чешская Республика и Словакия).

Возможность получать услуги ОМС обычно неразрывно связана с уплатой соответствующих взносов, поэтому способность системы ОМС обеспечить и поддерживать всеобщий охват населения зависит не только от эффективности сбора налога с заработной платы, но и от получения взносов с тех категорий населения, которые формально не работают. Это непростая задача для государства, в том числе и для стран ЦЕ/ВЕКЦА, где относительно большая доля населения является формально безработной и, следовательно, не может уплачивать налог с заработной платы.

Как показано в табл. 4.1, страны региона применяли различные подходы для сбора средств на ОМС с не платящих взносов категорий населения. Эти категории населения обычно включают официально безработных, пенсионеров, детей и студентов, сельскохозяйственных работников и занятых в неформальном секторе экономики. В некоторых странах взносы на страхование неработающего населения осуществляются из центрального или региональных бюджетов либо из целевых фондов, таких как фонды занятости (Словакия) или пенсионный фонд и фонд помощи безработным (Кыргызстан до 2004 г.). В большинстве стран используются платежи из госбюджета, однако механизмы обоснования таких платежей различаются. Зачастую их величина определяется в ходе бюджетных переговоров и зависит только от оценки правительством своих возможностей.



**Таблица 4.1.** Принятие новых целевых налогов, предназначенных для финансирования здравоохранения: налог на заработную плату и характеристики механизмов осуществления взносов на медицинское страхование

Страна	Ставка налога на заработную плату и прочие источники средств: ставки взносов			Экономически неактивное население
	Штатные работники (работодатель:работник)	Самозанятые	Платежи из бюджета и фонда помощи безработным	
Болгария (Georgieva et al. 2007)	1999	6 % заработной платы (5:1 сначала с постепенным переходом к схеме 3:3)	6 % декларируемого дохода	Платежи из бюджета и фонда помощи безработным
Чешская республика (Bryndova et al. 2009)	1993	13,5 % заработной платы (9:4:5)	13,5 % половины чистого дохода до уплаты налогов	Платежи из госбюджета, 13,5 % средней заработной платы, определяемой в ежегодном по- становлении
Эстония (Koppel et al. 2008)	1992	13 % заработной платы (13:0)	13 % декларируемого дохода	Не финансируется за исключением небольших платежей из госбюджета
Венгрия (Gaál 2004)	1990	15 % заработной платы (11:4 в 2004)	15 % декларируемого дохода (но не меньше минимального уровня оплаты труда) плюс целевой налог в размере 170 долл. США с человека. Третья группа, например фермеры, платят только 11 % от минимального уровня оплаты труда	Госбюджет Объем платежей в расчете на человека неиз- вестен
Латвия (Tragakes et al. 2008)	1998	28,4 % подоходного налога Целевые налоги отменены после 2003 г.	28,4 % подоходного налога	Поступления из госбюджета
Литва (Cerniauskas, Murauskienė and Tragakes 2000)	1997	3 % заработной платы (3:0) плюс 30 % подоходного налога	30 % подоходного налога Для фермеров – определенный процент декларируемого дохода	Взносы за пенсионеров и безработных производятся Социальным фондом (1,5 % средней заработной платы); фермеры субсидируются за счет налога на землю (2 % в 1999 г.) Бюджетные взносы на одного застрахованного государством в 2005 г. составляли 77 евро

Страна	Ставка налога на заработную плату и прочие источники средств: ставки взносов		
	Год введения налога на заработную плату	Штатные работники (работодатель:работник)	Экономически неактивное население
Польша (Kuszewski and Gępcіe 2005)	1999	9 % заработной платы Ставка с течением времени росла: с 7,5 % в 1998 г. до 9 % в 2007 г.	7,5 % от общего объема льгот и пособий вместе с отчислениями из общих доходов; фермеры занимают специальный фонд социального страхования фермеров
Румыния (Vladescu, Scî ntee and Olsavszky 2008)	1999	14 % заработной платы (7:7)	Пенсионеры и безработные выплачивают 7 % от общей величины льгот и пособий
Словакия (Hlavacka, Wágner and Riesberg 2004)	1994	14 % заработной платы (10:4)	Госбюджет Размер платежа на человека равен ставке, взятой от 73 % минимального размера оплаты труда, установленного законом
Словения (Albreht et al. 2009)	1993	13,25 % заработной платы	Госбюджет
<b>Страны ЦЕ, не входящие в состав ЕС</b>			
Албания (Nuri and Traçakes 2002)	1995	3,4 % заработной платы (1,7:1,7)	Госбюджет
Босния и Герцеговина (Cain et al. 2002) (ФБГ – Федерация Боснии и Герцеговины; РС – Республика Сербская)	ФБГ: 1997 РС: 1999	ФБГ: 17 % заработной платы (4:13) РС: 15 % (0:15)	Пенсионные фонды в расчете на одного пенсионера: ФБГ – КМ 2,76/месяц, РС – 3,75 % от чистой пенсии (мин. КМ 6/месяц) Фонды помощи безработных в расчете на одного безработного: ФБГ – КМ 6/месяц, РС – 0,5 % от заработной платы после уплаты налогов (мин. КМ 3/месяц) Платежи правительства от имени ветеранов, пожилых и уязвимых категорий граждан: ФБГ – КМ 6/месяц, РС – 0,5 % от заработной платы после уплаты налогов

Страна	Ставка налога на заработную плату и прочие источники средств: ставки взносов		
	Год введения налога на заработную плату	Штатные работники (работодатель-работник)	Самозанятые
			Экономически неактивное население
Хорватия (Voncina et al. 2006)	1993	15 % заработной платы (15:0) плюс 0,5 % на охрану труда и компенсацию работникам (2003)	Самозанятое население: 15 % фиксированных сумм в зависимости от рода деятельности Фермеры: 15 % фиксированных сумм в зависимости от статуса налогоплательщика (если уплачивают НДС) или 7,5 % дохода в зависимости от собственности на землю За застрахованных лиц, не производящих взносов (безработные, пенсионеры и т.д.), вносятся платежи из госбюджета в виде единой суммы, размер которой определяется в ходе подготовки бюджета
БЮР Македония (Gjorgjev et al. 2006)	1991	9,2 % заработной платы плюс 0,5 % на охрану труда	Госбюджет (однако только в размере 10 % средств)
Черногория (World Bank 2005)	1993	15 % заработной платы (7,5;7,5)	Пенсионеры: 19 % полученной пенсии выплачивается пенсионным фондом Безработные: 7,5 % от половины минимальной заработной платы выплачивается республиканским бюджетом Получатели социальных пособий: 7,5 % выплата пособий выплачивается республиканским бюджетом
Сербия (World Bank 2005)	1992	12,3 % заработной платы (6,15;6,15)	Безработные: 12,3 % минимальной заработной платы выплачивается из госбюджета Пенсионеры: 12,3 % пенсий после уплаты налогов плюс субсидии из госбюджета
<b>Кавказ и Центральная Азия</b>			
Грузия (Gamkrelidze et al. 2002)	1995	4 % заработной платы (3:1) Целевые налоги отменены в 2005 г.	Госбюджет, информации об общей сумме нет
Казахстан (Kuzhalov and Rechel 2007)	1996	3 % заработной платы Налог с заработной платы упразднен после 1998 г.	Подушевой взнос из местного бюджета на содержание неработающих

Страна	Ставка налога на заработную плату и прочие источники средств: ставки взносов		Экономически неактивное население
	Год введения налога на заработную плату	Штатные работники (работодатель-работник)	
Кыргызстан (Meimantaliev et al. 2005)	1997	2 % заработной платы (2:0)	До 2004 г. взносы за пенсионеров и безработных производились из Социального фонда (1,5 % средней заработной платы); затем эти платежи были переложены на республиканский бюджет Взносы за детей производятся из республиканского бюджета с 2000 г. Взносы за фермеров уплачиваются из средств от земельного налога (6 %)
<b>Российская Федерация и самые западные бывшие советские республики</b>			
Республика Молдова (Shishkin Kasевичius and Ciocanu 2008)	2003 пилот 2004 – по всей стране	5 % заработной платы (2,5;2,5)	Госбюджет выплачивает фиксированные взносы за детей, безработных, пенсионеров и студентов
Российская Федерация (Tragakes and Lessof 2003)	1993	2,6 % от заработной платы (2,6:0) снижено с 3,6 % в 2001 г.	Самозанятое население может добровольно приобрести медицинскую страховку по ставке, которая устанавливается ежегодно в размере средней оценочной стоимости пакета медицинских услуг; так поступает примерно 7,5 % самозанятого населения

Источник: собственная компиляция авторов на основе источников, указанных в таблице для каждой страны.

Примечания: ЕС – Европейский Союз; ЦЕ – Центральная Европа; НДС – налог на добавленную стоимость; БЮР Македония – бывшая югославская Республика Македония.

**Таблица 4.2. Организация сбора целевых налоговых платежей**

Страна	Агенты по сбору средств
Босния и Герцеговина (World Bank 2006)	Федерация Боснии и Герцеговины: 10 региональных (кантоны) фондов медицинского страхования Республика Сербская: Центральный фонд медицинского страхования Округ Брчко: Центральный фонд медицинского страхования
Болгария (Georgieva et al. 2007)	Национальный институт социального страхования
Хорватия (Voncina et al. 2006)	Государственное казначейство
Чешская Республика (Bryndová et al. 2009)	Всеобщий фонд медицинского страхования + семь отраслевых страховых агентств
Эстония (Koppel et al. 2008)	Налоговый департамент
Венгрия (Gaál 2004)	Администрация по налоговому и финансовому контролю (налоговый офис)
Кыргызстан (Meimanaliev et al. 2005)	Социальный фонд
Латвия (Tragakes et al. 2008)	Служба государственных доходов
Литва (Murauskiene 2007)	Государственная налоговая инспекция и Фонд государственного социального страхования (SODRA)
Республика Молдова (Shishkin, Kacevicius and Ciocanu 2008)	Налог с заработной платы на медицинское страхование переводится напрямую на счета Национальной компании медицинского страхования, которая работает через Национальный банк и Государственное казначейство. Этот процесс контролируется Государственной налоговой службой
БЮР Черногория (World Bank 2005)	Фонд медицинского страхования
Польша (Kuszewski and Gericke 2005)	Национальный фонд здравоохранения
Румыния (Vladescu, Scî ntee and Olsavszky 2008)	42 районных фонда медицинского страхования
Российская Федерация (Шишкин 2006)	Федеральная налоговая служба собирает единый социальный налог
Сербия (World Bank 2005)	29 отделений (в том числе в Косово)
Словакия (Hlavačka, Wágner and Riesberg 2004)	Пять страховых фондов, граждане могут выбрать любой из них
Словения (Albreht et al. 2009)	Государственное агентство по учету и налоговому администрированию

Например, в Российской Федерации эти взносы первоначально осуществлялись региональными и местными властями, в 2006 г. эта обязанность была возложена целиком на региональные власти. Аналогично в Сербии, несмотря на то что взносы на страхование уязвимых категорий населения должны рассчитываться на основании минимальной заработной платы, отчисления из бюджета государства производятся исходя из исторически сложившегося уровня и на практике отражают только сиюминутные потребности.

В бюджете некоторых странах, однако, есть специальные статьи, соблюдение которых контролируется. Например, в Чешской Республике из государственного бюджета ежемесячно производятся выплаты за экономически неактивное население в размере 13,5 % средней заработной платы, определяемой Министерством финансов (Rokosová

et al. 2005). Другой пример — Республика Молдова, где в законе о медицинском страховании указано, что подушевые выплаты из бюджета за застрахованных государством граждан должны быть равны оценочной подушевой стоимости набора медицинских услуг, что ведет к ежегодному росту таких платежей (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008). Эстония полагается в основном на налоговые поступления с заработной платы, здесь ЭФМС получает очень небольшие платежи за застрахованных граждан, не платящих взносов. В Хорватии же субсидии на неработающее население производятся постфактум, покрывая уже имеющиеся расходы, а не закладываются в бюджет заранее (Voncina, Dzakula and Mastilica 2007).

Таким образом, как показано в табл. 4.1 и 4.2, бюджетные поступления продолжают играть важную роль в системе финансирования здравоохранения даже в тех странах, где в качестве основного механизма финансирования был выбран налог с заработной платы. Как указано выше, такие отчисления могут принимать форму явных субсидий за не уплачивающее взносы население. В Республике Молдова более 65 % средств Национальной компании медицинского страхования (НКМС) представляли собой платежи из госбюджета на ОМС не вносящих взносы граждан (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008). В Кыргызстане бюджетные поступления в ФОМС, составляющие большую часть бюджетных расходов на здравоохранение, перечисляются для обеспечения гарантированного набора медицинских услуг для всего населения (т.е. не на ОМС). Помимо этого, существуют налоги с заработной платы и производятся дополнительные отчисления из госбюджета в ФОМС на взносы за «застрахованное население». Таким образом, несмотря на то что и в Республике Молдова, и в Кыргызстане есть организации, имеющие в своем названии «ФМС», основное финансирование идет за счет бюджетных поступлений. Наряду с этим механизмы платежей и связь между взносами и гарантированным набором медицинских услуг значительно различаются<sup>45</sup>.

Несмотря на общую тенденцию введения ОМС и целевых налогов на заработную плату, в некоторых странах — Армении, Беларуси, Украине и Узбекистане — налоги на ОМС, исчисляемые с заработной платы, не вводились, а в Казахстане такой налог просуществовал только три года и был отменен в 1998 г. В Армении и Латвии отдельные агентства, объединяющие средства и закупающие медицинские услуги, финансировались исключительно за счет бюджетных поступлений, хотя в Латвии до конца 2003 г. средства поступали в виде целевого процента от подоходного налога.

Во всех странах бюджетные средства используются для финансирования целевых программ здравоохранения, таких как программы лече-

<sup>45</sup> Несмотря на существование в Республике Молдова непосредственной привязки уплаты взносов и права на обслуживание, тот факт, что зарплатные налоги и отчисление из общих доходов бюджета объединяются, уменьшает важность этой привязки в момент производства расходов. В этом отношении зарплатный налог может рассматриваться в качестве механизма для увеличения бюджетных поступлений в систему НКМС.

ния туберкулеза, развития психиатрической помощи, борьбы с вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД) и наркоманией. Кроме того, существуют приоритетные целевые программы, например направленные на лечение диабета (Латвия, БЮР Македония), и программы по пересадке органов (Польша). В дополнение к этому финансирование капиталовложений идет с государственного уровня (Узбекистан, Казахстан и Российская Федерация), регионального уровня (Польша и Эстония) или с обоих уровней (Чешская Республика, Венгрия и Словения). В большинстве стран ЦЕ местные и муниципальные бюджеты относительно невелики, хотя есть и исключения (в Болгарии более 40 % финансирования поступает не из центрального бюджета). В большинстве республик бывшего СССР сохранилась децентрализованная структура бюджета, поэтому основное финансирование идет из бюджетов областей, районов и городов. В Российской Федерации, к примеру, более 80 % финансирования поступает с регионального уровня. В некоторых республиках, однако, бюджеты были по большей части централизованы (это касается Армении, Кыргызстана и Республики Молдова).

ii. Частные источники: добровольное медицинское страхование и личные платежи граждан в момент получения медицинской помощи

Степень зависимости здравоохранения стран от частных источников финансирования наглядно представлена на рис. 4.2 в виде расстояния от диагональной линии в направлении начала координат (т.е. чем ближе точка к началу координат, тем выше зависимость от частных источников). Данный график показывает значительное разнообразие соотношения между государственными и частными источниками финансирования в данном регионе: от минимального уровня государственного финансирования в Таджикистане (21 %) до максимального уровня в Чешской Республике (более 89 %). Эта разница в целом отражает степень экономического и фискального коллапса и восстановления экономики в различных странах, хотя в некоторых государствах значительное влияние на ситуацию оказали специальные программы. Так, хотя ДМС и не играет большой роли в системе финансирования в большинстве стран, Словения в этом вопросе является исключением. Здесь используется комбинация обязательств достаточно высокого уровня соучастия граждан в оплате медицинской помощи и дополняющего ДМС, по аналогии с французскими *mutuelles*, что объясняет довольно высокую долю (в 2004 г. около 27 %) частных расходов на здравоохранение (рис. 4.2). Реформы ДМС более подробно рассматриваются в главе 11.

Большая часть частного финансирования в регионе приходится на личные платежи граждан в момент получения медицинской помощи в виде со-платежей, «чисто» частных расходов (т.е. производится за предоставление частных медицинских услуг и товаров, таких как лекар-

ственные средства для амбулаторных больных) или неформальных платежей. В большинстве стран были введены со-платежи за услуги, предоставляемые по желанию пациента, или за те, которые не являются необходимыми, за услуги, оказываемые без направления врача более низкого уровня оказания медицинской помощи, за стоматологические услуги; за приобретение медицинского оборудования; лекарства для амбулаторных больных; за некоторые услуги по реабилитации и несрочной медицинской помощи. Результаты экспериментов по введению со-платежей и попытки борьбы с неформальными платежами рассматриваются более подробно в главах 7 и 12.

## **С. Описание и анализ опыта проведения отдельных реформ**

Как уже было сказано, наиболее популярной реформой государственных источников финансирования и механизмов сбора средств было введение целевых налогов (наиболее часто — налога с заработной платы) в рамках системы ОМС. Ниже мы рассмотрим некоторые примеры внедрения и модификации подобных механизмов и дадим оценку на основе целей, указанных в начале главы: влияние на уровень государственного финансирования; достижение справедливого распределения в финансировании и потреблении услуг; влияние на эффективность управления; содействие проведению других направлений реформ системы финансирования здравоохранения.

### **і. Диверсификация государственных источников**

Как следует из рис. 4.2, в странах с переходной экономикой, которые полагаются преимущественно на целевые налоги, доля государственных расходов на здравоохранение выше, чем в странах, которые в большей степени полагаются на бюджетное финансирование. Однако из этого не следует, что целевые налоги являются лучшим подходом или подходом, который может быть рекомендован как обеспечивающий более высокий уровень поступлений. Базовые условия, соблюдение которых позволяет лучше собирать целевые налоги, а именно высокий уровень официально занятого населения, высокий экономический рост и т.д. — все это также увеличивает поступления от общих налогов, в том числе подоходного. Кроме того, начальные условия, в которых эти страны вступали в переходный период, и причины, по которым они в свое время ввели целевые налоги, необязательно будут соответствовать текущей ситуации в странах, рассматривающих возможности изменения своей системы финансирования. В частности, в республиках бывшего СССР и бывших странах — членах СЭВ (см. главу 2) здравоохранение официально не имело высокого приоритета при распределении бюд-



жета, в то время как в бывшей Югославии уровень государственных затрат на здравоохранение зависел от налога с заработной платы и, соответственно, лишь косвенно — от приоритетов в распределении ресурсов. Бывшие югославские республики после вступления в переходный период сохранили свои целевые налоги и относительно высокий уровень государственного финансирования здравоохранения. Страны СЭВ и балтийские республики ввели целевые налоги, по большей части возвращаясь к существовавшей до 1948 г. системе финансирования. В этих странах (в том числе странах ЦЕ, которые сейчас являются новыми членами ЕС) экономический рост и формализация рынка труда шли более быстрыми темпами, чем в бывших советских республиках, и, следовательно, они обладали лучшей базой для сбора как целевых, так и общих налогов.

Еще одним принципиальным вопросом для стран, уже использующих или планирующих введение целевых налогов на финансирование ОМС, является то, до какой степени они готовы сочетать различные источники финансирования, добавляя к целевым налогам бюджетные поступления. В большинстве стран минимум 10 % средств на финансирование здравоохранения приходится на бюджеты, но это и не удивительно, так как всем из них приходится направлять определенные средства на содержание МЗ, финансирование услуг общественного здравоохранения (служб санитарно-эпидемиологического надзора) и т.д. Таким образом, если более точно сформулировать этот вопрос, он должен звучать так: до какой степени следует использовать бюджетные поступления для финансирования набора гарантированных медицинских услуг? В некоторых странах, таких как Чешская Республика, Словакия и Болгария, используются значительные отчисления из госбюджета на обеспечение всеобщего охвата услугами, включаемыми в гарантированный набор медицинских услуг. Другие, такие как Эстония и многие республики бывшей Югославии, почти целиком полагаются на целевые налоги с заработной платы, направляемые на ОМС.

Опыт Эстонии наглядно демонстрирует некоторые риски неадекватной диверсификации государственных источников финансирования. С 2001 г. 99 % средств ФМС Эстонии формировалось за счет целевого «социального налога». Однако по принятой в Эстонии системе существует две категории застрахованных лиц, не платящих взносы: лица, за которых взносы платит государство (примерно 3 % застрахованного населения в 2005 г.), и лица, за которых взносы не уплачиваются, в основном дети и пенсионеры (примерно 48 % застрахованных лиц в 2005 г.). Доля застрахованного работающего населения, уплачивающего взносы, составляла примерно 49 % от всех застрахованных ФМС (ЕНIF 2006). Несмотря на постепенный, но устойчивый рост этой последней категории граждан, практически полное отсутствие отчислений из бюджета привело к двум важным проблемам. Во-первых, почти 5 % населения, по сути, выпадало из страхового покрытия (Couffinhal and Habicht 2005). Несмотря на успехи финансовой системы Эстонии во многих других аспектах, отсутствие всеобщего охвата населения является значитель-

ным недостатком по сравнению со странами, в которых существует система бюджетных трансферт страховщикам, как в Чешской Республике и Литве. Во-вторых, с точки зрения перспективы существуют опасения относительно жизнеспособности системы, при которой половина застрахованного населения, по сути, платит за всех.

---

В ситуации, когда меньше половины застрахованного населения оплачивает 97 % расходов на оказание медицинских услуг всем застрахованным, довольно сложно ожидать, что система здравоохранения оправдает возложенные на нее обществом надежды. Если принять во внимание, с одной стороны, старение населения, растущую информированность застрахованных лиц, растущие ожидания и развитие медицинских технологий, а с другой стороны, ограниченность финансовых ресурсов, направляемых на развитие здравоохранения, можно с уверенностью отметить, что вероятность достижения намеченных целей в будущем довольно невелика (EHIF 2006, p. 22).

---

Другой проблемой недостаточной диверсификации источников государственного финансирования в Эстонии является то, что, несмотря на рост поступлений от налога на заработную плату как в номинальном, так и в реальном выражении, объясняемый ростом занятости и уровня заработной платы, темпы этих поступлений были ниже темпов роста ВВП и государственных расходов. В результате доля расходов на здравоохранение в общем объеме государственных расходов упала с 14 % в 1996 г. до 11,5 % в 2005 г. (WHO 2008). С этим связан рост частных платежей граждан, растущая частота (возможно, и не такая высокая по сравнению с другими странами) возникновения случаев катастрофических расходов на здравоохранение, приводящих к обнищанию (Habicht et al. 2006), а также общее снижение с 2000 до 2005 г. общей прогрессивности финансирования здравоохранения (Võrk, Saluse and Habicht 2009). Опыт Эстонии показывает, что хотя система финансирования с помощью налогов на заработную плату и является менее зависимой от перемен на политической арене, но в то же время такая система, по сути, является палкой о двух концах: она может приводить как к сокращению, так и увеличению государственных расходов на здравоохранение.

ii. Система обязательного медицинского страхования, финансируемая за счет налогов на заработную плату, в странах ЦЕ/ВЕКЦА

Как было указано выше, в странах ЦЕ, которые стали новыми членами ЕС, а также в республиках бывшей Югославии налоги на заработную плату стали главным источником финансирования здравоохранения, причем ставки налога здесь доходят до 17 %. С другой стороны, в бывших советских республиках, где также были введены налоги на заработную плату, ставки не поднимаются выше 2–4 %, а основным источником государственного финансирования являются бюджеты. В этом разделе мы рассмотрим реформы, проведенные в республиках бывшего СССР, и попытаемся извлечь некоторые уроки, которые могут стать полезными для стран со схожей экономической и демографической си-

туацией, рассматривающих различные варианты реформ сбора доходов. Налоги с заработной платы и ОМС были введены в Российской Федерации в 1993 г., в Казахстане — в 1996 г., в Кыргызстане — в 1997 г., в Республике Молдова — в 2004 г. Несмотря на то что, на первый взгляд, реформа была одинаковой для всех стран (введение ОМС), процесс ее внедрения существенно отличался. В результате только в одной стране — в Республике Молдова — эта реформа привела к реальному росту государственных расходов на здравоохранение.

**В Российской Федерации** основной причиной внедрения ОМС было желание увеличить государственное финансирование здравоохранения вне бюджетного процесса и, таким образом, поднять низкий приоритет этого сектора, доставшийся в наследство от советской эпохи (см. главу 2). Средства на ОМС должны были поступать с налога на зарплату в размере 3,6 %, а также из региональных и местных бюджетов, которые должны были осуществлять взносы на страхование неработающего населения. Однако изначально не были установлены нормативы бюджетных платежей на страхование неработающего населения. Это привело к тому, что каждый регион решал сам за себя и к 1997 г. 27 из 88 регионов страны не осуществляли таких бюджетный взносов в систему ОМС (Шишкин 2000).

Судя по имеющимся данным, можно сделать вывод, что в 1990-е гг. внедрение нового источника финансирования не привело к росту государственных расходов на здравоохранение. Расходы же из государственного бюджета упали с 3,1 % ВВП в 1993 г. до 2,0 % в 1999 г., причем это падение полностью объяснялось сокращением расходов региональных/местных бюджетов. За этот период финансирование за счет налога на зарплату выросло с 0,6 % до 0,7 % ВВП. В результате, если в первый год введения ОМС общие государственные расходы на здравоохранение составляли 3,7 % ВВП, то к 1999 г. они сократились до 3,0 %. В реальном выражении это падение составляло более 60 % — гораздо больше, чем падение ВВП за этот период, которое оценивается в 25 % (Шишкин 2000; Davis 2001). Можно спорить, явилось ли введение ОМС причиной такого падения (например, заставив местные правительства сократить свои бюджетные расходы на здравоохранение) или же, наоборот, предотвратило еще большее сокращение. Ясно одно: реформа не достигла своей цели и не привела к росту государственного финансирования здравоохранения.

Для преодоления сложившейся ситуации в 1997 г. российское правительство начало процесс разработки *«актуарного подхода»* к определению необходимого объема государственного финансирования здравоохранения. В качестве такого механизма выступала ежегодно утверждаемая программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Федеральное правительство разработало и утвердило нормативные показатели потребления медицинской помощи, включая их детализацию по видам медицинских услуг и по категориям населения (городское–сельское, взрослые–дети). Эти федеральные нормативы были основаны

на ожидаемых и «желаемых» объемах услуг. Были также установлены новые финансовые «нормативы» (например, стоимость одного врачебного посещения, койко-дня, вызова скорой, дня лечения в дневном стационаре и т.д.), разработанные отчасти на базе оценки «снизу вверх» и на основании новых стандартов клинических технологий. Основываясь на нормативах потребления медицинской помощи и стоимостных нормативах, была рассчитана стоимость программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, используемая в качестве целевого показателя при разработке территориальных программ государственных гарантий. Основной целью было оказание давления на правительства регионов, чтобы те изменили свои бюджетные приоритеты и стали выделять больше средств на здравоохранение.

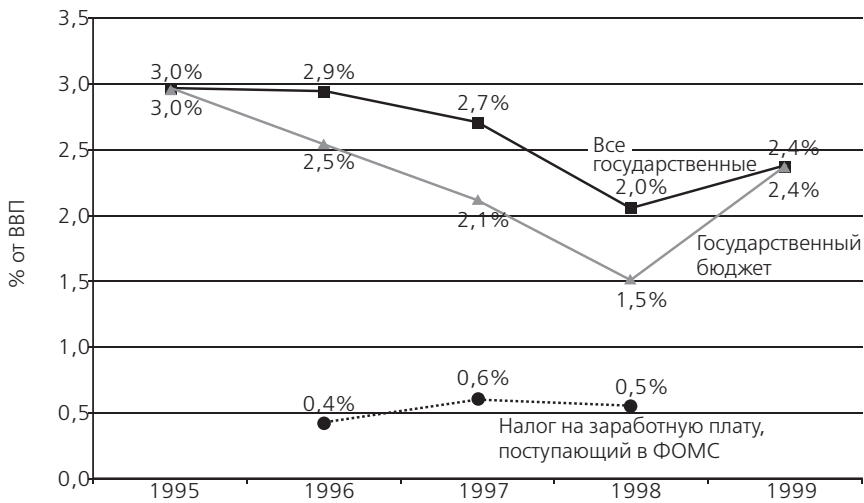
Несмотря на столь тщательное планирование, федеральное правительство могло лишь дать регионам ориентир финансирования, основанный на модели стоимости и объемов. Местные власти сохраняли самостоятельность в этих вопросах и, хотя некоторые регионы предприняли усилия для сбалансирования их территориальных программ, далеко не все согласились изменить свои бюджетные приоритеты, проигнорировав данные ориентиры. В целом бюджетные расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от общих расходов консолидированных региональных бюджетов, снизились с 18 % в 1998 г. до 14 % в 2003 г. В 2004–2005 гг. была предпринята еще одна попытка повлиять на региональную бюджетную политику путем разработки нового проекта закона о медицинском страховании, по которому регионы должны были рассчитывать ориентировочную стоимость территориальных программ государственных гарантий на основе минимальной стоимости единицы объема медицинской помощи. В соответствии с этим проектом закона эти стоимости должны были определяться на федеральном уровне, исходя из клинических стандартов с региональной поправкой на клинически связанные группы. Региональные правительства были ответственны за обеспечение финансового баланса территориальной программы государственных гарантий за счет бюджетных взносов на ОМС неработающего населения. Федеральный ФОМС в рамках регионального выравнивания предоставлял регионам субсидии на основе бюджетной обеспеченности<sup>46</sup>, при условии соблюдения ими методических рекомендаций по расчету стоимости территориальных программ государственных гарантий, утверждаемых на федеральном уровне (Слепнев и др. 2005). Однако развитие концепции чистого актуарного подхода не было поддержано Министерством финансов, отчасти из-за того, что это ограничивало права регионов. В 2007–2008 гг. была предпринята попытка возобновить дискуссию о методах определения ответственности региональных властей за финансирование здравоохранения (Шевский, Шейман и Шишкин 2008).

<sup>46</sup> Бюджетная обеспеченность регионов измеряется в поступлениях от общих налогов на душу населения.

В **Казахстане** новая система ОМС с использованием налога на заработную плату была введена в 1996 г. Тогда же был создан ФОМС. Система страхования заработала и начала финансировать медицинские услуги в середине 1996 г., однако уже в конце 1998 г. она была отменена. Причиной этого стала невозможность выполнения финансовых обязательств перед производителями медицинских услуг, а также частые обвинения в коррумпированности (Kutzin and Cashin 2002). Работодатели уплачивали 3 % налога от фонда заработной платы на страхование работающего населения. Самозанятые и незарегистрированные безработные должны были покупать полисы ОМС непосредственно в ФОМС по подушевой ставке, определяемой *областными* филиалами ФОМС. Премия за пенсионеров, зарегистрированных безработных, детей и прочих не уплачивающих взносы «защищенных» категорий граждан должна была оплачиваться из местных бюджетов. Уровень этих отчислений определялся в виде подушевой ставки, устанавливаемой федеральным ФОМС, однако мог корректироваться местным правительством. ФОМС отмечал высокий уровень сбора налога на заработную плату (реальные поступления в процентах от планируемых поступлений), но, как и в Российской Федерации, основную проблему представляли поступления из местных бюджетов (MHIRF Kazakhstan 1999).

Как показано на рис. 4.3, во время создания ФОМС наблюдалось снижение государственных расходов на здравоохранение. Сокращение на 1 % от ВВП произошло в результате значительного снижения бюджетных расходов на здравоохранение. Бюджетные расходы на здравоохранение сократились с почти 13 % от всех государственных расходов в 1996 г. до 7 % в 1998 г. Такое резкое падение было вызвано не только недостаточным объемом бюджетных платежей на страхование неработающего населения, но и отсутствием координации между введением ОМС и действиями региональных властей. Этот спад во многом отражал сдвиг приоритетов региональных властей не в пользу здравоохранения из-за того, что с введением ФОМС они потеряли прямой контроль над этой сферой. Таким образом, принимая во внимание некоторый рост бюджетного финансирования после отмены ФОМС, можно сделать вывод, что внедрение ОМС, финансируемого за счет налога на заработную плату, на деле привело к значительному снижению общих государственных расходов на здравоохранение (Cashin and Simidjiyski 2000).

Несмотря на то что введение ОМС не смогло обеспечить поступления дополнительных средств в систему здравоохранения, есть определенные доказательства того, что за свою короткую историю система ОМС Казахстана привела к некоторому перераспределению ролей между правительством, производителями медицинских услуг и пациентами. Именно по инициативе ФОМС, а не МЗ в 1996–1998 гг. были проведены инновации в системе оплаты услуг, заключении контрактов с производителями и использовании компьютерных информационных систем. Новые системы платежей стали возможными благодаря тому, что ФОМС был организован в форме внебюджетного агентства, функционирующего вне пределов правил управления государственными финансами.



**Рис. 4.3.** Государственные расходы на здравоохранение по источникам, Казахстан, 1995–1999 гг.

Источник: АНС 2000.

Примечание: ВВП – валовой внутренний продукт; ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования.

И хотя разработка стратегий закупок была только на начальной стадии, когда система ОМС была отменена, многие из тех положений сейчас учтены в бюджетном законодательстве (Government of the Republic of Kazakhstan 2000).

В Кыргызстане реформы финансирования со времен введения целевого налога на заработную плату, предназначенного для финансирования ОМС, в 1997 г. прошли несколько стадий. Введение этого налога было привязано к образованию нового внебюджетного ФОМС, ставшего движущей силой полномасштабной реформы финансирования здравоохранения, реализация которой продолжалась шаг за шагом на протяжении последующих десяти лет. С 1997 по 2000 г. ФОМС предоставлял дополнительное финансирование государственным поставщикам услуг, которые также получали средства из бюджетной системы, доставшейся в наследство от СССР. Следующая фаза реформ началась с внедрения системы «единого плательщика», в рамках которой средства на здравоохранение из *областных* и *региональных* бюджетов (основные источники государственных средств) объединялись на *областном* уровне и управлялись *областными* департаментами ФОМС. Затем в 2006 г. источник бюджетного финансирования был сдвинут с местного на центральный («республиканский») уровень. На каждой из стадий реформы объемы государственного финансирования здравоохранения были различными.

Уже существовавший до этого внебюджетный Киргизский социальный фонд собирал налог с заработной платы на пенсионное страхование и страхование от безработицы, а также управлял пенсионным фондом. Этот фонд также в рамках своей ответственности по сбору налогов

собирал 2 % фонда заработной платы на медицинское страхование. Потом полученные суммы перечислялись в ФОМС. Пенсионеры и официально безработные получали право на гарантированные медицинские услуги в соответствии с законом, а премия за них должна была выплачиваться соответственно пенсионным фондом и фондом страхования от безработицы. Однако, как показано в табл. 4.3, в течение первых шести лет работы ФОМС реальные платежи из этих фондов были гораздо меньше законодательно устанавливаемых.

Решение сохранить функцию сбора средств в ведении уже существующего агентства было принято с целью дать возможность ФОМС сосредоточиться на других проблемах финансирования здравоохранения и снизить административные расходы на разрастающуюся социальную систему. Низкая ставка нового налога делала бессмысленным создание новой организации. Однако из-за недостаточной прозрачности переводов из Социального фонда в ФОМС последний не мог с точностью предсказать объем финансирования и, следовательно, планировать и исполнять обязательства по оплате услуг производителей. В течение 2002 г. ситуация ухудшилась настолько (в плане неоплаты услуг и роста неформальных платежей), что ФОМС при поддержке иностранных партнеров, поддерживающих процесс реформ здравоохранения, вынудил правительство принять поправки к соглашению с МВФ, по которым с октября 2002 г. Социальный фонд обязан был своевременно переводить все платежи в пользу ФОМС (образование новой задолженности не

**Таблица 4.3. Сборы и платежи на медицинское страхование в Кыргызстане, 1997–2002 гг.**

(млн. сомов)	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Собранные социальными фондами взносы, подлежащие переводу в ФОМС	41,0	82,8	117,1	138,3	166,6	186,3
Доходы, фактически переведенные в ФОМС на ОМС работающего населения	9,2	30,9	73,1	89,4	80,5	102,1
<b>Процент полученных сборов, переведенных в ФОМС</b>	<b>22,4</b>	<b>37,3</b>	<b>62,4</b>	<b>64,6</b>	<b>48,3</b>	<b>54,8</b>
Планируемые поступления на ОМС пенсионеров	15,0	38,0	48,0	48,0	80,0	80,0
Фактические поступления на ОМС пенсионеров	0,0	9,8	14,5	12,5	7,8	0,0
<b>Фактические поступления в % от плановых</b>	<b>0,0</b>	<b>25,8</b>	<b>30,2</b>	<b>26,1</b>	<b>9,8</b>	<b>0,0</b>
Планируемые поступления на ОМС безработных	0,0	8,5	9,0	9,0	9,0	9,0
Фактические поступления на ОМС безработных	0,0	1,3	6,0	3,1	2,5	0,5
<b>Фактические поступления в % от плановых</b>	<b>0,0</b>	<b>15,3</b>	<b>66,7</b>	<b>34,4</b>	<b>27,8</b>	<b>5,9</b>
Всего плановых/собранных социальными фондами средств	56,0	129,3	174,1	195,3	255,6	275,3
Средства, реально переведенные социальными фондами	9,2	42,0	93,6	105,0	90,8	102,6
<b>Фактически переведенные социальными фондами в процентах от планового объема переводов</b>	<b>16,4</b>	<b>32,5</b>	<b>53,8</b>	<b>53,8</b>	<b>35,5</b>	<b>37,3</b>

Источник: Kutzin 2003, основано на данных ФОМС.

Примечания: ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования.

допускалось). МВФ проводил ежеквартальные проверки данной ситуации, и в результате переводы на ОМС работающих стабилизировались (Kutzin 2003). Затем, в 2004 г. обязательства по уплате взносов на ОМС пенсионеров были переведены с пенсионного фонда в ведение республиканского бюджета (Jakab et al. 2005). Таким образом, хотя передача ответственности за сбор средств Социальному фонду, возможно, и была эффективной с административной точки зрения, его деятельность по переводу средств на нужды здравоохранения была чересчур закрытой (возможно, причиной этого было отсутствие разделения между функциями сбора и объединения средств в пенсионной системе). Преодолеть это Кыргызстану удалось только с помощью влиятельных международных организаций.

Эффект этих реформ на объем государственного финансирования здравоохранения проследить довольно сложно. В целом доля выделяемых на здравоохранение средств в общих государственных расходах постоянно снижалась: с 13,5 % в 1996 г. (за год до введения налога на заработную плату) до 9,0 % в 2002 г. (Jakab et al. 2005). Напрашивается вывод, что причиной этого стало снижение бюджетного финансирования. Однако в отличие от Казахстана, в Кыргызстане это объяснялось другими факторами. С 1997 по 2000 г. местные правительства не должны были перечислять средства за группу населения, относящуюся к неплательщикам взносов, а ФОМС рассматривался как организация, обеспечивающая дополнительное финансирование. В результате реформы «единого плательщика» 2001 г. роль *районных* и *областных* бюджетов изменилась: вместо непосредственного осуществления финансирования медицинских учреждений и *контроля* за ними они стали источником поступления средств в *областные* отделения ФОМС. Во время подготовки реформы в 2000 г. МЗ и ФОМС провели работу с представителями администраций двух *областей*, в которых система «единого плательщика» должна была быть введена в 2001 г., и никакого снижения бюджетов здравоохранения на этот год запланировано не было. Тем не менее исполнение этих бюджетов пошло не по плану. Одной из причин этого была, очевидно, потеря местными властями контроля над своей системой здравоохранения, что заставило их перенаправить средства на другие цели. Второй причиной было введение со-платежей за больничные услуги, осуществленное в соответствии с планом реформы. И хотя в среднем со-платежи не сказались на уровне частных расходов граждан в момент получения стационарной помощи, местные власти посчитали эти поступления новым источником финансирования, поскольку они впервые появились в бухгалтерской отчетности. Таким образом, рост прозрачности (трансформация неофициальных платежей в официальные) имел и негативный эффект, так как в результате этого бюджетные расходы на здравоохранение были сокращены (Kutzin 2003).

В свою третью фазу реформа вступила в 2006 г., когда система «единого плательщика» заработала по всей стране. В этом году роль местных правительств в финансировании здравоохранения снизилась



практически до нуля, поскольку соответствующие обязательства перешли на республиканский уровень. В результате решение об объеме выделяемых средств теперь принималось не множеством местных правительств, а на верхней ступени политической системы. Это вместе с условиями, предусмотренными соглашением доноров с правительством о введении нового механизма объединения средств, привело к значительному росту доли расходов на здравоохранение в общих бюджетных расходах страны (Ibraimova et al. 2007).

Введение налога на заработную плату не оказало заметного влияния на объем государственного финансирования. На сегодня даже с учетом более поздних положительных сдвигов эти реформы не привели к какому-либо значительному росту уровня финансирования отрасли. Однако новая организационная структура создала базу для фундаментальных реформ в области объединения средств и закупок, которые привели к заметным успехам в достижении справедливости и эффективности системы здравоохранения в Кыргызстане. Более подробно эти аспекты рассмотрены в главах 5 и 6.

**Республика Молдова** оказалась единственной страной ЦЕ/ВЕКЦА, где финансирование ОМС за счет налога на зарплату привело к очевидному росту объема государственных расходов на здравоохранение. По аналогии с Российской Федерацией и Казахстаном, в соответствии с принятым в 2003 г. законом была создана НКМС и была установлена ответственность бюджетов за взносы на ОМС определенных категорий населения, не уплачивающих взносы. Вместе с введением ОМС и налога на заработную плату в 2004 г. бюджетное финансирование здравоохранения было централизовано и переведено с *районного* уровня на государственный. Введению закона соответствовало положение, согласно которому ставка налога на заработную плату, уплачиваемого на ОМС работающего населения, и подушевой уровень бюджетных платежей на ОМС «не уплачивающих взносов» групп населения должны быть равны как между собой, так и средней стоимости медицинских услуг, оказание которых НКМС гарантирует всем застрахованным лицам. В соответствии с этим *принципом эквивалентности* правительство берет на себя финансовую ответственность за застрахованные государством категории населения, учитывая ежегодный рост средств под управлением НКМС и увеличение стоимости набора гарантированных медицинских услуг. Этот механизм позволил эффективно сбалансировать объем гарантированных услуг с объемом государственного финансирования и обеспечил стабильность последнего. Он также «форсировал» рост государственных расходов за счет поступлений от налога на зарплату, даже несмотря на то что ставка последнего не изменилась. К примеру, в 2004 г. уровень средней заработной платы вырос с 952 леев в январе до 1496,9 леев в декабре. Правительство не изменило ставку налога, но из-за уровня заработной платы ему пришлось увеличить взносы на ОМС за неработающие категории населения (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008).

Как и в случае с Кыргызстаном, образование НКМС в Республике Молдова оказало положительный эффект на справедливость и эффективность. Особенно благоприятно на это повлиял перевод объединения средств и закупок с районного на национальный уровень.

iii. Функциональная интеграция или разделение сбора и объединения средств

Как описано в табл. 4.2, страны ЦЕ/ВЕКЦА выбрали разные подходы: одни страны создавали новые агентства по закупкам (обычно ФОМС), ответственные за сбор целевых налогов (интегрированный подход), другие создавали отдельные организации (обычно налоговый орган, ответственный за сбор всех налогов в стране, или специальное агентство, занимающееся сбором «социальных налогов», начисляемых на заработную плату) для этой цели, которые затем осуществляют переводы аккумулирующим средства агентствам по закупкам (функциональный специализированный подход). Теоретически оба подхода имеют свои плюсы и минусы. Интегрированный подход позволяет агентству по закупкам лучше контролировать уровень своих поступлений, однако на государственном уровне такой подход подразумевает дублирование организаций, ответственных за сбор налогов. Функциональный специализированный подход может способствовать снижению административных расходов и может приводить к более высоким уровням поступлений, так как уровень сбора взносов, как правило, бывает выше, если сбор осуществляется системой организаций, концентрирующихся на выполнении этой основной функции. Кроме того, агентство по закупкам, не обремененное ответственностью за сбор средств, сможет концентрироваться на улучшении контрактов и методов оплаты производителей медицинских услуг. Минусом этого подхода является, как показывает пример Кыргызстана, снижение контроля и предсказуемости уровня поступлений. Несмотря на то что в регионе существует тенденция к большей интеграции в плане сбора налогов и социальных платежей, основанная на потенциальных преимуществах (Barrand, Ross and Harrison 2004), невозможно представить четких доказательств предпочтения одной модели по сравнению с другой.

В **Болгарии** функция сбора премий на ОМС была передана Национальному институту социального страхования, который уже занимался сбором взносов пенсионного страхования и страхования по безработице. Руководители как этой организации, так и НФМС обнаружили, что в результате фактический объем поступлений в обе организации вырос (при этом превысив прогнозы) в силу более широкого охвата населения и использования административного ресурса обеих организаций (Dulitzky, personal communication, 2006). Таким образом, эффективность управления и более высокие объемы поступлений были получены на основании уже существующей системы сбора налога на заработную плату.

В 2001 г. в **Российской Федерации** сбор налогов на заработную плату, предназначенных на ОМС, был передан от Федерального и территориальных ФОМС в ведение налоговых органов. Налоговая служба собирает единый социальный налог, в который включаются отчисления на ОМС, пенсионное страхование и другие виды социального страхования. Определенная доля единого социального налога переводится в ФОМС. Целью этих организационных преобразований было совершенствование механизма сбора всех видов налогов (в том числе «внебюджетных» взносов, уплачиваемых работодателями/работниками) и обеспечение большей прозрачности бюджетной структуры. Аналогично в **Эстонии** после многолетнего лоббирования со стороны ЭФМС ответственность за сбор отчислений была возложена на центральный налоговый орган. ЭФМС аргументировал свою позицию тем, что такое изменение позволит ему лучше фокусироваться на соглашениях о закупках и оптимизации расходов (Jesse, personal communication, 2006). Ни в российском, ни в эстонском случаях не была проведена оценка эффекта от таких перемен, однако ежегодные отчеты ЭФМС хотя бы дают представление о том, что отчисления были прозрачными и проводились в соответствии с законом (ЕНIF 2006). Таким образом, это преобразование привело к оптимизации управления и, как минимум, не вызвали снижения потоков платежей. Следовательно, для того чтобы с помощью функциональной специализации добиться повышения эффективности управления за счет оптимизации государственного администрирования, улучшения деятельности по сбору средств и повышения уровня средств, получаемых организацией по закупкам, необходимо создать серьезную нормативно-правовую основу и обеспечить механизмы ее внедрения. Иначе, как показывает пример Кыргызстана, система может пострадать от (1) потери контроля со стороны агентств по закупкам над сбором целевых налогов и (2) невозможности обеспечить перевод всех собранных средств в систему здравоохранения.

При применении интегрированного подхода некоторые страны также испытывали трудности. К примеру, в **Боснии и Герцеговине** уровень сборов в различных ФМС (каждый из которых отвечал за сбор своего налога на зарплату) колебался от 30 до 84 % в зависимости от таких факторов, как различие в уровне безработицы, масштабе теневого сектора и урбанизации. В целом анализ показал, что реально собиралось лишь порядка 50 % того, что могло быть собрано с официально работающих лиц. По большей части, причиной этого было нечеткое разделение ответственности за сбор и контроль между ФМС и налоговым органом (несмотря на очевидную ответственность фондов за сбор) (Sanigest 2005).

В странах со средним доходом, использующих интегрированный подход, где ФСС конкурируют между собой, таких как **Чешская Республика и Словакия**, эффективность сбора средств довольно велика. С изменением в результате реформы 2004 г. базиса перераспределения с 100 % собранных премий до 95 % заданных премий (т.е. того количества, которое должно было быть собрано) словацкие страховщики

получили более серьезный стимул для сбора средств (Pažitný 2004). В противоположность этому в Чешской Республике закон, принятый в 2003 г., увеличил долю перераспределяемых отчислений на медицинское страхование с 60 до 100 % (Hroboň 2004). В обоих случаях, однако, сбор остался на высоком уровне, так что гипотеза о том, что повышение перераспределяемого объема премий приводит к снижению сборов, подтверждения не получила. Возможно, в конкурентной среде стимула охватить большее количество застрахованных достаточно, чтобы обеспечить высокий уровень сборов, и поэтому падения доходов от введения 100 % перераспределения страховых премий не возникает (в главе 5 реформы в Чешской Республике рассмотрены более подробно).

## D. Уроки реформ

Основной целью реформ сбора доходов в странах ЦЕ/ВЕКЦА был рост государственных доходов, направляемых на финансирование здравоохранения. Основным способом достижения этой цели было введение целевого налога (обычно в виде налога на заработную плату) вместе с системой ОМС. Однако в большинстве случаев проследить эффект именно от этих реформ в отрыве от общего финансового контекста невозможно. Там, где экономика росла и население было занято по большей части в официальном секторе, условия для сбора налогов — как общих, так и целевых — были благоприятными, и, следовательно, эти страны могли генерировать больше доходов в сферу здравоохранения. В тех же странах, которые испытывали большие экономические трудности в переходном периоде, реформы сбора налогов в целом не оказали большого влияния на уровень государственных доходов, направляемых на здравоохранение. Тем не менее можно сделать некоторые выводы.

Опыт бывших советских республик, которые ввели налог на зарплату, показывает, что в странах с низким и средним уровнем дохода и невысокой официальной занятостью влияние этой реформы на государственные доходы в первую очередь зависело от тех изменений, которые прямо или косвенно происходили на уровне бюджетного финансирования. Важный урок заключается в том, что фискальная децентрализация не способствует усилению контроля за уровнем бюджетного финансирования, и наоборот, централизация ведет к эффективному осуществлению реформы. В частности, в Республике Молдова одновременно с введением налога на заработную плату было централизовано бюджетное финансирование, что облегчило принятие решений о поддержании на прежнем уровне (и даже росте) бюджетных ассигнований. Аналогично переход от децентрализованной к централизованной системе позволил правительству Кыргызстана лучше претворять в жизнь свои обещания по финансированию здравоохранения. В то же

время децентрализованные бюджетные системы Казахстана и Российской Федерации были серьезными ограничениями для сбора страховых платежей, осуществляемых из бюджетов.

Обобщенным уроком является то, что реформы, подразумевающие создание новых источников финансирования, должны четко регламентировать необходимые изменения в уже существующих источниках. Чрезвычайно важно установить обязательства правительства по финансированию ОМС так называемых не платящих взносов групп населения. Это касается как централизованной, так и децентрализованной системы бюджетных ассигнований на здравоохранение. Отсутствие политической воли устанавливать в явной форме такие обязательства может послужить предупреждением тем странам, которые хотят перейти на систему обеспечения гарантированного набора услуг в зависимости от взносов (стандартная система финансирования ОМС). Положительный опыт Республики Молдова, где бюджетные обязательства правительства по платежам на страхование «не платящих взносов» групп населения были привязаны к оценочной средней стоимости предоставления услуг в рамках гарантированного набора, показывает, что таким образом можно сохранить или увеличить финансирование в странах, которые хотят ввести ОМС на фоне относительно высокого уровня занятости населения в неформальной экономике и/или с высоким уровнем безработицы. Даже в более благоприятных макроэкономических условиях и при лучшем состоянии занятости такая прямая привязка (как, например, в Чешской Республике) может способствовать большей предсказуемости общего уровня финансирования, поступающего в агентство по закупкам.

Влияние реформ на справедливость финансирования также остается под вопросом. Изменения в распределении бремени финансирования здравоохранения, в особенности сдвиг в сторону большей зависимости от частных платежей граждан в момент получения медицинской помощи, безусловно, негативно сказались на принципе справедливости финансирования. Как и в отношении общих государственных доходов, причиной этого явились, прежде всего, глобальные изменения, нежели реформы как таковые. Одним из таких изменений был переход в странах, внедривших систему ОМС, от всеобщего права на гарантированные медицинские услуги к праву на основе взносов. По сути, это было отходом от всеобщего охвата, если только государство не разрабатывало механизм уплаты взносов за «неплатящую» категорию граждан, что многие и сделали (например, Чешская Республика). Однако, как показывает опыт Эстонии, даже в условиях относительно сильно формализованной экономики практически полная зависимость финансирования ОМС от налогов на заработную плату может привести к провалам в охвате населения. Кроме того, отсутствие диверсификации источников финансирования привело к сокращению доли обязательных источников в общем объеме финансирования здравоохранения и последующему постепенному снижению прогрессивности финансирования. Опыт этих и других стран показывает, что в отсутствие ра-

ботающих механизмов уплаты взносов за «неплатящие» группы населения государству приходится либо смириться с неполным охватом населения гарантированными медицинскими услугами, либо оставить попытки перейти на систему обеспечения медицинской помощью на основе взносов. В контексте последнего заявления о всеобщем охвате населения еще не гарантируют справедливой работы системы на практике. Это очень сильно зависит как от объемов бюджетных ассигнований, так и степени зависимости системы от неформальных платежей, а также от наличия или отсутствия дискриминации по отношению к тем, кто не платит взносы, со стороны тех, кто непосредственно оказывает медицинские услуги.

Относительные преимущества интегрированного и функционального специализированного подходов неоднозначны. Функциональная специализация, при которой организация, работающая в сфере здравоохранения, не занимается сбором целевых налогов, а этим занимаются уже существующие в стране налоговые службы, позволяет повысить эффективность управления и эффективность сбора. Так произошло в Эстонии и Болгарии. Однако проблемы, с которыми столкнулся киргизский ФОМС, пытаясь получить средства из Социального фонда, показывают, что подобная система тоже не лишена недостатков в плане прозрачности. С другой стороны, опыт некоторых государств, взявших на вооружение интегрированный подход, таких как Чешская Республика и Словакия, где страховые фонды собирают премии напрямую, доказывает, что и эта система может работать. Нет единого правильного решения на основании этого опыта, хотя аргументы в пользу функционального специализированного подхода и перевешивают, поскольку такая специализация позволяет страховому фонду сосредоточиться на исполнении своих обязанностей по объединению средств и организации закупок. Особенно это касается стран, где уровень налога на заработную плату установлен (или будет установлен) на относительно низком уровне, например меньше 6 %. В целом любая система, подразумевающая переводы средств между фондами, должна функционировать на основе четко сформулированных правил и административных процедур для обеспечения прозрачности.

Возможно, самым важным уроком реформ в данном регионе является то, что изменения в источниках финансирования могут и должны быть связаны (или даже выступать в качестве движущей силы) с реформами других функций финансирования здравоохранения. В частности, можно выделить две важные задачи. Во-первых, внедрение целевого налога стало *важным шагом* на пути к изменению системы финансирования здравоохранения. В большинстве случаев важным аспектом реформы было использование агентствами по закупкам (в частности, ФОМС) новых механизмов оплаты производителей медицинских услуг. В свою очередь, большинство стран не просто создали подобную организацию в рамках своей финансовой системы, а связали это с созданием нового источника средств. Таким образом, образование новых обязательных источников в рамках реформы финансирования здравоохранения

произошло скорее по практическим, чем по принципиальным причинам<sup>47</sup>. Другими словами, гибкость в использовании средств в значительной мере зависела от источника их поступления. В большинстве стран казначейство по закону имеет право контролировать соответствие использования налоговых поступлений (в том числе целевых) финансовому регламенту по управлению государственными средствами. Это часто приводит к столь строгому контролю (например, постатейная смета расходов), что использование стратегических методов закупок не представляется возможным. Опыт Республики Молдова, однако, показывает, что это не является всеобщим правилом, а скорее неким аспектом, требующим оценки в каждом конкретном случае. Начиная реформы, часто необходимо было создать новый источник средств, который бы обеспечивал гибкость и способствовал дальнейшим системным реформам, таким как изменение организации закупок, изменение политики оплаты производителей медицинских услуг и организационные изменения, направленные на повышение эффективности. Кроме того, у создаваемых с нуля ФМС есть явный или неявный мандат<sup>48</sup>, позволяющий им отходить от подхода «обычного ведения бизнеса» в сторону модернизации отношений между покупателем и производителем медицинских услуг. Как показывает опыт Кыргызстана (см. главы 5 и 6), изменения, связанные с организацией нового источника финансирования здравоохранения, впоследствии могут повлиять на бюджеты, приводя к большей гибкости в их использовании.

После организации новых агентств по закупкам необходимо добиться того, чтобы они могли с уверенностью прогнозировать ожидаемый уровень поступлений и, соответственно, заключать соглашения с производителями услуг и выполнять свои финансовые обязательства перед ними. Следовательно, второй ключевой для поддержки реформ механизмов сбора доходов задачей должно быть обеспечение предсказуемого и стабильного притока средств в агентства по закупкам. Достаточно вспомнить проблемы киргизского ФОМС с получением средств из Социального фонда, чтобы понять, что такая нестабильность может подорвать всю реформу закупок. Неудивительно, что страны с более сильной

<sup>47</sup> В принципе, как показывает опыт Соединенного Королевства, кардинальные изменения в системе объединения средств и закупок можно провести с использованием бюджетных средств и существующих процессов управления государственными финансами.

<sup>48</sup> Во многих странах правовая сущность источника финансирования ОМС (платежи из бюджетов или целевой налог на заработную плату, направляемый на медицинское страхование) определяет важные аспекты всей системы финансирования здравоохранения. К примеру, в Венгрии уплата взносов подразумевает возникновение между налогоплательщиком и государством (в лице ФМС) контрактных взаимоотношений, в соответствии с которыми должны быть предоставлены определенные услуги, так что государство не может просто так значительно уменьшить объем гарантий. В 1995 г. правительство Венгрии в рамках общей программы оптимизации бюджета предприняло попытку убрать некоторые гарантированные льготы, предоставляемые в рамках ОМС в натуральном и денежном выражении. Эти действия были оспорены в Конституционном суде, который постановил, что некоторые из убранных услуг должны быть восстановлены. При этом одним из аргументов было то, что подобные радикальные изменения нарушают конституционные права граждан и, кроме того, в рамках контрактных взаимоотношений должен соблюдаться определенный баланс между уплачиваемыми взносами и получаемыми гарантированными услугами (Constitutional Court of Hungary 1995).

экономикой и бюджетной обеспеченностью были более успешными в этом отношении. Однако на примере некоторых стран ЦЕ/ВЕКЦА с низким доходом, которые здесь приведены, можно сделать вывод, что и в этих условиях можно достичь прозрачности и стабильности. Однако просто наличия целевого налога для этого недостаточно, необходимо уделить особое внимание увеличению предсказуемости и стабильности потока бюджетных поступлений в агентства по закупкам.

И наконец, реформа финансирования здравоохранения требует значительно большего, чем простое изменение источников финансирования, хотя во многих странах с переходной экономикой такие изменения являются движущей силой реформ (даже в таких, где сами по себе реформы сбора доходов не были особо успешными в плане увеличения общего объема государственного финансирования). Открываются новые возможности для реформирования систем объединения средств и закупок, о чем рассказывается в следующих главах.

## Литература

---

- AHC (2000). *Health expenditure data*. Almaty, Agency for Health Care Republic of Kazakhstan.
- Albrecht T et al. (2009). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 11(3):1–168.
- Barrand P, Ross S, Harrison G (2004). *Integrating a unified revenue administration for tax and social contribution collections: experiences of central and eastern European countries*. Working Paper WP/04/237. Washington, DC, International Monetary Fund.
- Belli P (2000). *Ten years of health reforms in the ECA region: lessons learned and options for the future* [Monograph, September]. Washington, DC, World Bank.
- Bryndová L et al. (2009). Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(1):1–119.
- Cain J et al. (2002). *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4(7).
- Cashin C, Simidjiski J (2000). *National health insurance systems: a review of selected international experience*. ZdravPlus Technical Report. Almaty, Abt Associates.
- Cerniauskas G, Murauskienė L, Tragakes E (2000). *Health care systems in transition: Lithuania*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Cheasty A (1996). The revenue decline in the countries of the former Soviet Union. *Finance and Development*, 33:32–35.
- Constitutional Court of Hungary (1995). 56/1995. (IX.15.) AB határozat. Budapest, Constitutional Court of Hungary (<http://www.mkab.hu>, accessed 25 April 2008).
- Couffinal A, Habicht T (2005). *Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (<http://www.euro.who.int/Document/HSF/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>, accessed 19 July 2007).



- Davis C (2001). Reforms and performance in medical systems in the transitional states of the former Soviet Union and eastern Europe. *International Social Security Review*, 54(2–3):7–56.
- EHIF (2006). *Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2005*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund.
- Ensor T, Thompson R (1998). Health insurance as a catalyst to change in former Communist countries? *Health Policy*, 43:203–218.
- Gaál P (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gamkrelidze A et al. (2002). *Health care systems in transition: Georgia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Georgieva L et al. (2007). Bulgaria: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1):1–156.
- Gjorgjev D et al. (2006). The former Yugoslav Republic of Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(2):1–98.
- Government of the Republic of Kazakhstan (2000). *Government order 806: on the approval of reimbursement rules for medical care*. Astana, Government of the Republic of Kazakhstan.
- Habicht J et al. (2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 21(6):421–431.
- Health Compulsory Insurance State Agency Latvia (2005). *Health Compulsory Insurance State Agency News, Nr. 14*. Riga, Health Compulsory Insurance State Agency Latvia (<http://www.voava.gov.lv/files/VOAVA%20vestis%20Nr14%20ENG.pdf>, accessed 5 April 2008).
- Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A (2004). *Health care systems in transition: Slovakia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hroboň P (2004). Zdravotnictví potřebuje nový model [Health care needs a new model]. *Zdravotnické Noviny [Medical News]*, ZDN/05(29 January):22.
- Ibraimova A et al. (2007). *Joint progress review: Manas Taalimi health reform programme, health financing component*. Bishkek, Report to the Government and the Joint Financiers.
- Jakab M et al. (2005). *Evaluating the Manas health sector reform (1996–2005): focus on health financing*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 31. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health ([http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing\\_E\\_PRP31.pdf](http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing_E_PRP31.pdf), accessed 23 February 2006).
- Koppel A et al. (2008). Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(1):1–230.
- Kulzhanov M, Rechel B (2007). Kazakhstan: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(7):1–158.
- Kuszewski K, Gericke C (2005). *Health systems in transition: Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56:171–204.
- Kutzin J (2003). *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 24. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/MyFiles/PER%20JK%20for%20PRP24.pdf>, accessed 23 February 2006).
- Kutzin J, Cashin C (2002). Health system funding. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press:92–107.
- Legislative Council Library (2008). *Table 1. Earmarking*. Hong Kong, Hong Kong Special Administrative Region of the People's Republic of China Legislative Council (<http://sc.legco.gov.hk/sc/library.legco.gov.hk/articles/1039343.29122/1.XLS>, accessed 28 March 2008).
- Meimanaliev A-S et al. (2005). *Health care systems in transition: Kyrgyzstan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- MHIF Kazakhstan (1999). *Report to the government on implementation of mandatory health insurance in Kazakhstan*. Almaty, Kazakhstan Mandatory Health Insurance Fund.
- Murauskienė L (2007). *Health care financing in Lithuania*. Unpublished document. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Nuri B, Tragakes E (2002). *Health care systems in transition: Albania*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- OECD (2000). *A system of health accounts*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Pažitný P (2004). Competitive health insurance: the experience from Slovakia. In: *The 6th Regional Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing*. Budapest, Semmelweis University Health Services Management Training Center.
- Rokosová M et al. (2005). *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sanigest (2005). *Administrative and institutional recommendations for improving revenue collection*. Technical report for the Social Insurance Technical Assistance Project, Federation of Bosnia and Herzegovina. Sanigest Internacional.
- Шевский В., Шейман И., Шишкин С. (2008). *Модернизация российского здравоохранения: 2008–2020. Концепция Государственного университета — Высшая школа экономики*. Москва, Издательство Высшей школы экономики.
- Шишкин С. (2000). *Реформа финансирования российского здравоохранения*. Москва, ТЕИС.
- Шишкин С. ред. (2006). *Системы финансирования и управления в субъектах Российской Федерации*. Москва, Поматур.
- Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M (2008). *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin\\_moldova.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin_moldova.pdf), accessed 15 June 2006).
- Слепнев А. и др. (2005). *Реформа здравоохранения: поиск решений. Менеджер здравоохранения*, 11.

Tragakes E, Lessof S (2003). *Health care systems in transition: Russian Federation*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.

Tragakes E et al. (2008). Latvia: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(2):1–251.

Vlădescu C, Scîntee G, Olsavszky V (2008). Romania: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(3):1–172.

Voncina L et al. (2006). Croatia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(7):1–106.

Voncina L, Dzakula A, Mastilica M (2007). Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80:144–157.

Voncina L et al. (2007). *Study on the sources of inefficiencies and fiscal deficits in the Croatian health care system*. Draft health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Division of Country Health Systems.

Võrk A, Saluse J, Habicht J (2009). *Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia 2000–2007*. Health financing technical report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e92592.pdf>, accessed 25 December 2008).

Wagstaff A, Moreno-Serra R (2007). *Europe and central Asia's great post-communist social health insurance experiment: impacts on health sector and labor market outcomes*. Policy Research Working Paper 4371. Washington, DC, World Bank Development Research Group.

World Bank (2005). *The Republic of Serbia: a policy agenda for a smaller and more efficient public sector*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2006). *Bosnia and Herzegovina: addressing fiscal challenges and enhancing growth prospects*. Report No. 36156-BiH. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region Poverty Reduction and Economic Management Unit.

WHO (2008) [web site]. *National health accounts, country information*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/>, accessed 31 March 2008).

WHO, World Bank, USAID (2003). *Guide to producing national health accounts*. Geneva, World Health Organization.

## Реформы в сфере объединения средств

*Joseph Kutzin, Sergey Shishkin,  
Lucie Bryndová, Pia Schneider, Pavel Hroboň<sup>49</sup>*

### А. Введение

Объединение средств является неотъемлемой частью финансирования здравоохранения, поскольку оно напрямую связано с одной из основных целей соответствующих реформ (и непосредственно отражается на системе здравоохранения в целом) — улучшение защиты от финансового риска, связанного с потреблением медицинских услуг. Опыт реформ в странах ЦЕ/ВЕКЦА предполагает необходимость выделения двух аспектов: (1) объединение средств как стратегическая цель (т.е. объединение рисков) и (2) объединение средств как инструмент политики (т.е. изменения в системе аккумулирования средств в системе здравоохранения). Более конкретно, основные положения системы объединения средств в системе финансирования здравоохранения (см. рис. 5.1) предполагают освещение следующих вопросов:

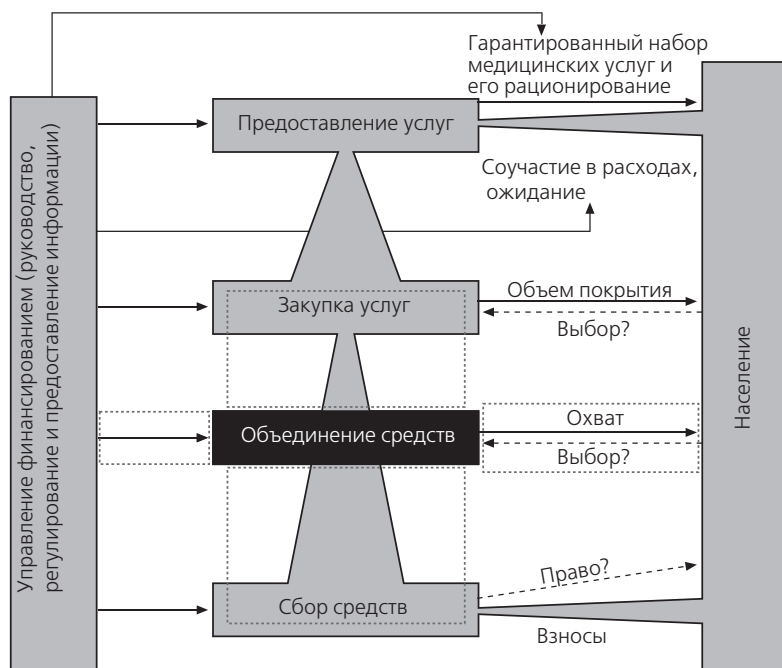
- механизмы распределения собранных ресурсов;
- взаимодействие с системой закупок;
- связь с населением с точки зрения охвата населения и права выбора;
- управление и правовая основа деятельности агентств по объединению средств.

Важным аспектом является *рыночная структура* объединения средств в каждой конкретной стране. К параметрам измерения рыночной структуры относятся количество пулов по отношению к численности населения, территориальная разьединенность или перекры-

<sup>49</sup> Авторы выражают свою благодарность Sheila O'Dougherty и Jack Langenbrunner за помощь при написании данной главы.

тие пулов, наличие или отсутствие конкуренции между ними, а также сущность любых механизмов перераспределения финансовых потоков между пулами (например, перераспределение средств на основе рисков). Иначе говоря, природа и степень фрагментации системы объединения средств оказывают непосредственное влияние на цели политики.

В данной главе мы постарались описать и проанализировать проведенные в странах ЦЕ/ВЕКЦА реформы в объединении средств, а также влияние этих реформ на достижение стратегических целей системы финансирования здравоохранения посредством изменения фрагментации пулов. К стратегическим целям, на уровень достижения которых может влиять система объединения средств, можно отнести финансовую защиту, справедливость в потреблении и распределении ресурсов здравоохранения, а также эффективность управления. Кроме того, мы уделяем внимание влиянию или связи с возможными изменениями эффективности организации системы здравоохранения, прямо или косвенно связанными с данными реформами, однако более подробно этот вопрос рассмотрен в главе 6. В следующей части этой главы кратко рассматриваются проводимые в странах ЦЕ/ВЕКЦА реформы системы объединения средств. Затем следует более подробный анализ их хода и результатов в некоторых странах. В завершающей части (D) мы пытаемся сформулировать некоторые выводы и уроки.



**Рис. 5.1.** Объединение средств и ключевые взаимодействия в системе финансирования здравоохранения

Источник: по материалам Kutzin 2001.

## **В. Обзор реформ в сфере объединения средств в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Начиная с 1990 г. почти все страны ЦЕ/ВЕКЦА провели реформы в сфере объединения средств, предназначенных для финансирования системы здравоохранения. Эти реформы включают в себя как обязательные, так и добровольные механизмы. Реформы в сфере добровольного объединения средств (внедрение или расширение ДМС) рассматриваются в главе 11. Таким образом, в этой главе мы ограничимся только сферой обязательного объединения средств.

Реформы в сфере обязательного объединения средств, вызванные необходимостью адаптации к рыночным структурам, были проведены практически во всех странах с переходной экономикой. В силу особенностей реализации реформ в каждом конкретном случае их сложно классифицировать. В целях данной главы мы выделяем два общих типа реформ рыночной структуры объединения: (1) создание одного или нескольких агентств по объединению средств, таких как ФОМС; и (2) либо централизация разобщенных до этого пулов, либо внедрение конкуренции между ними при учете корректировки рисков. Обзор этих реформ приведен в табл. 5.1.

Как видно из таблицы, начиная с 1990 г. реформы объединения средств были проведены почти во всех странах ЦЕ/ВЕКЦА. Во всех странах ЦЕ и в новых странах — членах ЕС, указанных в таблице, реформы включали в себя образование одного или нескольких ФОМС, организационно независимых (в разной степени) от прямого иерархического контроля со стороны государственной системы управления бюджетом и финансами. Однако создание новых агентств по объединению средств не всегда сопровождалось внедрением системы обязательного социального медицинского страхования на основе взносов. Например, армянское Государственное агентство здравоохранения (ГАЗ) и латвийское Государственное агентство обязательного медицинского страхования (несмотря на название) управляют бюджетными средствами, и в этих странах нет никакой связи между взносами и правом на гарантированные медицинские услуги. Подобно этому, в Грузии, несмотря на сохранение налогов на заработную плату, в них более не сохраняется процент, предназначенный на финансирование здравоохранения, и нет никакой связи между взносами и правом на гарантированные медицинские услуги. Однако в большинстве других случаев новые агентства создавались в контексте перехода от всеобщего охвата населения к системе предоставления гарантированного набора медицинских услуг на основе взносов («истинное» социальное медицинское страхование).

В бывших советских республиках, которые не вошли в состав ЕС, данная реформа получила большее разнообразие. Несмотря на то что в начале 1990-х гг. большинство из 12 стран приняли законы о введении ОМС, только в пяти из них дело дошло до реализации. Российская Федерация была первой (1993), затем последовали Грузия, Казахстан (правда, здесь ОМС просуществовало только три года), Кыргызстан и

Республика Молдова. В Армении также было создано независимое от МЗ государственное агентство для объединения всех бюджетных средств на национальном уровне. В Беларуси и на Украине были проведены незначительные изменения механизмов перераспределения ресурсов в пользу территориальных пулов, в Узбекистане же более серьезные изменения (объединение средств на *областном уровне*) происходят в настоящий момент.

Для всех этих стран (но в разной степени) ключевым аспектом реформ объединения средств была природа и масштаб усилий, направленных на координацию объединения бюджетных ассигнований с поступлениями от целевых налогов на заработную плату, предназначенных на ОМС. Связанные с этим вопросы включали в себя определение масштабов и природы «горизонтальной» фрагментации схем объединения (т.е. наличие одного или нескольких/децентрализованных фондов, отдельный подход к застрахованным и незастрахованным гражданам и т.д.) и «вертикальной» интеграции/разделения системы объединения с механизмами сбора, закупки и предоставления услуг. Вопросы конкуренции между фондами обсуждались во многих странах, однако такая система была внедрена только в Чешской Республике, Словакии и Российской Федерации.

**Таблица 5.1. Реформы обязательного объединения средств**

<p><b>ЕС</b></p>	<p>НФМС образован в 1999 г. в виде независимой публичной организации под трехсторонним управлением (работодатели, государство, застрахованные лица); обеспечение всеобщего охвата основано на гражданстве; амбулаторное обслуживание и часть стоимости стационарного обслуживания оплачивается из средств, объединенных в национальный пул с 28 региональными филиалами. Поначалу МЗ ограничивало использование национального пула (прямое бюджетирование) только на цели финансирования специализированных учреждений, университетских и региональных больниц, однако со временем НФМС расширил свою роль путем включения в свой пул средств, предназначенных для стационарного лечения в других стационарах. В 2004 г. муниципальные бюджеты здравоохранения были централизованы в рамках МЗ, и в течение двух лет обе организации — МЗ и НФМС — заключали контракты на оказание стационарной помощи. В 2006 г. полномочия НФМС были расширены, и он стал единым национальным агентством, ответственным за объединение средств для стационарной помощи</p>
<p>Чешская Республика (Новой 2003, 2004)</p>	<p>ОМС было внедрено в Чешской Республике в 1992 г. В отличие от типичной системы ОМС, право на получение гарантированного медицинского обслуживания базировалось и базируется не на взносах, а на факте постоянного проживания. Первоначально управление страхованием осуществлялось единым страховщиком (Всеобщая компания медицинского страхования, ВКМС), однако вскоре было образовано несколько конкурирующих между собой страховых компаний, имевших правовой статус независимых публичных организаций. Каждый страховщик собирает премии (в виде налога за заработную плату) независимо. В 1994 г. был введен механизм объединения средств в национальном уровне на базе простого механизма выравнивания рисков, который контролировался ВКМС. Примерно 70 % собранных средств (60 % собранных премий плюс в полном объеме отчисления из государственного бюджета за неработающих лиц) должны были перераспределяться между страховщиками. В 1995 г. общее число страховщиков выросло до 27, а к 2000 г. стало 9 компаний. С 2004 до середины 2006 г. постепенно внедрялись новые механизмы выравнивания на основе корректировки рисков, перераспределению подлежали все собранные средства (например, в один национальный пул), что соединяло более совершенную формулу предвартительной оценки и последующую частичную компенсацию дорогостоящих случаев</p>
<p>Эстония (Jesse et al. 2004; Couffinhal and Habicht 2005)</p>	<p>В соответствии с законами 1991 и 1994 гг. была образована Центральная больничная касса и изначально было 22, а к 1994 г. — 17 не конкурирующих между собой больничных касс на региональном/муниципальном уровне, отвечающих перед администрацией соответствующего уровня. В 2001 г. был издан закон, по которому Центральная больничная касса заменялась ЭФМС, а региональные больничные кассы были объединены и реорганизованы в 7 (позже их стало 4) региональных отделов ЭФМС. Новая организация получила правовой статус независимой публичной организации, управляемой трехсторонним Наблюдательным советом. Она стоит во главе национальной системы ОМС (в 2004 г. охват населения составлял 94 %). 2 % объединенных средств остается в распоряжении центрального пула на финансирование особо редких и дорогостоящих процедур. Распределение средств по региональным отделам ведется исходя из подушевой стоимости оказания всех услуг, за исключением стоимости услуг ВОП (последнее отражает специфичность методов оплаты ВОП)</p>
<p>Венгрия (Gaál 2004)</p>	<p>Единый пул средств для ОМС был образован в 1989 г., хотя, по сути, право на гарантированные медицинские услуги основано на факте проживания, а не на уплате взносов. В 1992 г. в качестве единого национального пула был образован НФМС. Основной целью реформы была организация управления фондом. Изначально он имел статус самоуправляемой организации, находившейся под руководством совета, в который входили выбранные работодатели и работники. Такая система просуществовала до 1998 г., когда контроль над ним был отдан непосредственно премьер-министру, затем, в 1999 г. — министерству финансов и, наконец, в 2001 г. — МЗ</p>



### Таблица 5.1. Реформы обязательного объединения средств

Латвия (Tragakes et al. 2008)	<p>В 1994 г. был образован ФСС, имевший децентрализованную структуру с 35 «фондами местных счетов», которые управляли отдельными пулами средств. В 1997 г. эти фонды были объединены в 8 больничных касс, которые получали от ФСС перечисления по подушевым нормативам, учитывавшим возраст застрахованных. В 1998 г. ФСС был переименован в Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию (ГАОМС). На охват услугами это не повлияло: как и до этого, система обеспечивает всеобщий охват, не привязанный к уплате взносов. Финансирование происходит из бюджета (изначально осуществлялось за счет определенного процента подоходного налога). В 2004 г. система снова претерпела изменения: 8 больничных касс были преобразованы в 5 территориальных отделений ГАОМС</p>
Литва (SPF 2007)	<p>В 1992 г. в качестве единого национального фонда был создан Государственный фонд пациентов (ГФП), подчиненный МЗ. В 1996 г., в соответствии с законом о медицинском страховании, ГФП переводится в подчинение правительству, а также организуется 10 территориальных филиалов ГФП (ТФП) по региональному принципу. В 2003 г. ГФП вновь переходит в подчинение МЗ, а количество ТФП сокращается до пяти</p>
Польша (Kuszewski and Gericke 2005)	<p>В 1999 г. организуется 16 региональных больничных касс и одна касса, обслуживающая военных и полицию. По закону 2003 г. объединение средств было централизовано в рамках единого Национального фонда здравоохранения</p>
Румыния (Baga, van den Heuvel and Maarse 2002; собственные материалы авторов)	<p>В 1998 г. вводится ОМС. Этому предшествовал закон 1997 г. об отходе от унаследованной системы бюджетного финансирования. В соответствии с ним 42 региональных фонда медицинского страхования (РФМС) собирали на местах налог на заработную плату, предназначенный на ОМС, затем заключали контракты с государственными и частными производителями медицинских услуг. Региональные фонды управляли средствами вместе с НФМС, который устанавливал правила и мог перераспределять до 25 % собранных средств финансово необеспеченным регионам. Однако такая система была признана недостаточно эффективной, и в 2004 г. сбор средств был централизован на национальном уровне. Остаются нерешенными вопросы о четком определении набора гарантированных медицинских услуг и о недостаточном охвате отдельных категорий населения (безработных, работников неформального сектора, сельскохозяйственных рабочих и т.д.). Это привело к дополнителным реформам 2006 г., сосредоточившимся на определении сокращенного набора гарантированных медицинских услуг</p>
Словения (Albreht et al. 2002)	<p>В 1992 г. по закону о здравоохранении и медицинском страховании в качестве ФОМС создается Институт медицинского страхования Словении (ИМСС), а также вводится система со-платежей за большинство гарантированных медицинских услуг. Страховые компании предложили дополнительное медицинское страхование для покрытия со-платежей, которые взимались социальным страхованием, и уже через несколько лет дополнительная страховка была у 96 % населения</p>
Словакия (собственные материалы авторов)	<p>Система ОМС была введена в 1992 г. первоначально под управлением единого страховщика. Вскоре после этого было разрешено создание конкурирующих некоммерческих страховых компаний. Каждый страховщик собирает премии (в виде налога на заработную плату) независимо. Количество страховщиков выросло до 12, но затем сократилось до пяти. Реформа 2004 г. привела к реорганизации страховых компаний из публичных организаций в акционерные общества, причём некоторые из них находились в собственности государства, а некоторые – в частной собственности. Все они подчиняются одним и тем же правилам (в том числе о банкротстве) и контролируются особым органом. Доля премий, подлежащих перераспределению, несколько раз менялась в диапазоне от 70 до 100 %. В момент написания данной главы около 90 % фактически собранных средств перераспределяются, хотя само перераспределение рассчитывается исходя из планируемого, а не фактического уровня поступлений (100 % того, что страховые компании должны были бы собрать исходя из оценок доходов застрахованного контингента). Это также способствует повышению конкуренции между страховщиками с точки зрения сборов платежей. В подушевую формулу перераспределения включаются половозрастные характеристики застрахованных. Компенсации дорогостоящих случаев постфактум не предусматриваются</p>

## Таблица 5.1. Реформы обязательного объединения средств

### Страны ЦЕ, не входящие в ЕС

Албания (Nuri and Traçakes 2002)	В 1995 г. образован Институт медицинского страхования (ИМС), представлявший собой автономный фонд социального и медицинского страхования. Он покрывает расходы только на услуги врачей первичного звена и некоторые лекарственные средства для амбулаторных больных. В 2000 г. пулы в регионе Тирана, получавшие бюджетное финансирование, были реструктурированы путем объединения функций финансирования и оказания медицинской помощи
Босния и Герцеговина (World Bank 2006a)	Объединение средств децентрализовано и представлено в виде 13 ФОМС: 1 в РС, 12 в ФБГ, организованных на региональном (кантональном) и муниципальном (Брчко) уровнях. В 2002 г. в ФБГ создается Федеральная фонд солидарности (ФФС), который выступает в роли пула средств на уровне организации для лечения «дорогостоящих» болезней, закупки дорогих лекарственных средств и иммунизации
Хорватия (World Bank 2004)	В 1993 г. издается закон об образовании Хорватского института медицинского страхования (ХИМС), который управляет единым национальным пулом средств. В 2002 г. по закону о медицинском страховании сокращается набор гарантированных медицинских услуг и увеличивается размер со-платежей, а также внедряется дополнительное ДМС со-платежей
БЮР Македония (Gjorgjev et al. 2006)	В 1991 г. по закону о здравоохранении создается ФОМС. Он представляет собой агентство под управлением МЗ, а его директор назначается правительством. По закону 2000 г. фонд преобразуется в независимое публичное агентство, управляемое советом директоров, в число которых входят представители ФОМС, МЗ, министерства финансов и потребителей. ФОМС имеет 30 филиалов, организованных на муниципальном уровне
Сербия и Черногория (World Bank 2005)	Начиная с 1992 г. власти Федеративной Республики Югославии приняли в республиках Сербия и Черногория законы о здравоохранении, по которым объединение средств на социальные страхование было централизовано и переведено с уровня общин (см. главу 2) на республиканский уровень, а также созданы республиканские ФМС для работы с местными производителями медицинских услуг. ФМС являются независимыми от МЗ организациями, имеющими филиалы на уровне муниципалитетов, которые отвечают за оказание услуг*

### Российская Федерация и наиболее западные бывшие советские республики

Беларусь (собственные материалы авторов)	Произошли некоторые очень значительные перемены относительно унаследованной от СССР системы, которые узаконили образование территориальных пулов
Республика Молдова (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008)	В 2004 г. вводится система ОМС под управлением НКМС, которая выступает в роли единого национального пула, финансируемого на две трети за счет бюджетных отчислений и на одну треть за счет налога на заработную плату. Роль районов/городов в объединении средств на здравоохранение сходит на нет
Российская Федерация (Shishkin 1999; Mathivet 2007)	В 1993 г. были созданы ФОМС на федеральном и региональном уровнях. Однако модели реализации ОМС значительно варьируют по регионам страны. Можно выделить три общих подхода: (1) регионы, полностью перераспределяющие средства конкурирующим частным страховщикам; (2) распределение средств через свои филиалы или прямая оплата поставщиков медицинской помощи; (3) смешанная система частных страховщиков и агентств. Таким образом, ранее децентрализованная система пулов, финансируемых из бюджета, была несколько централизована, но из-за того, что региональные и местные власти продолжают финансировать «свои» медицинские учреждения напрямую, возникли пересечения с пулами ОМС. Федеральный ФОМС проводит выравнивание финансовых условий ТФОМС на основе оценки риска, ТФОМС в свою очередь выделяют средства частным страховщикам с учетом корректировки на риск

\* Данные представлены для ситуации, имевшей место до отделения Черногории от Сербии.

### Таблица 5.1. Реформы обязательного объединения средств

Украина (Lekhan, Rudy and Shishkin 2007)	Сохраняется унаследованная от СССР структура административно децентрализованных и территориально пересекающихся пулов, финансируемых из бюджета, однако в 2001 г. внесение изменений в систему межправительственных финансовых отношений привело к изменению принципов регионального распределения средств, выделяемых на здравоохранение, переходу от старых нормативов на подушевую систему, учитывающую половозрастные характеристики населения региона
<b>Кавказ и Центральная Азия</b>	
Армения (World Bank 2006b)	В 1997 г. создается ГАЗ – частично независимая от МЗ структура, управляющая национальным пулом бюджетных средств, направляемых на обеспечение гарантированных государством медицинских услуг. В 2002 г. ГАЗ вошло в состав МЗ
Азербайджан (собственные материалы авторов)	Нет никаких изменений, за исключением небольших экспериментальных проектов по объединению средств на региональном уровне, предпринятых в рамках донорских проектов. В начале 2008 г. правительство одобрило введение ОМС и создание Государственного агентства обязательного медицинского страхования для его реализации
Грузия (собственные материалы авторов)	В 1995 г. введено ОМС (сначала Государственная корпорация медицинского страхования – ГКМС, затем Государственный объединенный фонд социального страхования – ГОФСС). Привязки между правом на услуги и взносами нет. С тех пор система претерпела множество изменений в плане охвата и организационной структуры. Отчисления из местных бюджетов на здравоохранение постепенно объединялись в единый пул ГКМС/ГОФСС. Хотя налог на заработную плату, предназначенный на ОМС, был в 2005 г. отменен, средства из местных и национального бюджетов по-прежнему объединяются в рамках ГОФСС, который превратился в один из департаментов МЗ
Казахстан (Cashin and Simidjyski 2000; Government of Kazakhstan 2004; собственные материалы авторов)	ОМС было введено в 1996 г., средства объединялись в пулы на областном уровне, однако были не скоординированы с системой объединения средств (и организации закупок) МЗ, в рамках которой объединялось бюджетное финансирование также на уровне областей. В 1998 г. ФОМС был реформирован. В некоторых областях, таких как Жезказганская, Семипалатинская и Карагандинская, с донорской поддержкой были запущены пилотные проекты по организации системы единого пула/агентства по закупкам. В период с 1999 по 2004 г. бюджеты здравоохранения были децентрализованы до районного уровня. В 2005 г. была подготовлена законодательная база для консолидации бюджетов или объединения всех бюджетных отчислений на здравоохранение на областном уровне, причем областные департаменты здравоохранения должны были выступать в роли единого плательщика, ответственного за покупку медицинских услуг. В национальном масштабе эта реформа была реализована в 2006–2007 гг.
Кыргызстан (Kutzin et al. 2002; Jakab et al. 2005; собственные материалы авторов)	ФОМС был организован в 1997 г. в виде национального пула, скоординированного до 2000 г. в рамках подхода «объединенных систем» свою деятельность с местными правительственными пулами (на областном и районном уровне). В 2001 г. начались работы по внедрению системы «единого плательщика» с объединением поступлений из районных и областных бюджетов в областных филиалах ФОМС (которые уже управляли поступлениями от налога на заработную плату и другими поступлениями, собранными на национальном уровне и перераспределенными из центра в области). В национальном масштабе реформа была завершена к 2005 г. В результате был создан финансируемый из бюджета фонд для всего населения каждой области, а также единый национальный фонд для застрахованных лиц, уплачивающих взносы, который представлял дополнительное страхование. Оба пула управлялись национальным ФОМС и его областными филиалами. В 2006 г. фонды, получившие финансирование из бюджета, были объединены на национальном уровне

**Таблица 5.1. Реформы обязательного объединения средств**

Таджикистан (собственные материалы авторов)	Каких-либо кардинальных реформ унаследованной от СССР системы предпринято не было, хотя одобренная президентом стратегия предполагает организацию объединения средств на областном уровне, реализацией которой должны заниматься единые агентства по закупке услуг и объединению средств в лице областных департаментов здравоохранения. Во время написания данной главы идет работа над пилотными проектами на районном уровне, подразумевающими объединение средств для первичной медицинской помощи и закупку услуг по принципу подушевой оплаты
Туркменистан (Ensor and Thompson 1998; Ibraimova and Shishkin 2003)	Никаких кардинальных реформ унаследованной системы финансирования предпринято не было. Бюджетное финансирование по-прежнему объединяется в пулы на уровне республики, велаятов и этрапов. В 1996 г. запускается правительственная программа «Добровольное медицинское страхование», которое в местном контексте сложно отличить от обязательного, особенно если речь идет об официально работающих и служащих. За счет этой программы на определенные услуги и товары (в том числе лекарственные препараты) предоставляются скидки. ДМС является национальной системой с единым пулом на государственном уровне и не связана с системой объединения средств (и закупки услуг), перечисляемых из бюджета
Узбекистан (Routh 2007; World Bank 2009)	В настоящее время реализуется постепенная реформа финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг. Первая фаза (сначала пилотный процесс, затем внедрение в национальном масштабе) затрагивала первичную медицинскую помощь в сельской местности. Средства на оказание первичной медицинской помощи в сельской местности поступают из районных бюджетов и объединяются на уровне области в областных департаментах здравоохранения, которые выступают в роли единых пулов и заказчиков услуг. Вторая фаза касается первичной медицинской помощи, предоставляемой в городах, и неспециализированных клиник. Она началась с объединения бюджетных поступлений, предназначенных на оказание первичной медицинской помощи в городах, на областном уровне. Однако изменения в системе оплаты больничных услуг пока что не реализованы, и средства, выделяемые на финансирование больниц, остаются разделенными по административному признаку, их финансирование осуществляется из соответствующих бюджетов областного и муниципального уровня
	<i>Примечания:</i> НФМС – Национальный фонд медицинского страхования (Болгария); МЗ – министерство здравоохранения; ВКМС – Всеобщая компания медицинского страхования (Чешская Республика); ЭФМС – Эстонский фонд медицинского страхования (Эстония); ФСС – Фонд социального страхования (Латвия); ГАОМС – Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию (Латвия); ГФП – Государственный фонд пациентов (Литва); ТФП – Территориальный фонд пациентов (Литва); РФМС – Региональный фонд медицинского страхования (Румыния); ИМСС – Институт медицинского страхования Словении; ИМС – Институт медицинского страхования (Албания); РС – Республика Сербская; ФБГ – Федерация Боснии и Герцеговины; ФФС – Федеральный фонд солидарности (Босния и Герцеговина); ХИМС – Хорватский институт медицинского страхования; ФОМС – Фонд обязательного медицинского страхования (БЮР Македония); ФМС – фонд медицинского страхования; НКМС – Национальная компания медицинского страхования (Республика Молдова); ФОМС – Фонд обязательного медицинского страхования (Российская Федерация, Казахстан, Кыргызстан); ТФОМС – Территориальный ФОМС (Российская Федерация); ГАЗ – Государственное агентство здравоохранения (Армения); ГОФСС – Государственный объединенный фонд социального страхования (Грузия); ГКМС – Государственная корпорация медицинского страхования (Грузия); БЮР Македония – бывшая югославская Республика Македония.

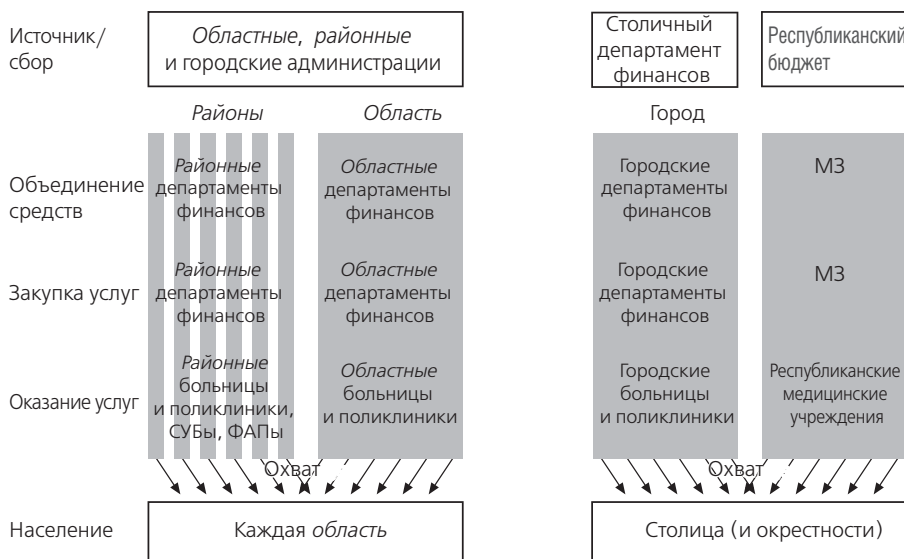
## С. Реализация некоторых реформ в сфере объединения средств: описание и анализ

В этом разделе мы постарались дать подробный анализ реформ в сфере объединения средств в некоторых странах ЦЕ/ВЕКЦА, который позволил нам извлечь определенные уроки.

Приведенные примеры организованы в соответствии с двумя описанными выше общими категориями реформ рыночной структуры объединения средств. Анализ нацелен на описание механизмов реализации реформ (в том числе взаимодействие с другими аспектами системы, как показано на рис. 5.1) и оценку их результатов с точки зрения достижения поставленных целей в области финансирования здравоохранения и, прежде всего, за счет влияния на фрагментацию объединяемых средств.

### i. Решение проблемы фрагментации посредством создания новых агентств по объединению средств

Инициаторы реформ в странах с переходной экономикой видели несколько плюсов от введения системы ОМС. Предполагалось, что введение системы ОМС позволит достичь более высокого уровня финансирования, будет способствовать улучшению подотчетности, повышению эффективности и качества, что может быть достигнуто за счет стимулов, создаваемых новыми системами оплаты производителей медицинских услуг, и разделения функций закупки и оказания услуг. Эти надежды основывались на том, что введение ОМС должно было стать инструментом для решения базовых проблем эффективности и справедливости финансирования, уходящих корнями в доставшуюся из прошлого фрагментированную систему финансирования здравоохранения (см. главу 2). Опыт внедрения ОМС в странах с низким и средним доходом, однако, показывает, что оно может усугублять неравенство и может порождать дублирование за счет создания отдельных фрагментированных систем финансирования (и зачастую предоставления услуг) для застрахованных и незастрахованных категорий населения (Kutzin 1997; Londoño and Frenk 1997; Lloyd-Sherlock 2006; Kutzin 2007; Savedoff 2004). В условиях относительно низкого уровня официальной занятости часто распространенный подход «начального страхования» занятых в официальном секторе может лишь усугубить существующее неравенство, поскольку занятые в формальном секторе, как правило, имеют более высокие доходы и, как следствие, имеют определенные преимущества в доступе к медицинской помощи. Изначально охваченные страхованием лица могут использовать свое положение и влияние не на расширение охвата всего населения страхованием (как это происходило в течение долгого времени в Германии и Японии), а на увеличение набора предоставляемых им услуг и получение больших государственных субсидий. В результате создаются параллельные системы здравоохранения, которые еще больше усиливают неравенство



**Рис. 5.2.** Функции финансирования здравоохранения и система охвата населения в СССР

Источник: по материалам Kutzin et al. 2002.

Примечания: МЗ — министерство здравоохранения; ФАП — фельдшерский акушерский пункт; СУБ — сельская участковая больница.

(поскольку системы социального медицинского страхования финансируются обычно лучше систем МЗ) и структурную неэффективность (в силу того, что обе системы — ОМС и МЗ — вынуждены поддерживать не только свои собственные финансовые органы, но и в некоторых случаях собственные системы оказания медицинской помощи).

В отличие от пути, по которому шел изначально весь остальной мир, многие страны с переходной экономикой (возможно, неосознанно) с самого начала планировали объединить не осуществляющие взносы категории населения и официально занятых в одну группу. То, до какой степени эти планы действительно удалось реализовать на практике, а также степень координации между бюджетными поступлениями и поступлениями от налога на заработную плату, в значительной мере зависели от конкретной страны.

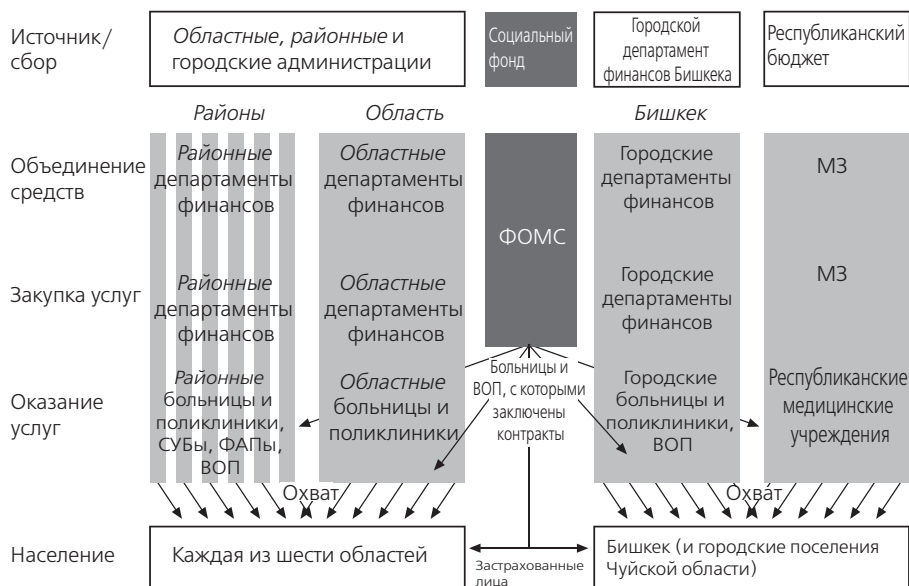
**Первоначальные попытки Российской Федерации трансформировать систему Семашко.** Как описано в главе 2 и в упрощенном виде представлено на рис. 5.2, система финансирования здравоохранения в СССР характеризовалась фрагментированными, вертикально интегрированными системами финансирования и оказания медицинской помощи, определяемыми в соответствии с уровнями управления. В связи с тем, что административно-территориальные уровни пересекаются (например, в состав областей входят районы/города), то охват и финансирование систем здравоохранения также пересекаются. Результатом этого являлось дублирование инфраструктуры системы оказания медицинской помощи и ограничение возможности объединения рисков

на определенном уровне государственного финансирования, так как невозможно было осуществлять перекрестное субсидирование разных административных уровней. Внедрение в Российской Федерации в 1993 г. системы ОМС предполагало создание территориального (т.е. *областного*) пула средств, поступающих в виде налогов на заработную плату и платежей из региональных и местных бюджетов на страхование неработающего населения. Однако внедрение закона об ОМС осуществлялось в децентрализованной форме, что привело к большому разбросу реальных размеров бюджетных платежей на страхование неработающего населения, поступающих в ТФОМС. Например, в 2004 г. соотношение средств ОМС к бюджетным средствам, выделяемым на финансирование медицинских учреждений, варьировалось от 16:84 в Коми-Пермяцком автономном округе до 95:5 в Самарской области (Шишкин 2006). В связи с тем, что большинство региональных и местных властей сохраняли прямое бюджетное финансирование подчиненных им медицинских учреждений, новая система ОМС не заменила унаследованную систему объединения средств, а стала существовать параллельно ей. При этом зачастую отсутствовала координация финансовых потоков между этими системами (Shishkin 1999). Как описано в главе 4, недолго просуществовавшая в Казахстане система ОМС испытывала те же проблемы координации между территориальными фондами и местными властями (Cashin and Simidjiyski 2000).

**Кыргызстан: ОМС как агент перемен для системы.** Реформы объединения средств в Кыргызстане можно разделить на три основных периода: (1) организация ФОМС Кыргызстана в 1997 г.; (2) введение и реализация в национальном масштабе системы «единого плательщика» на *областном уровне*, предусматривавшей управление ФОМС бюджетными средствами (2001–2005 гг.); и (3) в 2006 г. объединение бюджетных средств на национальном уровне под управлением ФОМС. Постепенная реализация этих реформ была призвана решить многие фундаментальные проблемы унаследованной системы финансирования.

С 1997 по 2000 г. ФОМС выступал в роли «традиционного» фонда, который объединял обязательные взносы на страхование работающего населения, а также взносы на страхование определенных категорий не платящих взносов граждан (платежи из пенсионного фонда и фонда страхования от безработицы на страхование соответствующих групп населения, а с 2000 г. — средства из центрального бюджета на страхование детей до 16 лет). Однако некоторые решения, принятые еще до реализации этих программ, отличали киргизские реформы от реформ в других странах с низким и средним уровнем дохода. Одним из них было то, что ФОМС не должен был закупать медицинские услуги, включенные в гарантированный набор услуг для застрахованных лиц, а должен был использовать свои ограниченные средства<sup>50</sup> для до-

<sup>50</sup> Несмотря на то что охват услугами, финансируемыми за счет ФОМС, вырос с 30 (в 1999 г.) до 70 % за счет включения в 2000 г. в число застрахованных детей, в распоряжении фонда находилось только порядка 10 % средств. Около 90 % средств оставались в распоряжении старой системы, управлявшейся местными правительствами и центральными министерствами (Kutzin et al. 2002).



**Рис. 5.3.** Финансирование здравоохранения и система предоставления медицинских услуг в Кыргызстане, 1997–2000 гг.

Источник: по материалам Kutzin et al. 2002.

Примечания: МЗ – министерство здравоохранения; ФАП – фельдшерский акушерский пункт; СУБ – сельская участковая больница; ВОП – врачи общей практики; ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования.

полнительных выплат финансируемым из бюджета стационарным и амбулаторным учреждениям за оказание услуг застрахованным гражданам. Другим решением было планирование и реализация ясного и четкого подхода для минимизации конфликтов и дублирования между (1) ФОМС и его территориальными департаментами и (2) МЗ и областными департаментами здравоохранения. Еще одним аспектом этого «подхода совместных систем» было внедрение единой унифицированной информационной системы для больниц, охватывавшей всех пациентов независимо от наличия страховки. Эти особенности вместе с изначально запланированным включением в систему страхования не платящих взносы лиц позволили Кыргызстану избежать при внедрении ОМС возникновения параллельных систем финансирования здравоохранения. Однако, как показано на рис. 5.3, в существующую децентрализованную бюджетную систему не было внесено изменений, и, следовательно, в начальный период реформы не были решены базовые проблемы фрагментации и дублирования унаследованной системы финансирования (Kutzin et al. 2002).

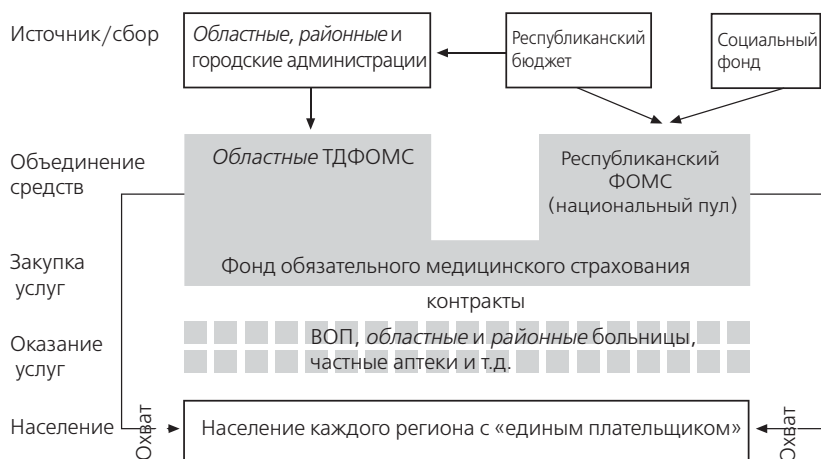
В 2001 г. в двух областях началось проведение более фундаментальных реформ. Среди их основных задач были аккумуляция всех местных (районных, городских и областных) бюджетов здравоохранения в территориальных департаментах ФОМС и прекращение вертикальной интеграции между покупателями и производителями медицинских услуг. Это означало, что ФОМС (посредством своих тер-



риториальных департаментов) управлял территориальным пулом средств, поступавших из бюджетов каждой *области*, а также продолжал управлять национальным пулом, обслуживавшим застрахованное население. Эта реформа была инициирована МЗ вслед за решением правительства упразднить *областной* уровень многих министерств, и следовательно, она проходила в четкой координации МЗ и ФОМС. Несмотря на то что ФОМС управлял *областным* пулом средств местных бюджетов (для всего населения *области*) и национальным пулом «страховых денег» для застрахованных лиц, он в обоих случаях использовал одни и те же методы закупок и выступал для производителей в роли «единого плательщика». Как показано на рис. 5.4, реформа «единого плательщика» позволила полностью устранить дублирование в системе финансирования, оказания медицинской помощи и охвата, существовавшее в *областях*. В 2002 г. эта реформа была проведена еще в двух *областях*, а к концу 2004 г. — в национальном масштабе (Jakab et al. 2005).

Принятый в 2004 г. закон о фискальной децентрализации упразднил *области* и *районы* в качестве административных бюджетных единиц и поставил Кыргызстан перед выбором: либо централизовать все бюджетные средства, предназначенные на здравоохранение, на республиканском уровне, либо к началу 2006 г. кардинально децентрализовать их и передать в ведение поселковых советов и муниципалитетов (Kutzin, O'Dougherty and Jakab 2005). После внутриведомственных дебатов (а также политической революции 2005 г.) было принято решение в пользу централизации бюджетов здравоохранения на уровне республики.

Реформа «единого плательщика» привела к значительному прогрессу в достижении основных стратегических целей, таких как эф-



**Рис. 5.4.** Системы финансирования и поставки услуг на областном уровне в рамках реформы «единого плательщика», 2001–2005 гг.

Источник: по материалам Kutzin et al. 2002.

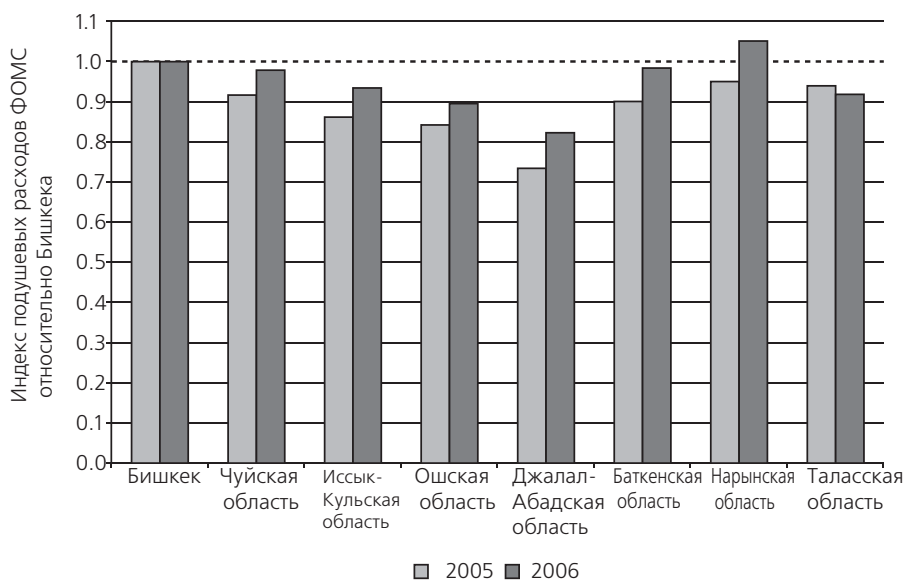
Примечания: ФОМС — фонд обязательного медицинского страхования; ВОП — врачи общей практики; ТДФОМС — территориальные департаменты ФОМС.

фективность системы оказания медицинских услуг, эффективность управления, прозрачность, справедливость в доступе к услугам и в распределении финансирования (Jakab et al. 2005).

Важное значение для такого успеха имела трансформация системы объединения средств, однако из-за природы этих реформ невозможно, да и бессмысленно говорить, что она стала единственной причиной удачи. Реформа в сфере объединения средств была необходимым условием для стимулирования сокращения инфраструктуры системы оказания медицинской помощи и уменьшения постоянных расходов, что было достигнуто с помощью реформы закупок (см. главу 6). Снижение количества дублируемых функциональных обязанностей в рамках объединения средств и закупки услуг, которое произошло с внедрением системы «единого плательщика», также напрямую повлияло на рост эффективности управления в системе финансирования (снижение административных издержек на душу населения, застрахованного ФОМС, — см. see Kutzin and Murzalieva 2001). Кроме того, централизация объединения средств в 2006 г. в совокупности с принятой ранее системой оплаты производителей по результатам деятельности позволили сократить региональное неравенство в подушечном государственном финансировании здравоохранения (см. рис. 5.5).

**Республика Молдова: стремительные перемены.** В 2004 г., после шести месяцев пилотной работы в одном из регионов, в Республике Молдова была внедрена национальная система ОМС. В основе ее реализации лежало изменение роли бюджетного финансирования, поскольку теперь средства местных бюджетов централизовались и направлялись в НКМС на страхование определенных групп населения, объединяясь со средствами, поступавшими за счет нового налога на ОМС (4 % от заработной платы). Уникальным в этой системе, в которой право на обслуживание зависит исключительно от уплаты взносов, возможно, является то, что примерно две трети средств в распоряжении НКМС поступали в 2004 г. из бюджета, и только одна треть — за счет налога на заработную плату. Централизация всего государственного финансирования здравоохранения и разделение функций закупки и оказания услуг позволили реформе полностью искоренить унаследованную от старой бюджетной системы фрагментацию. По аналогии с Кыргызстаном в 2006 г., централизация объединения вместе с отходом закупки услуг по принципу содержания медицинских учреждений, предусматривающему финансирование на основе имеющихся ресурсов, привели к большему равенству в региональном распределении государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения (см. рис. 5.6). Отношение максимальных подушечных расходов к минимальным по *регионам* снизилось с 4,6 в 2003 г. до 3,5 раза в 2004 г. Если же исключить два самых больших и хорошо финансируемых города, то (как показано на графике) эти показатели будут составлять соответственно 2,9 и 2,4 раза (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008).

Основным недостатком молдавской реформы страхования, а следовательно, и основной проблемой, которую надо было решать, было то, что



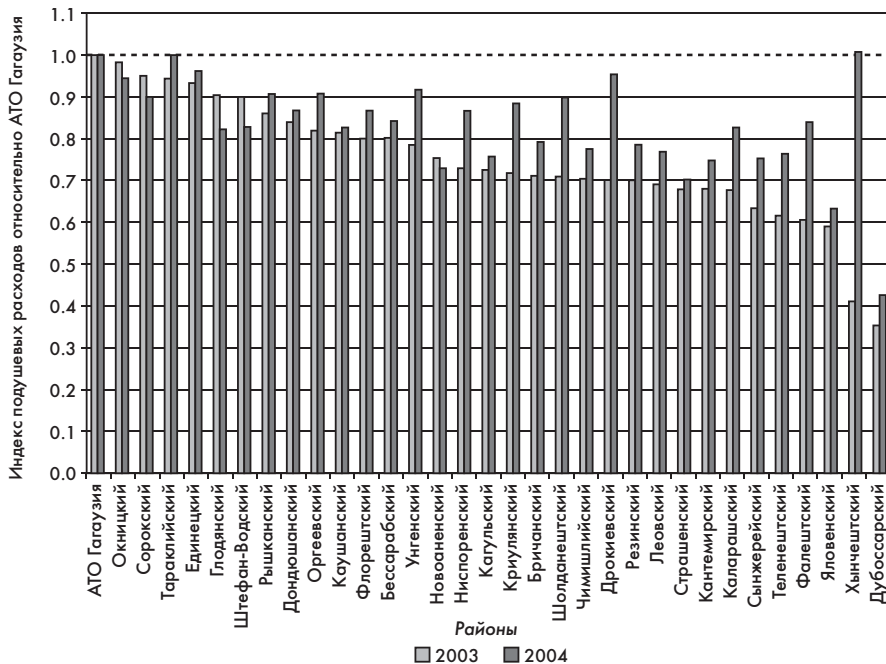
**Рис. 5.5.** Эффект внедрения централизованного объединения бюджетных средств на региональное выравнивание подушевых государственных расходов на здравоохранение, Кыргызстан, 2005–2006 гг.

Источник: Government of Kyrgyzstan 2006, 2007.

Примечание: ФОМС – фонд обязательного медицинского страхования.

фундаментальное изменение прав на получение гарантированных медицинских услуг (с факта проживания/гражданства на факт уплаты взносов) привело к появлению незастрахованного населения. В эту группу входили, прежде всего, самозанятые в сельском хозяйстве, сфере услуг и мелкой торговле, а также работающие в неформальном секторе. По оценкам, только 7,5 % представителей этих категорий уплачивали взносы, и в 2005 г. около 26 % молдаван оставались незастрахованными. Система финансирования предполагает определенную помощь незастрахованным, в управлении НКМС для этих целей находится отдельный пул, объединяющий поступления из национального бюджета и собственные средства НКМС (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008). Однако сама реформа явилась причиной появления новой формы фрагментации.

По международным стандартам реализация этой реформы прошла довольно быстро. Это стало возможным благодаря высокому уровню консенсуса и согласованности действий, четкому политическому руководству в лице министра здравоохранения (что интересно, поскольку цель реформы как раз и состояла в том, чтобы устранить МЗ от прямого иерархического контроля), а также технической и политической поддержке со стороны международных организаций, особенно на ранних этапах реформы. Столь стремительному проведению реформ также способствовало одновременное проведение мероприятий: создание НКМС, введение нового налога на заработную плату на медицинское страхование и централизация бюджетных отчислений на здравоохра-



**Рис. 5.6.** Эффект внедрения централизованного объединения средств в Республике Молдова, 2004 г.

Источник: Shishkin, Kacevicius and Ciocanu 2008.

нение с районного на республиканский уровень (Shishkin, Kacevicius and Ciocanu 2008).

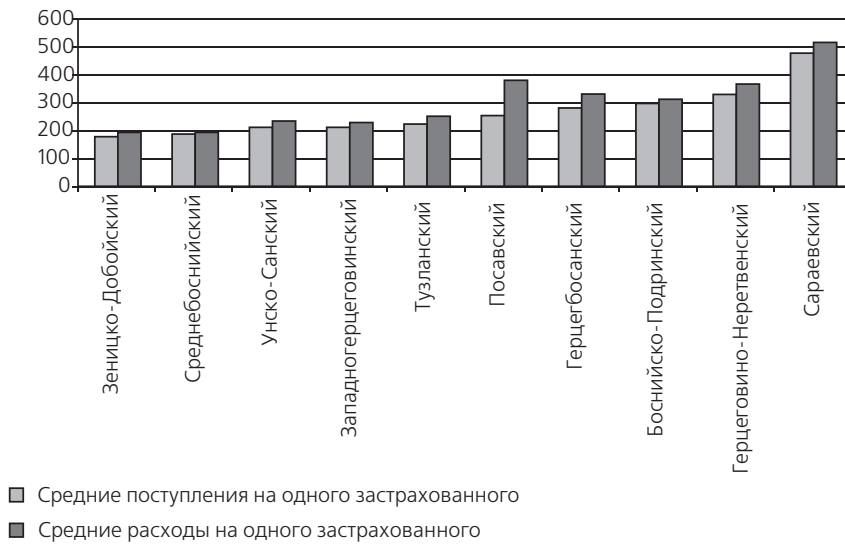
**Босния и Герцеговина: ограниченные меры по образованию пула катастрофических рисков в контексте политической децентрализации.** Политическая разобщенность привела к фрагментации системы здравоохранения: в стране, население которой составляет 3,9 млн человек, существует 13 ФМС, в том числе центральный ФМС в Республике Сербской, страховой фонд в округе Брчко, 10 региональных (на уровне кантона) ФМС и Федеральный фонд солидарности (ФФС) в Федерации Боснии и Герцеговины. В результате в 2004 г. количество членов этих фондов колебалось от 35 000 в самом маленьком из региональных фондов до более 400 000 — в ФМС кантона Сараево и 1,1 млн человек — в ФМС Республики Сербской. Четыре региональных фонда насчитывали менее 100 000 человек. Это контрастирует с Кыргызстаном, где на 5,3 млн человек функционирует единственный ФОМС, или с Республикой Молдова — единая НКМС обслуживает 4,2 млн человек.

Наличие множества небольших пулов, разница в размерах взносов<sup>51</sup>, социально-экономическая ситуация в стране, а также отсутствие системы перераспределения средств между территориальными

<sup>51</sup> К примеру, фермеры (которые платят либо 10 % от минимальной заработной платы, либо твердую сумму в некоторых кантонах), пенсионеры, безработные, инвалиды войны и пользующиеся добровольным страхованием.

пулами — все это вместе не могло не привести к пагубным последствиям. Большое количество маленьких пулов означало высокий уровень персонала на каждого застрахованного жителя, а значит, неэффективное управление в масштабе системы. Невозможность перераспределения средств означала то, что размер каждого пула соответствовал скорее платежеспособности населения соответствующей территории, чем потребности населения в медицинской помощи. Еще больше это усугублялось бюджетными перечислениями в фонды, которые отражали финансовое положение территории или кантона, а не компенсировали социально-экономические различия между ними. Результатом подобных реформ стало региональное неравенство в распределении ресурсов (рис. 5.7), что, в свою очередь, фактически привело к разным региональным наборам гарантированных медицинских услуг для застрахованных лиц. Некоторые региональные фонды оплачивают только ограниченный круг услуг вторичной помощи и включают услуги третичной помощи, вынуждая пациентов оплачивать эту помощь за счет собственных средств. Более бедные кантоны устанавливали более высокий уровень со-платежей, чтобы собрать дополнительные средства на здравоохранение. Это приводило к росту финансовых барьеров в доступности к медицинской помощи. Последствиями этого явились региональное (и, возможно, связанное с ним социально-экономическое) неравенство в финансировании здравоохранения и доступе к медицинским услугам, а также неравенство в распределении финансовой защиты (World Bank 2003). Небольшой объем средств являлся угрозой финансовой стабильности региональных ФМС, каждый из которых в 2003 г. испытывал дефицит (World Bank 2006a). Одним словом, фрагментация системы явилась одной из причин высокой доли личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи в общих расходах на здравоохранение по отношению к высокому уровню государственных расходов на здравоохранение в ВВП (см. главу 3).

В 2002 г. в Федерации Боснии и Герцеговины, несмотря на политические ограничения по объединению средств из разных кантонов, был организован ФФС. Этот фонд получает 8 % всех отчислений от налога на заработную плату, остальные 92 % распределяются по 10 региональным ФМС. ФФС оплачивает дорогостоящее лечение по отдельным заболеваниям и приобретает дорогие лекарственные препараты. С 2004 г., по данным ФФС, количество пациентов, имеющих доступ к его услугам, постоянно растет. Рост доступности отражается в увеличении числа пролеченных в результате создания центрального пула средств для дорогостоящего лечения, а также централизованного заключения ФФС контрактов со стационарами на оказание подобного лечения. Однако необходимо заметить, что несмотря на факт роста доступности, его масштабы лимитированы. Для достижения еще большего успеха, например включения всей стационарной помощи, сложившийся уровень отчислений в ФФС в размере 8 % необходимо будет значительно увеличить (World Bank 2006a).

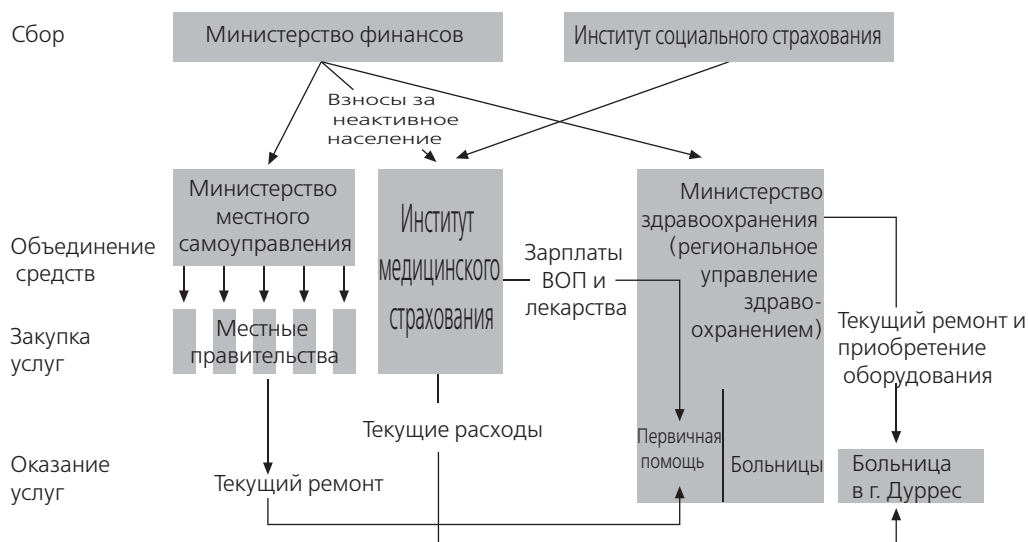


**Рис. 5.7.** Доходы и расходы на одного застрахованного в различных фондах медицинского страхования, конвертируемые марки (KM), 2003 г.

Источник: Federal Solidarity Fund BiH 2004.

**Албания: непоследовательность в объединении средств и неопределенная отчетность о деятельности.** В 1995 г. в Албании был создан Институт медицинского страхования (ИМС) — независимое публичное агентство, целью которого был сбор дополнительных средств для системы здравоохранения и повышение уровня справедливости и эффективности системы посредством эффективного использования закупок. Несмотря на первоначальное желание сделать ИМС единым плательщиком, объединение средств в албанской системе здравоохранения остается фрагментированным. Создание и последующее развитие ИМС не было должным образом согласовано с прочими действиями по объединению государственных средств и закупке медицинских услуг. Фрагментация системы представлена на рис. 5.8. Несколько агентств объединяют средства: ИМС объединяет средства на заработную плату врачей и оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении<sup>52</sup>; МЗ оплачивает услуги прочего персонала и текущие расходы первичной помощи и большинства стационаров; местные правительства отвечают за приобретение оборудования и содержание зданий учреждений первичной помощи. Таким образом, очевидна фрагментация объединения средств для финансирования первичной помощи и, поскольку это интегрировано с закупкой, системе не хватает соответствующего финансового механизма, направленного на повышение эффективности и качества. Фрагментация объединения средств (и закупок) по уровням медицинской помощи также препятствует эффективной ее координации (Nuri and Tragakes 2002; Couffinal and Evetovits

<sup>52</sup> В пилотном регионе (Дуррес) ИМС также объединяет средства для закупки стационарной помощи.



**Рис. 5.8.** Фрагментация системы финансирования здравоохранения Албании, 2004 г.

Источник: по материалам Couffinhall and Evetovits 2004.

Примечание: ВОП – врачи общей практики.

2004). Причем эта фрагментация существует, несмотря на то что ИМС и МЗ объединяют средства на национальном уровне. Хотя объединение средств на национальном уровне, по меньшей мере, должно способствовать справедливости распределения ресурсов здравоохранения, однако до сих пор остаются значительные региональные вариации в их подушевом распределении. Данные за 2004 г. показывают, что чем ниже уровень бедности данного региона, тем выше подушевой уровень отчислений из всех государственных источников. Это показывает, что одного только факта национального объединения средств недостаточно для повышения справедливости системы, а также то, что механизмы сочетания объединения средств и закупки, применяемые в Албании, не способствовали достижению равенства и финансовой защищенности (World Bank 2006с).

ii. Реформы рыночной структуры пулов: централизация, консолидация и конкуренция

В тех странах, где были организованы независимые (в разной степени) агентства по объединению средств или была изменена роль уже существующих агентств, основная тема реформ заключалась в изменении рыночной и/или административной структуры этих агентств. Этот процесс происходил в трех направлениях: консолидация ранее независимых друг от друга агентств и уменьшение их общего числа вплоть до единого фонда; изменение ролей некоторых существующих агентств; создание существующему централизованному единому фонду конкурентной среды в виде других страховых фондов для застрахованных.

**Централизация и переход от отдельных региональных пулов к административным филиалам.** В начале 1990-х гг. в большинстве стран ЦЕ под лозунгом внедрения «медицинского страхования» появились новые агентства по объединению средств и закупке услуг от имени населения<sup>53</sup>. Часто вначале появлялось несколько таких агентств/фондов. В некоторых случаях это было единое агентство с территориальными отделениями, в других — процесс объединения средств был делегирован территориальным фондам (децентрализованно было не только управление фондами, но и, собственно, финансовые риски). Многие страны, начавшие с создания нескольких отделений или фондов, постепенно пришли к их централизации, а в странах, где объединение средств было децентрализовано, территориальные больничные кассы преобразовывались в территориальные филиалы национального фонда. Через такой процесс прошли все страны Балтии.

Закон о медицинском страховании *Эстонии* 1991 г. (вместе с сопутствующим законом 1994 г. об организации системы оказания медицинских услуг) дал начало организации системы ОМС, в основе которой лежали несколько больничных касс в виде независимых публичных агентств на уровне регионов и больших городов. Из-за проблем, связанных с небольшим размером этих фондов (таких как сложности с поиском достаточного количества квалифицированного персонала для большого количества маленьких фондов, недостаточный уровень сборов в более бедных регионах и т.д.), в 1994 г. было принято решение о создании Центральной больничной кассы, которая бы координировала деятельность 22 региональных касс. В 2001 г. Центральная больничная касса уступила место ЭФМС, а территориальные кассы были преобразованы в четыре региональных департамента ЭФМС. ЭФМС управляет единым пулом, но делегирует департаментам бюджеты для управления. Такой централизованный подход к объединению средств создает условия для более эффективной деятельности по закупке услуг и распределению рисков для страны с населением в 1,3 млн человек<sup>54</sup>. Хотя и сложно установить истинную причину, одно несомненно: ЭФМС эффективно исполнял свои функции по перераспределению тех небольших средств, которые находились в его распоряжении, а также по защите населения от финансового риска. Данные ЭФМС 2003 г. (приведенные в Couffinhall and Nabicht 2005)

<sup>53</sup> В некоторых случаях (например, в Латвии, Литве, Польше и Румынии) эти фонды не были истинными «фондами социального медицинского страхования», поскольку население, обслуживаемое каждым из этих агентств, имело право на услуги на базе проживания или гражданства, а не зависело от взносов застрахованных лиц (или перечисленных за них).

<sup>54</sup> Из-за тесной связи между структурами объединения средств и покупательной способностью системы эти аспекты довольно сложно (а с точки зрения реализации даже не всегда оправдано) разделить. Хотя и очевидно, что структура, объединяющая средства в рамках единого агентства, будет иметь большую покупательную способность, чем несколько разрозненных пулов (особенно в странах с небольшим населением, как в прибалтийских республиках), неясно, можно ли с уверенностью сказать, что централизация пулов является «необходимым условием» для повышения покупательной способности (это условие, несомненно, не является достаточным).



показывают, что на 1 % застрахованного населения приходилось 29 % стоимости оплаченных услуг, а на 5 % населения — 54 %. Такое распределение согласуется с предположением, что наиболее нуждающиеся получают наибольшее количество ресурсов ЭФМС. Кроме того, учитывая относительно низкую долю личных платежей пациентов в общих расходах на здравоохранение и небольшое количество случаев катастрофических расходов, приводящих к обнищанию, можно сделать вывод, что ЭФМС предлагает населению эффективную финансовую защиту<sup>55</sup>.

Может показаться удивительным тот факт, что централизация в таких маленьких странах, как три балтийских республики (в Латвии и Литве тоже поначалу было несколько маленьких децентрализованных пулов, которые со временем были консолидированы и превращены в департаменты общенациональных агентств), вообще вызывала вопросы, поскольку необходимость консолидации функций объединения средств и управления может показаться очевидной. Однако изначально, при вступлении в переходный период, упор делался на локальный контроль над ресурсами, и здравоохранение не осталось в стороне. Только со временем и с опытом даже эти небольшие страны смогли начать консолидацию. Централизация объединения средств произошла также и в некоторых более крупных с точки зрения населения государствах. В 1999 г. в Польше было образовано 16 региональных больничных касс, которые в 2003 г. были объединены в единый Национальный фонд здравоохранения. Помимо прочих недостатков, для всех 16 касс был характерен различный уровень финансирования, причем кассы, расположенные в более богатых регионах, могли предоставлять больше средств, чем расположенные в регионах с более низким уровнем дохода и более высокой безработицей. Несмотря на наличие механизма, позволявшего производить некоторое перераспределение средств между кассами, разница в подушевых расходах «самой богатой» и «самой бедной» касс росла и в 2002 г. достигла более чем 25 % (Kuzewski and Gericke 2005). Таким образом, используемый механизм перераспределения был недостаточным, чтобы предотвратить негативный эффект децентрализованной системы объединения средств на равенство.

**Реструктуризация в рамках системы государственного финансового управления.** Казахстан и Узбекистан пошли по другому пути централизации и изменения рыночной или административной структуры агентств, участвовавших в объединении средств и закупке услуг. Вместо создания новых агентств и последующей их консолидации, эти страны изменили роли существующих агентств здравоохранения и отношения между ними. В советское время объединение средств и закупка услуг существовали на уровне МЗ, областных, городских и районных департаментов здравоохранения. Как в Казахстане, так и в

<sup>55</sup> К сожалению, согласно имеющимся данным, хотя эстонская система и предлагает хорошую финансовую защиту в сравнении с другими странами, имеющими схожие уровни среднего дохода и государственных расходов на здравоохранение, степень этой защиты с 1996 г. постоянно снижается. Это снижение происходит параллельно уменьшению доли общих государственных расходов на здравоохранение в % от ВВП и росту доли личных платежей пациентов в расходах на здравоохранение (Habicht et al. 2006).

Узбекистане консолидация бюджетов и объединение средств было организовано на *областном* уровне, причем областной департамент выступал в роли единого плательщика и управлял *областным* пулом<sup>56</sup>. Городские и *районные* департаменты сохраняют функции по определению политики и предоставлению услуг, однако больше не отвечают за объединение средств и закупки. Такие изменения способствовали выравниванию подушевых расходов на здравоохранение в пределах *областей*, создали условия для реформирования системы оказания услуг, а также способствовали росту эффективности за счет сокращения дублирования в системе здравоохранения на разных административных уровнях (Katsaga and Zues 2006; Routh 2007).

**Конкуренция и распределение на основе риска в Чешской Республике.** Чешская Республика вскоре после «бархатной революции» 1989 г. вернулась к своим довоенным корням системы страхования Бисмарка, восстановив систему социального страхования. Среди основных причин этого было увеличение притока денежных средств в систему здравоохранения и желание сделать финансирование независимым от государственного бюджета, но зависящим от экономического роста (Massaro, Nemes and Kalman 1994). В 1992 г. была образована Всеобщая компания медицинского страхования (ВКМС), которая была ответственна за сбор и объединение страховых премий, а также за закупку медицинских услуг для всего населения. Вслед за образованием ВКМС Парламент Чешской Республики принял закон, позволявший создавать конкурирующие некоммерческие страховые компании в форме публичных организаций. Первая из таких появилась в 1993 г. Сначала эти компании организовывались при крупных работодателях или по отраслевому признаку и назывались поэтому *отраслевыми* страховщиками или страховыми компаниями работодателей. К 1995 г. их количество достигло 27, а затем быстро сократилось, так как многие из них стали испытывать финансовые трудности. К 2000 г. число страховщиков стабилизировалось на уровне девяти компаний, а 60 % населения по-прежнему страхуется ВКМС.

Поскольку отраслевые страховые компании были организованы для обслуживания конкретных отраслей или фирм, они привлекали прежде всего средства занятых в экономике страны. Пенсионеры оставались на обслуживании ВКМС. В результате финансовое положение ВКМС стало резко ухудшаться. Это возникло в силу различий как в уровнях взносов на страхование работающего и неработающего населения<sup>57</sup>, так и потребностях в медицинских услугах относительно молодых и здоровых клиентов отраслевых страховщиков и пожилых клиентов ВКМС. Из-за того, что большинство населения обслужива-

<sup>56</sup> В Узбекистане это касается только средств на первичную медицинскую помощь. В Казахстане это произошло после отмены системы ОМС, существовавшей с 1996 по 1998 г.

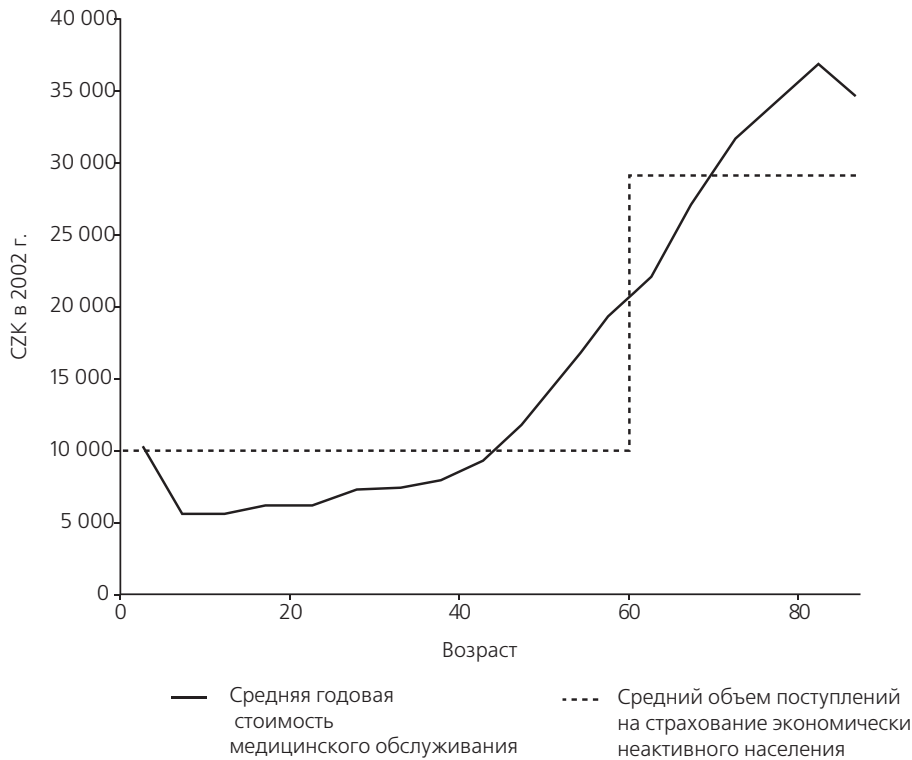
<sup>57</sup> Величина государственных платежей была установлена в несколько раз меньше средней премии. Несмотря на то что в разные годы абсолютная разница между этими показателями колебалась, она оставалась огромной. Например, по данным Министерства финансов, в первом полугодии 2001 г. средняя месячная премия составляла 1393 чешских кроны, в то время как государственные платежи составляли всего 392 кроны на человека.

лось ВКМС, ухудшение ее финансового состояния, по сути, означало, что поддержка изолированных пулов скоро должна была стать как финансовой, так и политической проблемой системы в целом.

В ответ на эту ситуацию Чешское правительство ввело в 1994 г. определенные положения, позволявшие перераспределять средства между страховщиками на основе рисков. В то время как сбор премий оставался в ведении отдельных страховщиков, ВКМС управляла централизованной базой данных, содержащей сведения обо всех застрахованных лицах, и системой перераспределения средств. К поступлениям, которые можно было перераспределять на основе рисков, относились все поступления из госбюджета на страхование экономически неактивных граждан («государственные застрахованные») и 60 % премий, собираемых на страхование экономически активного населения. Средства перераспределялись между страховщиками на основе количества «государственных застрахованных» с учетом их возраста. В составе «государственных застрахованных» выделялись две возрастные категории: до 60 лет и более 60 лет. Государственные застрахованные в возрасте старше 60 лет учитывались в формуле перераспределения с весовым коэффициентом, равным трем.

Такая система способствовала более справедливому распределению ресурсов между ВКМС и другими страховщиками, но она не устраняла предпосылки для политики «снятия сливок». Страховщикам было запрещено отказывать в обслуживании какому-либо клиенту, однако у них на вооружении были разнообразные способы выбора потенциально прибыльных клиентов на основе их дохода, возраста или состояния здоровья. Чрезвычайно просто было определить прибыльные возрастные группы (особенно, до 40 лет). Отраслевые страховщики имели относительное преимущество, поскольку обладали более хорошим доступом к информации о работниках своей отрасли экономики. Например, они предлагали незначительные дополнительные льготы, предназначенные для специфических групп населения, такие как частичное возмещение стоимости контрацептивов, которые не покрывались социальной медицинской страховкой, или витаминов и т.д.<sup>58</sup> Между размерами средних собираемых на страхование экономически активного населения премий существовала огромная разница (до 50 %), что представляло серьезную проблему для страховщиков с высокой долей клиентов с низкими доходами. Что касается страхования экономически неактивного населения, то средняя прибыль на одного клиента в возрасте от 1 до 40 лет составляла несколько тысяч чешских крон в год, в то время как клиенты в возрасте от 50 до 60 или старше 70 лет приносили сопоставимый или даже больший убыток (рис. 5.9). Эта ситуация еще больше усугубляла нерав-

<sup>58</sup> Подобная практика, однако, ограничивается свободными средствами страховщика на профилактику заболеваний (устанавливаемыми в виде фиксированного процента от общего объема собранных премий) и потенциальной общей величиной льгот, которые можно предложить данной категории.



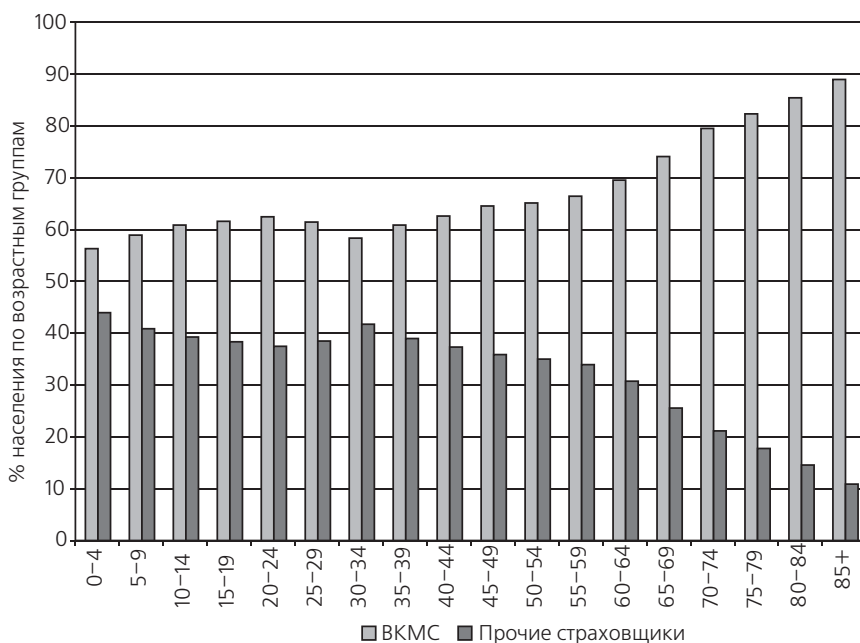
**Рис. 5.9.** Возможности для «снятия сливок» в чешской системе страхования до введения нового механизма выравнивания риска

Источник: VZP 2003 и годовые отчеты других чешских страховых компаний за 2002 г.

Примечание: CZK — чешская крона.

номерное распределение возрастных групп населения между страховщиками (рис. 5.10).

Возрастная структура клиентов ВКМС вместе с низким уровнем государственных взносов на их страхование способствовала периодическому возникновению дефицита. С другой стороны, остальные страховщики после проведения консолидации показывали по большей части позитивные или, по крайней мере, нейтральные результаты. В результате ВКМС постоянно пыталась тем или иным образом изменить формулу выравнивания рисков. Эти попытки были прежде всего направлены на решение двух вопросов: (1) масштабы объединения средств (какой процент собранных премий мог перераспределяться) и (2) методы выравнивания рисков (сколько возрастных категорий необходимо использовать, и должен ли этот механизм учитывать компенсацию за особо дорогостоящие случаи). Несколько попыток изменения системы выравнивания на основе рисков не были поддержаны Парламентом, в основном из-за сопротивления остальных страховщиков. В конце концов, в 2003 г. был принят новый закон, который полностью изменил систему перераспределения, включив в нее все поступления на медицинское страхование, а также ввел в действие новую, более сложную формулу



**Рис. 5.10.** Неравномерное распределение возрастных групп между чешскими страховыми компаниями, 2004 г.

Источник: VZP 2005.

Примечание: VKMC – Всеобщая компания медицинского страхования (Чешская Республика).

выравнивания рисков. Внедрение этой формулы было растянуто на три года, чтобы у всех страховщиков было время приспособиться к новым уровням дохода (врезка 5.1). По оценкам, полная реализация этой реформы увеличила бы доходы VKMC на 3 %, уменьшив доходы остальных страховщиков с незначительных величин до 14 % (Hroboň 2003). Ключевую роль для политического принятия данной реформы сыграло ее постепенное проведение.

Новый закон преследовал две цели. Во-первых, усиление финансовой защиты и повышение равенства путем улучшения финансового положения VKMC относительно конкурентов. Хотя все страховые компании защищали своих клиентов от финансового риска, ухудшение финансового положения VKMC в некоторых случаях приводило к невозможности получения услуг или, по крайней мере, к худшему отношению к ее клиентам со стороны производителей услуг по сравнению с клиентами других страховых компаний. Второй целью было повышение эффективности системы здравоохранения путем изменения приоритетов страховщиков с конкуренции по сбору средств (поиск клиентов с более высокой вероятностью положительной разницы между поступлениями и расходами) на конкуренцию по улучшению закупки медицинских услуг. В то время как ранее положительный финансовый результат (имеющий значение даже и для некоммерческих организаций)

**Врезка 5.1. Выравнивание доходов страховщиков на основе учета рисков в Чешской Республике после 2003 г.**

Закон 2003 г. вводил полное объединение государственных платежей и собранных премий, которые затем перераспределялись между страховщиками в расчете на одного застрахованного (см. рис. 5.11) с поправками на возраст и пол (всего 36 половозрастных категорий). Каждый страховщик должен представлять ежемесячный отчет об общем количестве собранных премий, а также о количестве и половозрастной структуре своих застрахованных. Государственные платежи на страхование экономически неактивного населения попадают напрямую на специальный счет, управляемый Всеобщей компанией медицинского страхования (ВКМС) под надзором со стороны других страховщиков и министерств здравоохранения и финансов. Менеджер данного счета затем вычисляет общий объем поступлений (собранные премии + государственные платежи) в расчете на «стандартизированного» застрахованного для всей системы и долю каждого страховщика в зависимости от половозрастной структуры его клиентов. Разница между собранными премиями и полагающимися каждому страховщику после перераспределения средствами затем выплачивается в течение нескольких дней разовыми платежами между страховщиками и менеджером счета. Данные, предоставляемые каждым страховщиком, могут быть проверены специальной комиссией, в состав которой входят представители всех страховщиков, или министерствами. Данные о результатах перераспределения становятся доступны всем страховщикам для того, чтобы они могли непрерывно отслеживать отчеты своих конкурентов.

Кроме того, система включает в себя механизм частичной компенсации постфактум особо дорогостоящих случаев (стандартная методология расчета затрат на каждого застрахованного была опубликована одновременно с законом 2003 г.). Если годовая величина затрат на одного клиента превышает соответствующий средний показатель по всей системе в 25 раз, страховщику возмещается 80 % затрат сверх этого лимита. Авансовые платежи на покрытие особо дорогостоящих случаев распределяются между страховщиками на основе исторических данных. Разница между авансами и фактическими затратами компенсируется раз в год, когда публикуется финансовая отчетность за прошлый год. В 2005 г. компенсации особо дорогостоящих случаев касались 0,2 % всего населения и привели к перераспределению 5 % средств между страховщиками (Hroboň, Machecek and Julínek 2005).

достигался путем отбора богатых, молодых или здоровых клиентов, новый подход к объединению средств и выравниванию на основе рисков уменьшил потенциальную прибыль от отбора по этим критериям. В связи с тем, что в реформированной системе доходы каждого страховщика в большей степени соответствуют структуре застрахованных с учетом их рисков, у страховых компаний появляется гораздо больше



**Рис. 5.11.** Система объединения средств в Чешской Республике до (наверху) и после (внизу) реформы 2003 г.

Примечание: ВКМС – Всеобщая компания медицинского страхования (Чешская Республика).

стимулов конкурировать на базе лучшего управления затратами и качеством предлагаемых услуг. Несмотря на то что пока не удалось достичь улучшения практики в сфере закупок услуг<sup>59</sup>, достаточный уровень компенсации, рассчитываемый с учетом риска, является необходимым условием для минимизации «стратегического объединения средств» со стороны страховщиков. Подобные усилия по «снятию сливок» не способствуют достижению какой-либо общей цели отрасли, поэтому любые реформы, которые снижают доходы отдельных участников рынка от подобного поведения, уже сами по себе содействуют увеличению эффективности.

**Несовершенная конкуренция и фрагментация в Российской Федерации.** Как было сказано выше, в Российской Федерации ОМС было введено в 1993 г. Эта реформа была призвана заменить децентрализованную структуру взаимно пересекающихся пулов единым пулом средств на уровне *областей*, который бы управлялся ТФОМС. Однако можно выделить две причины, по которым преодолеть фрагментацию все-таки не удалось. Во-первых, в пику планам реформы местные правительства далеко не всегда направляли в ТФОМС бюджетные платежи на страхование неработающего населения, вместо этого финансируя напрямую подчиненные им медицинские учреждения. Во-вторых, с самого начала реформы были озвучены и впоследствии реализованы планы по созданию конкурентной модели с частными страховщиками<sup>60</sup>. Хотя и были созданы возможности для уменьшения фрагментации с помощью единых пулов на *областном* уровне, управляемых ТФОМС, внедрение системы конкурирующих страховщиков без эффективного механизма выравнивания рисков снова создало условия для фрагментации системы, но теперь уже по другим причинам.

В российской системе ОМС выделяются два типа организаций, которые могут выступать в роли страховщиков: (1) организации, занимающиеся медицинским страхованием (обычно частные некоммерческие организации); (2) ТФОМС и его филиалы. По состоянию на 2004 г., в Российской Федерации насчитывалось 348 страховых компаний, 10 ТФОМС, выполняющих функции страховщика, и 378 филиалов ФОМС, которые выступали в роли страховщиков. В 47 регионах страховые компании были единственными страховщиками, предлагавшими услуги по ОМС; в 19 регионах присутствовали только ФОМС и их филиалы; в 23 регионах присутствовали оба типа страховщиков.

<sup>59</sup> Одной из причин отсутствия прогресса является неспособность поддерживать соответствующую нормативно-правовую базу, которая бы способствовала повышению эффективности деятельности производителей медицинских услуг. Например, размер возмещения расходов больниц устанавливался в нескольких правительственных постановлениях, целью которых явно было обеспечение выживания всех больниц в исторически сложившихся условиях. Результатом этого явилось то, что средства перечисляются страховщикам на основе числа застрахованных с учетом их относительных рисков, а их перераспределение внутри каждого страховщика по клиентам из различных муниципалитетов, согласно законодательству, базируется на исторически сложившихся структурах (Hrobou, Machacek and Julinek 2005).

<sup>60</sup> Однако степень реализации этих планов сильно разнится в зависимости от региона.



Функции по выравниванию рисков среди ТФОМС выполняет Федеральный ФОМС, а те, в свою очередь, — среди страховщиков. Для выравнивания рисков используется целый ряд методов. К 2004 г. в 51 регионе из 70, где оперировали частные страховщики, ТФОМС распределяли между ними средства на подушевой основе. Из этих регионов в 35 применялась формула, учитывающая половозрастные характеристики застрахованных, а в пяти регионах — учитывающая один из этих признаков (Независимый институт социальной политики 2007). В четырех регионах использовались более сложные механизмы выравнивания рисков, а в семи вообще не учитывались характеристики застрахованных. В остальных 19 регионах с частными страховщиками, а также в 19 регионах, где присутствовали только государственные страховщики, средства распределялись просто на основании фактических расходов за прошлый год. Однако, по всей вероятности, столь разный подход к выравниванию рисков практически не повлиял на отношение страховщиков к различным категориям клиентов, поскольку перечисляемых средств все равно было недостаточно для финансирования базовой программы ОМС. В условиях подобного недофинансирования бесплатных медицинских услуг со стороны государства страховщики пытаются перенести риски и расходы на поставщиков соответствующих услуг, а те, в свою очередь, перекалывают их на пациентов, требуя неформальные платежи. Таким образом, выравнивание рисков хоть и существует, но не работает, как задумано, поскольку остальная система не находится в финансовом равновесии: страховщики просто хотят получить средства и заработать больше денег в виде фиксированного процента от суммы, перечисленной из ТФОМС (Шишкин 2006).

Переход от старой к новой системе финансирования здравоохранения в Российской Федерации был неполным. Его стадии и сроки реализации не нашли отражения в законодательстве, а процесс внедрения ОМС плохо контролировался со стороны федеральной власти и зависел по большей части от отношения к нему региональных властей (Шейман 1997; Shishkin 1999). Конкуренция между страховщиками присутствует, однако ее масштаб и формы не способствуют улучшению доступности и качества услуг. По прошествии 15 лет реформ система финансирования здравоохранения в Российской Федерации сочетает в себе старые и новые формы фрагментации и взаимного перекрытия пулов. Кроме того, пробелы в нормативно-правовой базе, регулирующей деятельность страховщиков, оставляют простор для коррупции. Страховые компании яростно конкурируют между собой в борьбе за контракты с местными властями на страхование неработающего населения и за контракты с работодателями на ОМС работающих, однако несовершенство законодательства и недостатки прозрачности заключения этих контрактов приводят к смещению приоритетов конкуренции в сторону суммы неофициальных платежей, которые страховщики перечисляют в пользу правительственных чиновников и связанных с ними компаний (Шишкин 2006)<sup>61</sup>.

<sup>61</sup> В конце 2006 г. топ-менеджеры Федерального ФОМС и некоторых региональных фондов были арестованы по обвинению в коррупции.

## Д. Уроки реформ

Фрагментированная система объединения средств является препятствием для достижения поставленных целей, а также своего рода вызовом для тех, кто разрабатывает и претворяет в жизнь реформы финансирования. На примерах, приведенных в данной главе, разобраны как случаи удачного снижения фрагментации, так и случаи, когда плохо проработанные или плохо реализованные реформы приводили к возникновению новых форм фрагментации. Как следует из вышеприведенных примеров, можно выделить следующие виды фрагментации:

- децентрализованное объединение средств местными органами здравоохранения с пересекающимся охватом населения (СССР и не проводившие соответствующие реформы страны-преемники, такие как Украина и Беларусь);
- децентрализованное объединение средств разделенными территориально, но имеющими небольшой размер (районные/региональные/уездные) агентствами здравоохранения (бывшая Югославия и сегодняшняя Босния и Герцеговина, Эстония и остальные прибалтийские республики до консолидации);
- пересекающиеся, нескоординированные действия по охвату населения и услуг между местными органами здравоохранения и ФОМС (Албания, Российская Федерация);
- фрагментация ответственности за разные виды расходов между разными агентствами по объединению средств (Албания);
- фрагментация между конкурирующими ФОМС и местными органами здравоохранения (Российская Федерация);
- фрагментация между конкурирующими ФОМС (Чешская Республика, Российская Федерация).

Главными проблемами, возникающими по причине всех этих форм фрагментации, являются системные неэффективность и неравенство: при заданном уровне доходов система может перераспределять меньше, чем если бы средства были объединены в больший пул. В результате участники получают меньшую финансовую защищенность и менее справедливое распределение расходов, чем они могли бы получить, исходя из общей суммы доступных им ресурсов. В зависимости от уровня охвата населения существование большого количества пулов может также привести к повышению административных расходов, чего не произошло бы, если бы это количество было сокращено или вообще сведено к единому общему пулу<sup>62</sup>.

Опыт стран с переходным периодом в проведении этих реформ позволяет извлечь ряд важных уроков. Один из них заключается в том, что реформа фрагментированной системы объединения средств является необходимым, но недостаточным условием прогресса в достижении поставленных целей. Реформы по сокращению фрагментации, прове-

<sup>62</sup> Несмотря на то что экономия на масштабах касается и административных расходов, точное количество обслуживаемого населения, превышение которого не приводит к дальнейшему снижению административных затрат на человека, неизвестно и, вероятно, будет разным в зависимости от вида административных функций.

денные в Кыргызстане и Республике Молдова, лишь подготовили почву для перераспределения. Фактическое перераспределение происходит, когда деньги расходуются, т.е. при закупке услуг<sup>63</sup>. При использовании метода закупки, основанного на принципах финансирования ресурсов, а не результатов (см. главу б), исторически сложившийся дисбаланс в распределении ресурсов сохраняется даже в случае с единым национальным пулом. Тем не менее для достижения успеха необходимо бороться с фрагментацией. Совершенствование метода закупок не окажет большого влияния там, где система объединения средств значительно децентрализована (Босния и Герцеговина) или пострадала от фрагментации в результате реформ (Албания, Российская Федерация).

Для уменьшения степени фрагментации или ее последствий страны использовали ряд успешных стратегий. Наиболее частый путь заключался в реформах, приводивших к созданию единых, территориально разделенных пулов, охватывающих большое количество населения. В странах, которые начали свой путь по внедрению ОМС с большим количеством территориальных фондов, межрегиональная фрагментация уменьшалась путем постоянного уменьшения числа фондов (т.е. увеличения территории и количества населения на фонд) и путем преобразования территориальных фондов в филиалы национального фонда (Латвия, Эстония, Литва и Польша). Эти шаги позволили увеличить размер пула и, следовательно, размер потенциально перераспределяемых средств, а также способствовали потенциальному росту эффективности управления системой. Опыт Эстонии показывает, что, объединив эти меры с использованием эффективных методов закупок, можно добиться реального увеличения финансовой защищенности и эффективности.

Для стран (особенно постсоветских республик), которым еще предстоит решать проблему децентрализованной системы сбора средств, стратегии, предпринятые Кыргызстаном и Республикой Молдова, дают четкий ответ: необходимо упразднить *районные/окружные* пулы и двигаться в сторону создания *областных* или национальных пулов. Возможно, наиболее важным для стран в такой ситуации является вопрос о том, нужно ли вообще вводить ОМС. Конечно, и Кыргызстан, и Республика Молдова создали ФОМС, которые хотя бы отчасти поддерживались за счет нового налога на заработную плату. Хотя теоретически было бы возможно перейти к большему территориальному охвату или даже к объединению средств на национальном уровне в рамках бюджетной системы, в двух рассматриваемых странах реализовать это на практике не представлялось возможным. В обоих случаях успешное снижение фрагментации было достигнуто путем выхода за рамки государственной финансовой системы и замены ее пулом средств ОМС. В бюджетной системе Казахстана было применено объединение средств на *областном* уровне, хотя, возможно, это было лишь следствием неудачного опыта

<sup>63</sup> Там, где перераспределение средств между пулами служит для компенсации разницы в относительных рисках охватываемого населения (как в приведенном выше примере с Чехией), оно также происходит посредством функции объединения.

по созданию системы ОМС. В Узбекистане также было запущено объединение средств на *областном* уровне с использованием постепенного добавления различных услуг. Однако и в случае Казахстана, и в случае Узбекистана успешность реализации этих реформ по сравнению с Кыргызстаном и Республикой Молдова еще предстоит оценить.

Неудачные попытки полностью заменить старую систему на новую, например, в Российской Федерации и Албании, ясно дают понять, что одного только введения ОМС недостаточно для успешного проведения реформ по объединению средств. Важный урок, особенно для стран, где налог на заработную плату не планируется в качестве основного источника финансирования фондов, заключается в том, что для поддержания единой системы и решения существующей проблемы фрагментации введение ОМС необходимо сочетать с одновременными реформами системы денежных потоков и объединения бюджетных средств. Это может быть реализовано в виде единого национального пула, куда поступают как бюджетные поступления, так и средства от налога на заработную плату (Республика Молдова), либо с помощью четкой координации пула бюджетных средств с пулом средств от налога на зарплату (Кыргызстан). Простое внедрение ОМС без соответствующих изменений в системе бюджетных поступлений, как в Албании и многих странах с низким и средним уровнем дохода, может усугубить проблемы фрагментации системы в целом.

Еще одним способом борьбы с фрагментацией в контексте существования множества пулов является объединение их в *единый виртуальный пул* путем перераспределения средств. Это может быть достигнуто с помощью перечислений средств, предназначенных на выравнивание на основе учета рисков, в территориально разделенные пулы или в конкурирующие между собой страховые компании. Фрагментация представляет больше проблем в случае конкурирующих страховщиков, поскольку, если не будет применяться выравнивание рисков, применяемая ими политика «снятия сливок» будет означать либо более высокие премии для нуждающихся в более серьезном медицинском обслуживании, либо возникновение дефицита средств у фондов, обслуживающих население с более высокими потребностями, а значит, снижение их возможностей по обеспечению доступа к медицинским услугам и по защите от риска. Для стран, находящихся в такой ситуации, может быть полезен опыт Чешской Республики. Несмотря на то что нет идеальной формулы выравнивания рисков, самое важное заключается в возможности применяемого механизма влиять на уменьшение или исключение действий по селективному отбору застрахованных на основе риска, применяемых конкурирующими страховщиками.

Не существует самой «правильной» или «лучшей» системы объединения средств. Как и в случае с любыми реформами, перед их началом инициаторам необходимо иметь четкое понимание существующей системы. Однако, как показывают и теория, и практика, далее реформы должны идти в направлении уменьшения фрагментации. Разные стра-

ны шли к этой цели разными путями. Даже в сложных условиях политической и административной децентрализации Боснии и Герцеговины стали возможными некоторые шаги по уменьшению фрагментации путем создания в ФФС регионального страхового пула от катастрофических рисков. Опыт киргизских и молдавских реформ будет особенно полезен для других стран бывшего СССР, а также для любых других стран с низким и средним уровнем дохода, испытывающих дефицит средств и ищущих новые источники их поступлений. Опыт Эстонии более прямолинеен: сокращение фрагментации путем последовательной централизации децентрализованной системы пулов. Опыт Чешской Республики по последовательному улучшению системы выравнивания рисков между страховщиками интересен в качестве примера удачного решения проблемы фрагментации в контексте конкурирующих страховых компаний. Все эти примеры показывают, что странам необходимо осознавать причину фрагментации существующей системы и предпринимать целенаправленные меры по ее устранению. Хотя примеры, представленные в этой главе, и позволяют извлечь важные уроки, реформы невозможно просто перенести из одной страны в другую. Важнейшей задачей является определение шагов, которые необходимо предпринять в данном конкретном контексте для борьбы с фрагментацией системы объединения средств.

## Литература

---

- Albrecht T et al. (2002). *Health care systems in transition: Slovenia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Bara A-C, van den Heuvel WJA, Maarse JAM (2002). Reforms of health care system in Romania. *Croatian Medical Journal*, 43(4):446–452.
- Cashin C, Simidjijiski J (2000). *National health insurance systems: a review of selected international experience*. ZdravPlus Technical Report. Almaty, Abt Associates.
- Couffinhal A, Evetovits T (2004). *Comments on health financing draft laws: report of a WHO mission to Albania*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Couffinhal A, Habicht T (2005). *Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/Document/HSF/CaseStudyfinalEstonia2005.pdf>, accessed 18 September 2008).
- Ensor T, Thompson R (1998). Health insurance as a catalyst to change in former communist countries? *Health Policy*, 43:203–218.
- Federal Solidarity Fund BiH (2004). *Annual report 2003*. Sarajevo, Federal Solidarity Fund BiH.
- Gaál P (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gjorgjev D et al. (2006). The former Yugoslav Republic of Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(2):1–98.

- Government of Kazakhstan (2004). *National Program of Health Sector Reform and Development in the Republic of Kazakhstan for 2005–2010*. Presidential Edict No. 1438, approved 13 September. Astana, Government of Kazakhstan.
- Government of Kyrgyzstan (2006). *Financial management report on cash execution for the State Guaranteed Benefits Package. Annual report for 2005*. Bishkek: Government of Kyrgyzstan.
- Government of Kyrgyzstan (2007). *Financial management report on cash execution for the state guaranteed benefits package. Annual report for 2006*. Bishkek, Government of Kyrgyzstan.
- Habicht J et al. (2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 21(6):421–431.
- Hroboň P (2003). *Návrh funkční kompenzace rizika ve veřejném zdravotním pojištění v ČR* [Proposal for a functional compensation of risks in public health care insurance in the Czech Republic]. Seminář z ekonomiky zdravotnictví, Národohospodářský ústav AV ČR [Lectures in economics of healthcare, Economic Institute of the Czech Academy of Sciences], 22 January. Prague, Czech Academy of Sciences.
- Hroboň P (2004). Zdravotnictví potřebuje nový model [Health care needs a new model]. *Zdravotnické noviny* [Medical News], 29 January.
- Hroboň P, Machacek T, Julinek T (2005). *Health care reform for the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform.cz.
- Ibraimova A, Shishkin S (2003). *WHO Euro Internal Report on Expert Mission to Turkmenistan*. 28 June to 2 July 2003. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Независимый институт социальной политики (2007). *База данных механизмов системы финансирования и управления здравоохранением в российских регионах* [онлайн база данных]. Москва, Независимый институт социальной политики ([http://www.socpol.ru/baza/baza/about\\_baza.shtml](http://www.socpol.ru/baza/baza/about_baza.shtml), accessed 15 July 2007).
- Jakab M et al. (2005). Evaluating the Manas health sector reform (1996–2005): focus on health financing. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 31. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health ([http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing\\_E\\_PRP31.pdf](http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing_E_PRP31.pdf), accessed 20 May 2009).
- Jesse M et al. (2004). *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Katsaga A, Zues O (2006). *Stewardship template, Republic of Kazakhstan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Kuszewski K, Gericke C (2005). *Health Systems in Transition: Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy* 56:171–204.
- Kutzin J (1997). Health insurance for the formal sector in Africa: ‘yes, but...?’. *Current Concerns* series, ARA Paper No. 14. Geneva, World Health Organization, Division of Analysis, Research and Assessment (WHO/ARA/CC/97.4).
- Kutzin J (2007). Myths, instruments and objectives in health financing and insurance. In: Holst J, Brandrup-Lukanow A, eds. *Extending social protection in health*.

*Developing countries' experiences, lessons learnt, and recommendations.* Eschborn, GTZ, International Labour Organization and World Health Organization.

Kutzin J, Murzalieva G (2001). *A note on administrative costs and functions of the mandatory health insurance fund.* Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 9. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health.

Kutzin J et al. (2002). *Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health system.* Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 21. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/images/pdf/RAPPRP21.E.pdf>, accessed 6 June 2006).

Kutzin J, O'Dougherty S, Jakab M (2005). *Fiscal decentralization and options for the Kyrgyz health financing system: reflections on three options.* Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 32. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health ([http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing\\_E\\_PRP31.pdf](http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing_E_PRP31.pdf), accessed 17 June 2009).

Lekhan V, Rudy V, Shishkin S (2007). *Health financing in Ukraine.* Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E90754.pdf>, accessed 17 June 2009).

Lloyd-Sherlock P (2006). When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 40(4):353–368.

Londoño J-L, Frenk J (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1):1–36.

Massaro TA, Nemeč J, Kalman I (1994). Health system reform in the Czech Republic. Policy lessons from the initial experience of the general health insurance company. *JAMA*, 271(23):1870–1874.

Mathivet B (2007). *Health financing template, Russian Federation.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

NHIF (2007) [web site]. *History of foundation.* Sofia, National Health Insurance Fund Bulgaria (<http://www.nhif.bg/eng/default.phtml>, accessed 17 June 2009).

Nuri B, Tragakes E (2002). *Health care systems in transition: Albania.* Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Routh S (2007). *An update on the finance and management reforms of the primary health care sector in Uzbekistan.* ZdravPlus Technical Report. Almaty, Abt Associates.

Savedoff WD (2004). Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 19(3):183–184.

Sheiman I (1997). From Beveridge to Bismarck: health financing in the Russian Federation. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing.* World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC, World Bank:65–76.

Shishkin S (1999). Problems of transition from tax-based system of health care finance to mandatory health insurance model in Russia. *Croatian Medical Journal*, 40(2):195–201.

Шишкин С., ред. (2006). *Системы финансирования и управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации.* Москва, Поматур.

Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M (2008). *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform.* Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin\\_moldova.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin_moldova.pdf), accessed 20 May 2009).

SPF (2007) [web site]. *History of the health insurance in Lithuania*. Vilnius, State Patient Fund under the Ministry of Health (<http://www.vlk.lt/vlk/en/?l=history>, accessed 15 January 2008).

Tragakes E et al. (2008). Latvia: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(2):1–251.

VZP (2003). *Annual report of the General Health Insurance Company 2002*. Prague, VZP (General Health Insurance Company).

VZP (2005). *Annual report of the General Health Insurance Company 2004*. Prague, VZP (General Health Insurance Company).

Waters H et al. (2006). *Health care modernization in central and eastern Europe*. Washington, DC, Johns Hopkins University and the Center for Strategic and International Studies.

World Bank (2003). *Poverty assessment, Bosnia and Herzegovina*. Vol. 1. Report No. 25343-BIH. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2004). *Croatia health finance study*. Report No. 27151-HR. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2005). *The Republic of Serbia: a policy agenda for a smaller and more efficient public sector*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2006a). *Bosnia and Herzegovina: addressing fiscal challenges and enhancing growth prospects*. Report No. 36156-BiH. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2006b). *Armenia public expenditure review*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2006c). *Albania health sector note*. Report No. 32612-AL. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2009). *Republic of Uzbekistan: assessment of the primary health care reform: transparency, accountability, and efficiency*. Report No. 44530-UZ. Washington, DC, World Bank.





## **Закупка медицинских услуг**

*Hernan L. Fuenzalida-Puelma, Sheila O'Dougherty, Tamas Evetovits,  
Cheryl Cashin, Gintaras Kacevicius, Mark McEuen*

### **А. Введение**

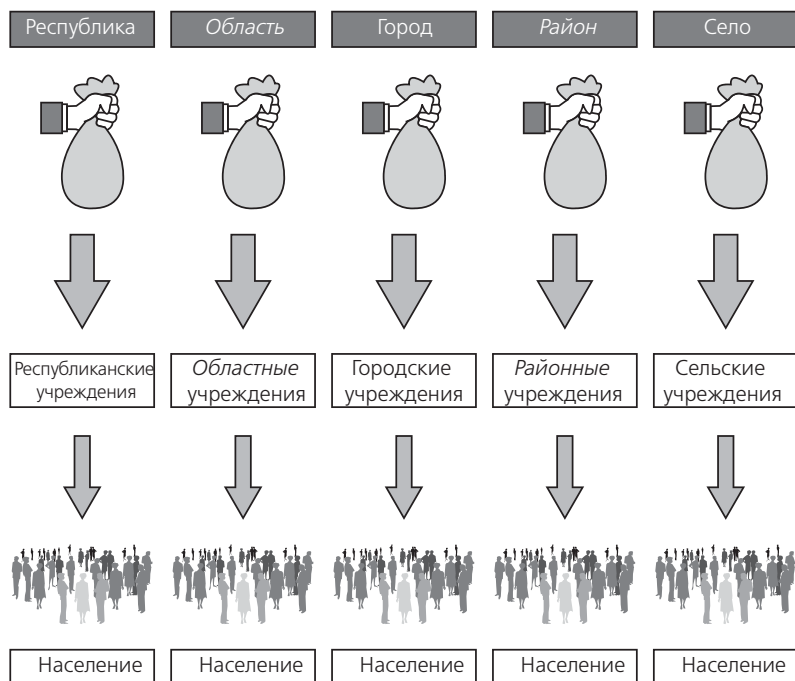
Термин «закупка услуг» в системе здравоохранения относится к перераспределению финансовых ресурсов (собранных с помощью различных механизмов) в пользу поставщиков для оплаты оказанных застрахованным услуг, включенных в набор гарантированных медицинских услуг. Закупка медицинских услуг может служить важным инструментом для дальнейшего продвижения в достижении стратегических целей развития системы финансирования здравоохранения. К примеру, активные стратегии закупок могут: способствовать равноправию путем выплаты адекватной компенсации поставщикам услуг за более дорогостоящее лечение; стимулировать более качественное обслуживание, финансово поощряя тех поставщиков, которые заботятся о качестве своей деятельности и дают лучшие результаты; а также создавать стимулы для улучшения эффективности работы поставщиков и их отношения к клиентам (Kutzin 2001). Реформы системы закупок могут благоприятно отразиться на повышении прозрачности распределения ресурсов в сфере здравоохранения, а также являются тем механизмом, посредством которого реформы политики финансирования преобразуются в функциональные изменения в здравоохранении.

Опыт рассматриваемого региона показывает, что реформы системы закупок являются ключевыми для корректировки внутренних структурных дисбалансов унаследованной системы здравоохранения, а также для стимулирования модернизации клинической практики и мотивирования рабочей силы, вознаграждение которой исторически не зависело от производительности труда. Проблемы исторически сложившейся системы распределения ресурсов (или системы закупок) в

республиках бывшего СССР, а также некоторых странах ЦЕ показаны на рис. 6.1. Во-первых, система оказания услуг дублировалась по региональному признаку, так как на каждом административном уровне существовала и функционировала собственная система оказания медицинских услуг. На рис. 6.1 в черных рамках отражено дублирование между административными уровнями и географическими зонами. Возникновению регионального дублирования, а также дублирования вследствие вертикальной системы и чрезмерной специализации способствовала фрагментация системы объединения средств в сфере здравоохранения. Во-вторых, система оплаты производителей медицинских услуг усугубляла проблему избыточности мощностей. Оплата поставщикам производилась по принципу финансирования имеющихся ресурсов, например количества коек в стационаре, что предсказуемо вело к их избыточности. Как показано на рис. 6.1, поток средств, представленный в виде стрелок от мешков с деньгами к медицинским учреждениям, по большей части поглощался чрезмерно раздутой инфраструктурой (стрелки, идущие к учреждениям, гораздо больше тех, которые идут от учреждений к населению).

Изменения в системе закупок представляли реальную возможность разрешения проблем унаследованной системы путем создания стимулов и механизмов рационализации системы оказания медицинских услуг и перемещения ресурсов в пользу первичного звена, одновремен-

Старая система распределения ресурсов/система оплаты производителей медицинских услуг



**Рис. 6.1.** Распределение ресурсов и оплата производителей медицинских услуг в системе здравоохранения до переходного периода

но сохраняя экономию от сокращения избыточных мощностей или от роста эффективности в здравоохранении в целом. Кроме того, переход от принципа финансирования по имеющимся ресурсам к принципу финансирования по результатам деятельности способствует повышению отзывчивости к запросам пациентов. В данной главе рассматривается реализация реформ системы закупок в системах здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА. Данная глава сфокусируется, прежде всего, на медицинских услугах, предоставляемых на индивидуальном уровне, оставляя в стороне медицинские услуги, предоставляемые на популяционном уровне, или вопросы общественного здравоохранения.

## **В. Обзор реформ системы закупок услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Функция по закупке услуг в сфере здравоохранения включает в себя два основных элемента: *институциональную структуру* и *систему оплаты производителей* услуг. Под институциональной структурой подразумевается организация, выбранная для осуществления соответствующей функции, и свод правил, где прописаны отношения между данной организацией и другими институтами, реализующими политику в области здравоохранения, регуляторами, а также поставщиками услуг. Системы оплаты производителей регламентируют, каким образом переводятся средства от организаций закупки медицинских услуг их производителям. В это понятие также входят поддерживающие системы, такие как информационные системы управления и механизмы отчетности в разрезе применяемых методов оплаты (Cashin et al. 2009). Системы оплаты медицинских учреждений могут вводиться в действие на основе *контрактов*, которые являются юридически обеспеченным механизмом распределения ресурсов квалифицированным организациям для поставки определенных медицинских товаров или оказания услуг населению.

Реформы системы закупок в данном регионе уделяли особое внимание изменению институциональной структуры путем отделения закупки услуг от их оказания (разделение покупатель-поставщик) и внедрению системы оплаты, ориентированной на оплату по результатам деятельности. Обзор данных реформ представлен в табл. 6.1.

### **i. Организация новой институциональной структуры для выполнения функции закупок**

Для закупок услуг в сфере здравоохранения необходимо наличие покупателя. Без него нельзя разработать, усовершенствовать и реализовать изменение стратегий закупок. Осуществление закупок требует наличия операционных систем, политик и процедур. До переходного

периода в большинстве стран региона фактическим покупателем услуг здравоохранения было Министерство финансов, хотя официально покупателем и одновременно производителем было МЗ. Министерство финансов использовало правила строгого постатейного бюджетирования как для составления бюджета, так и для оплаты производителей. МЗ не могло привести выделение ресурсов в соответствие с приоритетами политики здравоохранения, поскольку выделение ресурсов находилось, по большому счету, вне его ведения и основывалось на финансировании физической инфраструктуры, а не целевых программ. В самом начале переходного периода стало очевидно, что сектору здравоохранения для согласования фактических затрат с приоритетами необходимо иметь больше контроля над системой закупок.

Организации, ответственные за закупку медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА, можно объединить в три категории: (1) МЗ без новой структуры осуществления закупок (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Таджикистан, Украина и Узбекистан); (2) МЗ с новой структурой осуществления закупок, которой не поступают отчисления от целевых налогов (Армения, Грузия и Латвия); (3) новые ФМС, созданные для управления поступлениями от новых целевых налогов в рамках реформы сбора средств (Албания, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Эстония, Венгрия, Кыргызстан, Литва, БЮР Македония, Республика Молдова, Польша, Румыния, Российская Федерация, Сербия и Черногория, Словакия и Словения).

Выбор системы объединения средств определяет возможные варианты институциональной структуры закупок. Можно выделить следующие виды институциональной структуры объединения средств и соответствующей структуры закупок: (1) без разделения, (2) с вертикальным разделением, (3) с горизонтальным разделением. Система «единого плательщика» подразумевает **отсутствие разделения** (единый пул и единый покупатель). В странах ЦЕ/ВЕКЦА наиболее часто встречается именно эта структура, она используется в 25 странах. **Вертикальное разделение** подразумевает децентрализацию функций по объединению средств/закупке услуг с передачей их на более низкие административные уровни (Босния и Герцеговина, Казахстан, Узбекистан).

**Горизонтальное разделение** подразумевает наличие нескольких пулов, разделенных горизонтально (часто использующих разные источники средств), а также нескольких покупателей, т.е. система «нескольких плательщиков». Такие покупатели могут как конкурировать между собой (Чешская Республика, Словакия), так и не конкурировать (Туркменистан), или же система может быть смешанной в зависимости от региона (Грузия, Российская Федерация). Некоторые страны изначально приняли модель нескольких плательщиков, а затем перешли на систему «единого плательщика» (Эстония, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Польша). Другие страны продолжают использовать систему нескольких плательщиков, но пытаются заставить их конкурировать по цене и качеству, а не заниматься отбором рисков, путем корректировки перераспределяемых ресурсов с учетом половозрастных и иных фак-

## Таблица 6.1. Реформы системы закупок медицинской помощи

Регион/ страна	Реформы институциональной структуры	Реформы системы оплаты производителей медицинской помощи
<b>ЕС</b>		
Болгария (Georgieva et al. 2007)	В 1999 г. создается НФМС, выступающий в роли единого агентства по закупкам и имеющий статус независимой публичной организации под трехсторонним руководством (работодатели, государство, страхованные лица)	Первичная помощь оплачивается НФМС по подушевому принципу с корректирующими повышающими коэффициентами для удаленных регионов. Амбулаторное специализированное лечение и услуги лабораторий оплачиваются по фактическому объему оказанных услуг. Оплата стационарных услуг осуществляется по законченному случаю лечения
Чешская Республика (Szende and Mogyorosy 2004; Rokosová et al. 2005)	С 1992 г. покупателями услуг являются девять законодательно установленных страховых фондов. Каждый фонд возглавляется директором, ответственным перед наблюдательным комитетом и советом директоров (в состав которого входят представители страховых фондов лиц и работодателей). Национальный страховой фонд управляется Ассамблеей представителей, советом директоров и наблюдательным комитетом, в состав которого входят представители министерств финансов, здравоохранения и социального обеспечения, представители страховых лиц и работодателей	Изначально первичная помощь оплачивалась исходя из объема заработной платы, затем по фактическому объему оказанных услуг. В настоящее время эти услуги оплачиваются по подушевым нормативам. При соблюдении установленных требований по снижению издержек в добавление к базовой подушевой ставке выплачивается бонус. Стационарные услуги оплачивались на основе балльной системы оплаты по количеству оказанных услуг, которая в 1997 г. была заменена бюджетной системой для контроля затрат с постепенным движением в направлении системы оплаты за законченный случай лечения
Эстония (Jesse et al. 2004; Szende and Mogyorosy 2004; собственные материалы авторов)	В 2001 г. создается ЭФМС, учрежденный в форме независимой публичной организации (пришедший на смену Центральной больничной кассе и 17 региональным больничным кассам), который становится единым покупателем услуг. ЭФМС управляется наблюдательным комитетом, в который входят представители государства, работодателей и страховых лиц	Первичная помощь оплачивается исходя из комбинации подушевой оплаты, системы оплаты за услуги (оплата профилактических и прочих приоритетных услуг), а также базового ежемесячного платежа. Стационарные услуги изначально оплачивались на базе контрактов ЭФМС, отражающих оплату фактических издержек и объемов, где стоимость рассчитывалась на основе максимальных тарифов, с движением в направлении системы оплаты за законченный случай лечения. По состоянию на 2008 г. больницы получают 50 % оплаты на базе КСГ и 50 % на базе системы оплаты за услуги
Венгрия (Gaal 2004; собственные материалы авторов)	В 1989 г. финансирование пенсионного и медицинского страхования перешло от центрального бюджета к ФСС. В 1992 г. медицинское страхование было выделено из зоны его ответственности и перешло в ведение НСФ, который стал единым покупателем. НСФ изначально был образован в форме саморегулируемой полугосударственной организации, отвечающей перед Парламентом, однако с 1998 г. он подчиняется правительству (во время написания данной главы – в подчинении МЗ)	Первичная помощь оплачивается исходя из комбинации подушевой оплаты и фиксированного ежемесячного платежа, профилактические и прочие приоритетные услуги оплачиваются по фактическому объему оказанных услуг. Уровень оплаты выше у высококвалифицированных семейных врачей, а также врачей, обслуживающих большое число сельских поселений. Для специализированных амбулаторных услуг используется балльная система на основе общего объема услуг. Стационарные услуги оплачиваются на базе системы оплаты за законченный случай лечения с использованием КСГ для больших краткосрочного лечения и по количеству койко-дней для стационаров долгосрочного лечения. Бюджеты амбулаторных и стационарных услуг ограничены контролем объемов помощи на уровне производителей

**Таблица 6.1. Реформы системы закупок медицинской помощи**

Регион/ страна	Реформы институциональной структуры	Реформы системы оплаты производителей медицинских услуг
Латвия (Szende and Mogyorosy 2004; Tragakes et al. 2008)	В 1994 г. был образован ФСС с децентрализованной структурой, включавшей в себя 35 «фондов местных счетов», каждый из которых мог закупать услуги. В 1997 г. эти фонды были консолидированы в 8 больничных касс. В 1998 г. ФСС сменил название на ГАОМС, находившееся в подчинении МЗ. В 2004 г. система вновь претерпела изменения, когда 8 больничных касс были преобразованы в 5 территориальных филиалов ГАОМС	Первичная помощь оплачивается исходя из подушевых нормативов, с дополнительной оплатой более квалифицированных семейных врачей. Услуги больниц оплачиваются по законченному случаю в сочетании с оплатой по койко-дню. Бюджеты больниц ограничены на региональном уровне, и, применяя балльную систему, определяются случаи превышения предусмотренных объемов оказания услуг, и решается вопрос о размерах финансирования превышающих установленных объемов оказанной помощи
Литва (Szende and Mogyorosy 2004; собственные материалы авторов)	В 1992 г. в качестве пилотного проекта финансирования больших больниц создается ГФП, подчиненный МЗ и выступающий в роли единого покупателя. В 1996 г. система страхования расширяется, и в нее включаются все медицинские учреждения. ГФП переводится в подчинение правительства, и создается 10 территориальных фондов пациентов. В 2003 г. ГФП вновь оказывается в подчинении МЗ, а количество ГФП сокращается до пяти, причем каждый из них охватывает по два региона	Первичная помощь оплачивается на базе комбинации подушевой оплаты и фактического объема оказанных профилактических и прочих приоритетных услуг. Используются некоторые элементы бонусных вознаграждений за производительность и проведение профилактических мероприятий (2008). Стационарные услуги оплачиваются по законченному случаю лечения (национальная база случаев) с ограничением по объему оказанных услуг. В 2008 г. было принято решение о переходе в течение 2–3 лет на систему КСГ. Стационары длительного лечения (лечение туберкулеза, психиатрических заболеваний или уход за престарелыми) оплачиваются по койко-дню
Польша (Szende and Mogyorosy 2004; Kuszewski and Gericko 2005)	В 1999 г. существовало 16 региональных больничных касс, которые закупили услуги для застрахованного населения, а также отдельное агентство по закупке услуг для государственных служащих. В 2003 г. кассы были объединены в рамках единого покупателя — НФЗ, который подчинялся напрямую правительству	Первичная помощь оплачивается по подушевому нормативу, учитывающему возраст прикрепленного населения. Если раньше система оплаты стационарных услуг была фрагментирована, то НФЗ ввел единую систему оплаты за законченный случай лечения, базирующуюся не на заболевании, а на профиле отделения, средней продолжительности госпитализации и уровне больницы
Румыния (Vladescu, Radulescu and Oslavsky 2000; Baga, van den Heuvel and Maarse 2002; Radu and Haraga 2008)	В 1998 г. для закупок медицинских услуг образованы 42 РФМС. В 2004 г. функции закупок были переведены с регионального на национальный уровень. НФМС управляется Советом управляющих, в который входят представители правительства (Министерств здравоохранения, труда и социальной защиты, финансов), профсоюзов и ассоциаций работодателей	Первичная помощь оплачивается исходя из комбинации подушевой оплаты (70 %) и фактического объема оказанных услуг по профилактике и оплате здорового образа жизни (30 %). Изначально РФМС оплачивали стационарные услуги на базе исторически сложившихся бюджетов, затем на базе глобальных бюджетов и, наконец, внедрили систему оплаты по койко-дню. В 2002 г. РФМС запустили пилотный проект по внедрению системы оплаты за законченный случай лечения, а в 2004 г. она была внедрена в национальном масштабе

Регион/ страна	Реформы институциональной структуры	Реформы системы оплаты производителей медицинских услуг
Словения (Albreht et al. 2002)	<p>В 1992 г. в качестве единственного покупателя услуг был создан ИМСС. Он является публичной некоммерческой организацией, подотчетной государству и управляемой советом, в состав которого входят представители работодателей и застрахованных лиц. Страховые компании предлагают услуги по дополнительному страхованию для покрытия со- платежей, уплачиваемых за услуги в рамках социального страхования, так что эти дополнительные покупатели не конкурируют с ИМСС по закупке услуг, входящих в базовый набор гарантированных услуг</p>	<p>Первичная помощь оплачивается исходя из комбинации подушевой оплаты и объема фактически оказанных услуг. Поставщики первичной помощи получают оплату в полном объеме только в том случае, если они полностью реализовали свою профилактическую программу и не превысили установленные лимиты. Стационарные услуги изначально оплачивались из бюджета ИМСС на основе согласованного числа койко-дней в разрезе филиалов отделений больниц. С 2000 г. бюджет стал составляться на основе планируемого числа законченных случаев</p>
Словакия (Hlavacka, Wágner and Riesberg 2004; собственные материалы авторов)	<p>В 1992 г. в качестве единственного покупателя медицинских услуг создается ФМС. В 1995 г. разрешается создание конкурирующих некоммерческих страховых организаций. К 1996 г. число страховых компаний возросло до 13, сократившись до пяти в 2004 г. Начиная с 2005 г. все страховые компании, занимающиеся медицинским страхованием, имеют форму страхового общества и действуют в коммерческих целях в рамках коммерческого права под контролем со стороны Управления по надзору за здравоохранением. В 2008 г. две из семи компаний находились в государственной собственности</p>	<p>Оплата производителей изначально осуществлялась на основе оплаты за услугу, однако в связи с ростом затрат были предложены новые методы оплаты. С 1998 г. первичная помощь оплачивается исходя из подушевой оплаты и оплаты за фактически оказанный объем профилактических услуг. В 1994 г. стационарная помощь оплачивалась по койко-дню. В 1999 г. была внедрена бюджетная система, на смену которой в 2001 г. пришла система оплаты за законченный случай лечения</p>
<b>Страны ЦЕ, не входящие в ЕС</b>		
Албания (Nuri and Tragakos 2002; Schneider 2007)	<p>В 1995 г. создается ИМС, который играет роль единственного покупателя амбулаторных услуг, включающих услуги первичного звена и услуги специализированных амбулаторных служб. ИМС является национальным фондом, действующим на основании соответствующего закона и подотчетным Парламенту</p>	<p>Первичная помощь оплачивается исходя из базовых ставок заработной платы, к которой осуществляются доплаты, рассчитываемые с учетом расположения и численности прикрепленного населения</p>
Босния и Герцеговина (World Bank 2006; собственные материалы авторов)	<p>В ФБГ в качестве покупателей услуг выступают 10 региональных (кантональных) ФМС и федеральный ФМС (третичная помощь). В РС существует единый ФМС, подчиненный МЗ. В округе Брчко действует отдельный окружной ФМС</p>	<p>Изменений не зафиксировано</p>



**Таблица 6.1. Реформы системы закупок медицинской помощи**

Регион/ страна	Реформы институциональной структуры	Реформы системы оплаты производителей медицинских услуг
Хорватия (Voncina et al. 2006)	В 1993 г. был создан ХИМС, выполняющий функции единого покупателя медицинских услуг. ХИМС управляет наблюдательным советом, в состав которого входят представители застрахованных лиц, МЗ, Министерства финансов, медицинских учреждений и частных поставщиков услуг	Первичная помощь оплачивается по подушевому нормативу в сочетании с бонусной системой за проведение профилактических мероприятий. Стационарные услуги оплачиваются на базе комбинации балльной системы оплаты услуг и оплаты за законченный случай лечения с учетом установленных ограничений глобального бюджета. Капитальные вложения и расходы на информационные технологии финансируются за счет децентрализованных государственных фондов
БЮР Македония (Gjorgjev et al. 2006)	В 1991 г. был создан ФМС, который исполняет функции единого покупателя услуг. Изначально фонд подчинялся МЗ, во главе его стоял директор, назначившийся правительством. В 2000 г. ФМС стал независимой организацией под руководством Управляющего совета, куда входили представители МЗ, Министерства финансов и застрахованных лиц	Изначально ФМС оплачивал услуги поставщиков по принципу оплаты за услуги. Однако из-за растущих затрат перешел на систему фиксированных бюджетов. В 2001 г. для оплаты услуг частных производителей, работающих в первичном звене, была введена подушевая система оплаты, учитывавшая демографические характеристики прикрепленного населения. 70 % подушевой оплаты производится ежемесячно, а оставшиеся 30 % – ежеквартально в зависимости от результатов деятельности. Существует также надбавка за оказание услуг в сельской местности. В 2005 г. был начат пилотный проект по переходу на систему оплаты по законченному случаю, однако переход на эту систему в национальном масштабе пока откладывается
Черногория (World Bank 2005; World Bank 2009a; собственные материалы авторов)	С 1992 г. процесс закупки был централизован на национальном уровне – на уровне ФМС. Ранее закупка осуществлялась на уровне общин, которые существовали в Югославии (см. главу 2). Таким образом, в республике был создан единый покупатель медицинских услуг	На момент написания раздела реформы системы оплаты медицинских учреждений находились в стадии разработки. Прорабатывается вариант смешанной системы для оплаты первичной помощи, включающей в себя подушевую оплату и оплату за услуги, для стационарной помощи – оплата за законченный случай
Сербия (World Bank 2005; World Bank 2009b; собственные материалы авторов)	С 1992 г. процесс закупки был централизован на национальном уровне – на уровне ФМС. Ранее закупка осуществлялась на уровне общин, которые существовали в Югославии (см. главу 2). Таким образом, в республике был создан единый покупатель медицинских услуг	На момент написания раздела реформы системы оплаты медицинских учреждений находились в стадии разработки. Прорабатывается вариант оплаты первичной помощи по подушевому принципу, оплаты стационарной помощи – по законченному случаю
<b>Российская Федерация и самые западные республики бывшего СССР</b>		
Беларусь (World Bank 2002)	Изменений не зафиксировано	Изменений не зафиксировано

Регион/ страна	Реформы институциональной структуры	Реформы системы оплаты производителей медицинских услуг
Республика Молдова (Shishkin, Casericius and Ciocanu 2008)	В 2004 г. вводится ОМС, реализацией которого занимается НКМС. Эта же организация выступает и в качестве единого национального пула/покупателя услуг	В 2004 г. существовали объединенные стационары, в состав которых входили амбулаторные подразделения. В контрактах между НКМС и больницами оговаривается оплата первичной помощи по подушевым нормативам. Однако окончательные решения по распределению средств остаются за больницами. Стационарные услуги оплачиваются по законченному случаю
Российская Федерация (Tragakes and Lessof 2003; Marquez 2008)	В 1993 г. на федеральном и территориальном уровнях образуются ФОМС. В зависимости от региона используются три модели осуществления закупок: (1) ФОМС выступает в роли единого покупателя; (2) ФОМС заключает контракты с частными конкуррующими страховщиками, которые закупают услуги; (3) смешанная система, когда ТФОМС и частные страховщики вместе занимаются закупкой услуг. Страховые компании, однако, не занимаются стратегическими закупками, а служат в основном для оплаты счетов	В разных регионах ТФОМС используют разные методы оплаты. Для оплаты стационарной помощи используется оплата по законченному случаю, по койко-дням, бюджетное постатейное финансирование. В некоторых регионах проводились пилотные проекты по внедрению принципов подушевого финансирования услуг первичного звена
Украина (Lekhan, Rudy and Shishkin 2007)	Изменений не зафиксировано	Изменений не зафиксировано.
<b>Кавказ и Центральная Азия</b>		
Армения (Nakobyan et al. 2006)	В 1998 г. образовано ГАЗ, играющее роль единого покупателя услуг. Изначально оно существовало в виде полунезависимой организации под управлением премьер-министра, но в 2002 г. было переведено в ведение МЗ. Функции ГАЗ по разработке эффективной системы закупок и заключения контрактов ограничены	Первичная помощь оплачивается по подушевым нормативам, причем врачи, имеющие квалификацию семейного врача, получают более высокую ставку. Специализированная амбулаторная помощь оплачивается на основе оплаты за услугу, также начат пилотный проект по оплате на базе законченных случаев лечения. Стационарные услуги оплачиваются по глобальному бюджету с использованием системы КСГ и числа пролеченных случаев по каждой группе
Азербайджан (собственные материалы авторов)	Изменений не зафиксировано	Изменений не зафиксировано

**Таблица 6.1. Реформы системы закупок медицинской помощи**

Регион/ страна	Реформы институциональной структуры	Реформы системы оплаты производителей медицинской помощи
Грузия (собственные материалы авторов)	<p>Вплоть до середины 2007 г. единственным покупателем услуг был ГОФСС, который затем был преобразован в АЗиСП. Агентство управляет бюджетными средствами, предназначенными для финансирования первичной помощи и служб общественного здравоохранения, а также осуществляет закупку дополнительного набора услуг или обеспечивает домохозяйства, имеющие право на получение пособий по бедности, страховыми ваучерами на частное страхование. После проведения пилотного проекта по внедрению нового подхода в двух регионах в 2008 г. он должен был быть реализован в национальном масштабе. В некоторых регионах АЗиСП является единственным покупателем услуг, в других регионах действуют частные страховые компании</p>	<p>Первичная помощь оплачивается АЗиСП по подушевому нормативу. Услуги, входящие за рамки гарантированного правительством набора, оплачиваются за счет средств частного страхования по фактически оказанным объемам услуг. Специализированные амбулаторные услуги не входят в состав субсидируемых правительством услуг и оплачиваются за фактически оказанный объем пациентами или частными страховыми компаниями. С 1996 г. услуги стационаров оплачиваются по законченному случаю (за счет средств АЗиСП или частных страховых компаний)</p>
Казахстан (Kuizhanov and Reshel 2007; собственные материалы авторов)	<p>В 1995 г. был создан ФОМС, который подчиняется правительству и является покупателем услуг наряду с МЗ. ФОМС закупал услуги для застрахованных лиц, а МЗ закупало медицинскую помощь, оказываемую при определенных заболеваниях, и медицинскую помощь, оказываемую незастрахованным группам населения. Ответственность между этими двумя организациями была разделена нечетко. В 1999 г. ФОМС был упразднен. С 2001 по 2004 г. функции объединения средств и закупки услуг были децентрализованы до районного уровня. В 2005 г. была внедрена действующая и сегодня система единых региональных плателщиков, роль которых исполняют региональные (областные) департаменты здравоохранения</p>	<p>Изменения в систему оплаты услуг были проведены законодательно в самом начале процесса реформ. Первичная помощь оплачивается по подушевому принципу. Специализированные амбулаторные услуги оплачиваются на основе оплаты за услугу. Стационарная помощь оплачивается по законченному случаю, за исключением вертикально организованных систем лечения инфекционных заболеваний и прочих приоритетных программ, которые оплачиваются в соответствии с постатейными бюджетами. С 1995 по 1999 г. ФОМС было инициировано использование новых систем оплаты медицинских учреждений. После некоторого периода колебаний политики относительно объединения средств и институциональной структуры системы закупок медицинских услуг реформа системы оплаты медицинских учреждений вновь сдвинулась с мертвой точки в 2005 г. в рамках системы «единого плателщика» на региональном уровне. Реформа должна быть, несмотря на препятствия в виде строгой государственной финансовой политики и финансовой системы исполнения бюджетов (в том числе Казначейства)</p>

Регион/ страна	Реформы институциональной структуры	Реформы системы оплаты производителей медицинских услуг
<p>В 1997 г. был создан ФОМС, находящийся в подчинении правительства. В 2000 г. он входит в состав МЗ и получает функции «единого плательщика», имеющего в распоряжении бюджетные средства и поступления от налогов на зарплату. С 2000 по 2005 г. такая структура сохраняется на областном уровне. В 2006 г. изменения в структуре государственной финансовой системы привели к объединению средств на национальном уровне. В результате ФОМС начал функционировать в качестве национального единого плательщика, а территориальные фонды сохранили оперативные функции</p> <p>Кыргызстан (собственные материалы авторов)</p>	<p>С 1997 по 2000 г. существовала бюджетная система финансирования медицинских учреждений, при которой Министерством финансов и МЗ передавали средства медицинским учреждениям по бюджетной поэтапной смете. Бюджет медицинского учреждения определялся исходя из имеющихся у него ресурсов. В то же время ФОМС, используя поступления от налога на заработную плату, инициировал реформу системы закупок и стал проводить оплату амбулаторных услуг (включая первичную помощь и амбулаторную специализированную помощь) по подушевому принципу, стационарных услуг — по законченному случаю, и системе возмещения расходов для новых льгот по приобретению лекарственных средств при амбулаторном лечении. После объединения с МЗ в 2000 г. бюджетные средства и поступления от налога на заработную плату были объединены, изменился бюджетный процесс, и система оплаты медицинских учреждений была унифицирована</p>	<p>В 1997 г. был создан ФОМС, находящийся в подчинении правительства. В 2000 г. он входит в состав МЗ и получает функции «единого плательщика», имеющего в распоряжении бюджетные средства и поступления от налогов на зарплату. С 2000 по 2005 г. такая структура сохраняется на областном уровне. В 2006 г. изменения в структуре государственной финансовой системы привели к объединению средств на национальном уровне. В результате ФОМС начал функционировать в качестве национального единого плательщика, а территориальные фонды сохранили оперативные функции</p> <p>Кыргызстан (собственные материалы авторов)</p>
<p>Таджикистан (собственные материалы авторов)</p>	<p>Серьезных изменений не зафиксировано</p>	<p>В 2007 г. был начат пилотный проект по переходу к оплате первичного звена на основе подушевого принципа</p>
<p>Туркменистан (Mamedkuliev, Shevkin and Najoff 2000; собственные материалы авторов)</p>	<p>В роли покупателей услуг за счет бюджетных средств выступают Министерство финансов и МЗ, кроме того, в 1996 г. была начата правительственная программа ДМС, которая предусматривала создание фонда, выполняющего функции закупки. Поступления от ДМС включаются в состав бюджета здравоохранения</p>	<p>Система бюджетного финансирования не претерпела изменений. Некоторые изменения системы оплаты медицинских учреждений были внедрены в рамках программы ДМС</p>
<p>Узбекистан (Alimedov et al. 2007; собственные материалы авторов)</p>	<p>В 1999 г. покупателями услуг становятся региональные (областные) департаменты здравоохранения</p>	<p>В 1999 г. был начат пилотный проект по внедрению системы подушевой системы оплаты услуг первичной помощи в сельской местности. После оценки результатов начался постепенный процесс реализации этой системы в национальном масштабе, который был завершен к 2007 г. В этом году был начат подобный пилотный проект для оплаты первичной помощи в городах</p>
<p><i>Примечания:</i> ЕС — Европейский Союз; НФМС — Национальный фонд медицинского страхования (Болгария); ЭФМС — Эстонский фонд медицинского страхования (Эстония); КСР — клинико-статистическая группа; НСФ — Национальный страховой фонд (Венгрия); МЗ — Министерство здравоохранения; ФСС — Фонд социального страхования (Латвия); ГАОМС — Государственное агентство по обязательному медицинскому страхованию (Латвия); ГФП — Государственный фонд пациентов (Литва); ТФП — Территориальный фонд пациентов (Литва); НФЗ — Национальный фонд здравоохранения (Польша); РФМС — Региональный фонд медицинского страхования (Румыния); ИМСС — Институт медицинского страхования Словении; ЦЕ — Центральная Европа; ИМС — Институт медицинского страхования (Албания); ФБГ — Федерация Боснии и Герцеговины; РС — Республика Сербская; ХИМС — Хорватский институт медицинского страхования (Хорватия); ФМС — Фонд медицинского страхования (БЮР Македония); НКМС — Национальная компания медицинского страхования (Республика Молдова); ФОМС — Фонд обязательного медицинского страхования (Российская Федерация, Казахстан, Кыргызстан); ТФОМС — Территориальный ФОМС (Российская Федерация); ГАЗ — Государственное агентство здравоохранения (Армения); ГОФСС — Государственный объединенный фонд социального страхования (Грузия); АЗЖСП — Агентство здравоохранения и социальных программ (Грузия); БЮР Македония — бывшая югославская Республика Македония.</p>		

торов, которые могут отразиться на медицинских расходах (Чешская Республика, Словакия).

**Управление и подотчетность.** Структура управления и подотчетности покупателя услуг является чрезвычайно важной, особенно в том случае, когда он является независимой организацией. В большинстве стран региона покупатель не входит в состав министерства, а подчиняется непосредственно правительству, несмотря на тесное взаимодействие с МЗ, Министерством финансов, Казначейством, Парламентом и прочими государственными и частными партнерами. В большинстве этих стран страховой фонд управляется специально выделенным органом, в состав которого входят представители правительства, работодателей и застрахованных лиц (Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Грузия, Эстония, БЮР Македония и Румыния). В 2005 г. в Словакии было образовано Управление по надзору за здравоохранением, которое контролирует все государственные и частные медицинские страховые компании и всех поставщиков соответствующих услуг (как государственных, так и частных). МЗ де факто также часто выполняет обязанности контролера, если покупатель услуг (независимо от степени автономности) находится в подчинении министерства.

Поиск правильного баланса между адекватностью структуры управления и подотчетности и степенью независимости при создании новой организации — покупателя услуг для большинства стран региона представлял сложную задачу. Большие сложности испытала (и продолжает испытывать) Венгрия в процессе поиска подходящей структуры подотчетности для контроля выполнения функции закупки. Несмотря на то что эта страна успешно провела реформы системы оплаты производителей медицинских услуг (Orosz 2001; Gaál et al. 2004), ей не удалось создать такую административную структуру, которая позволила бы ей полностью использовать потенциал полугосударственной организации-покупателя и добиться финансовой устойчивости. В Венгрии был создан самоуправляемый ФСС, контролируемый наблюдательным советом, в состав которого входят представители работодателей, профсоюзов и правительства. Эта независимая организация управляла значительной долей государственных расходов, не предоставляя полной отчетности о своей финансовой деятельности. Правительству приходилось покрывать дефицит фонда, поэтому было принято политическое решение передать контроль над его финансовой деятельностью сначала Министерству финансов, а затем МЗ. Фонд продолжал выполнять функции закупки услуг, но теперь его бюджет был строго ограничен. Тем не менее такое решение также не имело успеха в плане контроля расходов вплоть до 2007 г., когда правительством были приняты меры (во всех отраслях, включая здравоохранение), направленные на сбалансированность бюджета для постепенного удовлетворения критериев для вступления в ЕС.

Еще одной сложной задачей было определение новых ролей и распределение ответственности между покупателем услуг и МЗ. В 1996 г. в Казахстане было введено медицинское страхование и был создан ФОМС.

МЗ продолжало закупать услуги здравоохранения за счет средств бюджета. И МЗ, и ФОМС были подотчетны правительству. Каждый из покупателей обслуживал свои категории населения и, соответственно, приобретал различные наборы услуг. Из-за нечетко расписанных ролей и зон ответственности, а также из-за различающихся наборов услуг и применяемых систем оплаты производителей медицинских услуг нередко возникали конфликты. Эти конфликты и непоследовательная политика вместе с более глобальными изменениями на политической арене привели к отмене медицинского страхования в 1998 г. В Албании 10 лет спустя после создания ИМС МЗ по-прежнему сохраняло полный контроль над бюджетами больниц, а в функции ИМС входила только закупка первичной помощи (в основном заработная плата врачей) и лекарств, выписанных врачом при амбулаторном лечении<sup>64</sup>. В Грузии МЗ также продолжает пытаться контролировать деятельность независимой организации — покупателя услуг.

Кыргызстан внедрил систему медицинского страхования в 1997 г. и приложил немало усилий для четкого распределения ролей и зон ответственности между новым покупателем услуг и МЗ. В ведении ФОМС находились средства от налога на зарплату, поступающие из ФСС, объединение средств системы страхования, а также закупка медицинских услуг. МЗ продолжало закупать услуги за счет бюджетных средств. Как ФОМС, так и МЗ подчинялись непосредственно правительству. Отчасти благодаря урокам Казахстана и Российской Федерации здесь не стали разделять население и наборы гарантированных медицинских услуг, а установили базовый пакет гарантированных медицинских услуг, который закупало Министерство финансов/МЗ, и пакет дополнительных услуг (уменьшение со-платежей и дополнительные льготы по приобретению лекарств для амбулаторных больных), который закупал ФОМС. Для согласованной работы МЗ и ФОМС договорились о совместном использовании системы оплаты медицинских учреждений, отчетности, информации о пациентах, системы контроля качества и системы льгот/охвата (совместно используемые системы). Такой подход позволил наладить внутренние связи и снизить уровень институциональных конфликтов. Со временем ФОМС вошел в состав МЗ, бюджетное финансирование и поступления от налога на зарплату были объединены, и была внедрена система «единого плательщика».

***Вертикальное разделение ролей/отношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг.*** Вертикальное разделение ролей и отношений связано с разделением структуры закупок медицинских услуг на центральную и периферийную. Важнейшим аспектом здесь является степень автономности принятия решений на уровне поставщиков. До переходного периода вертикальное распре-

<sup>64</sup> Уже после написания данной главы в Албании был принят новый Закон об ОМС, передающий функции по закупке услуг от МЗ к ИМС (переименовываемому в ФМС), который объединяет поступления от налога на заработную плату и бюджетные платежи. Функция по сбору средств остается в ведении Главного налогового управления. ИМС теперь является единым покупателем всех амбулаторных и стационарных услуг.

деление ролей в странах ЦЕ/ВЕКЦА было практически абсолютным, поскольку МЗ выступало в качестве как покупателя, так и поставщика медицинских услуг. С появлением нового покупателя и разделением функций закупки и оказания услуг у производителей возникла необходимость появления некоторой автономии в управлении собственными ресурсами. В условиях новой системы закупки услуг руководители медицинских учреждений должны иметь больше свободы принятия управленческих решений и должны быть подотчетны покупателю для обеспечения высокого качества услуг в обмен на получаемые средства. В некоторых странах правовой статус поставщиков услуг здравоохранения был изменен, что дало им возможность самостоятельно принимать такие управленческие решения, как набор персонала и контроль за расходами. Медицинские учреждения в регионе все чаще получают статус публичных компаний (Республика Молдова), трастов или акционерных обществ (Армения, Эстония, Грузия), которые могут заключать контракты и искать внебюджетные источники финансирования. Есть также примеры приватизации медицинских учреждений в форме как некоммерческих, так и коммерческих организаций (Болгария, Чешская Республика, Венгрия, некоторые районы Казахстана).

В странах с переходной экономикой, где продолжаются финансовые реформы, Министерство финансов имеет большое влияние на определение роли покупателей услуг и их деятельность в целом. Внедрение в Центральной Азии казначейской системы, позволявшей лучше сводить доходы с расходами и управлять денежными средствами, вступило в противоречие с реформами в сфере закупок медицинских услуг, связанными с внедрением новых систем оплаты и повышением самостоятельности поставщиков. В казначейской системе обычно используются фиксированные постатейные бюджеты для каждого поставщика медицинских услуг, в соответствии с которыми распределяются имеющиеся в наличии денежные средства. Новые системы оплаты услуг поставщиков в целом не позволяют определить заранее бюджет каждого отдельного поставщика услуг, в особенности стационара. Окончательный годовой бюджет поставщика услуг зависит от того, сколько больных он способен успешно вылечить. Выбор пациента и конкуренция приводят к росту эффективности и улучшают обратную связь в системе. Кроме того, независимым поставщикам услуг необходима свобода в перераспределении ресурсов между статьями бюджета, что затруднено в условиях казначейской системы и негативно отражается на степени их автономности.

## ii. Реформы системы оплаты поставщиков медицинских услуг

Ключевым элементом реформы в сфере закупок медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА является внедрение новых систем оплаты медицинских учреждений, таких как оплата первичной помощи по подушевому принципу, при этом оплата зависит от количества прикрепленного населения, оплата стационарной помощи по методу глобального бюджета или законченного случая, последний предусматривает опла-

ту каждого пролеченного в стационаре больного. Эти системы оплаты, внедрение которых во многих случаях стало возможным благодаря появлению отдельного покупателя медицинских услуг, разрывают связь между исторически сложившимся бюджетным процессом и оплатой производителей.

Реформы системы оплаты в данном регионе были вызваны необходимостью повысить устойчивость и восприимчивость инертных систем, отягощенных грузом избыточной мощности в результате десятилетий использования неверных стимулов. В середине 1990-х гг. недостаток ресурсов системы здравоохранения и ухудшение состояния здоровья населения сделали усиление первичной помощи наиболее значимым направлением развития отрасли. Во многих случаях реструктуризация первичного звена сопровождалась введением подушевой оплаты. Этот метод оплаты предусматривает выделение ежемесячно или ежегодно определенной фиксированной суммы на каждого прикрепленного вне зависимости от используемых ресурсов или потребления услуг. Введение подушевой системы оплаты в регионе было призвано разрешить проблему неравенства, порожденного исторически сложившейся структурой расходов; способствовать перемещению ресурсов из стационарного в амбулаторный сектор и стимулировать процесс усиления первичной помощи, сокращая ненужные стационарные услуги и тем самым освобождая дополнительные ресурсы, которые могут быть перераспределены в пользу первичного звена. (Cashin et al. 2009).

В странах данного региона обычно применялся простой подушевой норматив, учитывающий половозрастные характеристики прикрепленного населения и географические различия (Болгария, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, БЮР Македония, Польша, Узбекистан), или некоторые гибридные варианты. К примеру, в Боснии и Герцеговине оплата врачей первичного звена складывалась из подушевой ставки и фиксированной заработной платы, а в Албании ФМС выплачивает врачам общей практики базовую заработную плату с доплатами на основе подушевого норматива, учитывающего местоположение и количество прикрепленного населения (Schneider 2007).

В некоторых странах подушевая система оплаты была модифицирована, чтобы снизить стимул к снижению объема оказываемых услуг. Например, в странах ЦЕ зачастую подушевая оплата дополняется бонусной системой оплаты, предусматривающей оплату за оказанные профилактические или другие приоритетные услуги (Хорватия, Эстония, Венгрия, Литва, Румыния, Словения, Словакия). В других странах с целью повышения стимулов для повышения эффективности деятельности наряду с подушевым принципом оплаты вводились системы мониторинга (Казахстан и БЮР Македония) или системы оплаты, связанные с результатами деятельности. В Чешской Республике и Словении часть подушевой ставки выплачивается в форме бонуса, если достигаются заранее установленные показатели по сдерживанию расходов и формированию здорового образа жизни (Szende and Mogyorosy 2004).



Все еще редко встречаются инновации в системе оплаты специализированных амбулаторных услуг. В большинстве стран используется метод оплаты за услугу. Некоторые страны, такие как Венгрия, переняли немецкую балльную систему оплаты по услугам. Однако это без введения специальных мер по контролю за общим объемом услуг приводит к росту расходов. Венгерский эксперимент по фондодержанию в амбулаторном звене, проходивший в течение семи лет, по оценкам, способствовал улучшению качества, эффективности и координации деятельности (Gaál, Evetovits and Sinkó 2006). Венгерский эксперимент по фондодержанию в амбулаторном звене рассматривал самостоятельные специализированные поликлиники в качестве фондодержателей средств, предназначенных на оказание всех видов помощи прикрепленному населению. Сумма этих средств рассчитывалась на подушевой основе. Группа специалистов (фондодержатель) заключала контракты с врачами общей практики, оплачивала их услуги по подушевому принципу, определенную подушевую ставку за услуги первичной медицинской помощи, а также оплачивала стационарное лечение, используя метод оплаты по законченному случаю на базе клинко-статистических групп (КСГ). Специализированная амбулаторная помощь оказывалась фондодержателями, которые имели стимулы для снижения госпитализаций и уровня оказания специализированной амбулаторной помощи, обеспечивая при этом координацию первичной, вторичной и даже третичной помощи.

Для решения проблемы избыточных мощностей в некоторых странах для оплаты услуг стационаров были введены методы оплаты по глобальному бюджету или по законченному случаю. Глобальный бюджет подразумевает выделение заранее установленной фиксированной суммы, покрывающей все расходы стационара в течение определенного времени (Langenbrunner et al. 2005). В отличие от использовавшейся ранее системы постатейных бюджетов, теперь у больниц появлялась возможность перераспределять внутренние ресурсы в рамках общего бюджета. Глобальный бюджет может основываться на ожидаемых или исторически сложившихся уровнях результатов (Румыния, Словения).

Большинство стран региона уже внедрили или движутся в направлении внедрения системы оплаты стационарной помощи по законченному случаю. При такой системе стационары получают фиксированную оплату за каждый законченный случай лечения, размер которой определяется по КСГ. Есть несколько причин, по которым странам ЦЕ/ВЕК-ЦА стоит перейти на эту систему. В их числе переориентация больниц на оказание услуг пациентам вместо траты средств на строительство и поддержание инфраструктуры (зданий); создание условий и стимулов для реструктуризации системы оказания медицинских услуг путем репрофилирования или закрытия неэффективных больниц и отделений; создание больницам условий для предоставления услуг более высокого качества с более низкими затратами; внедрение конкуренции среди поставщиков услуг и предоставление пациентам выбора, что способствует повышению отзывчивости системы на нужды паци-

ентов и запросы населения в целом; а также возможность оплаты государственными покупателями услуг частных больниц (O'Dougherty et al. 2009).

Необходимость снижения избыточной мощности и повышения эффективности стационарного сектора явились основными причинами внедрения системы оплаты по законченному случаю в Казахстане, Кыргызстане (O'Dougherty et al. 2009) и Республике Молдова (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008). Кроме того, такая система стимулировала конкуренцию, что в определенных обстоятельствах (например, в крупных городах) считалось условием повышения эффективности и отзывчивости к нуждам потребителей. В Венгрии переход от постатейного бюджетного финансирования стационаров, предусматривавшего финансирование используемых ресурсов, к финансированию по законченному случаю был вызван необходимостью решать проблему большой разницы в доступных больницам ресурсах, корни которой лежат в исторически сложившемся бюджетном процессе (Boncz et al. 2004).

## С. Реализация некоторых реформ в сфере закупок услуг: описание и анализ

В данном разделе мы постараемся всесторонне рассмотреть и проанализировать реформы в сфере закупок медицинских услуг в некоторых странах ЦЕ/ВЕКЦА, демонстрирующие ту важную роль, которую внедрение новых систем оплаты производителей услуг сыграло в достижении таких целей здравоохранения, как повышение эффективности и рационализация системы оказания медицинских услуг. Кроме того, данные примеры показывают важную роль реформ в сфере закупок услуг в трансформации политики финансирования здравоохранения в шаги по ее реализации.

### i. Внедрение и последовательность шагов реализации реформ в сфере закупок услуг в Кыргызстане

Опыт Кыргызстана ясно показывает, что для достижения стоящих перед системой финансирования здравоохранения целей важно тщательно планировать и определять последовательность внедрения реформ в сфере закупок услуг. Внедрение реформ здесь проходило поэтапно, а необходимые операционные возможности появлялись в соответствии с программой реформ. **На первом этапе** ФОМС ввел новые системы оплаты поставщиков услуг: оплата по законченному случаю для стационарной помощи (для всех 66 больниц общего профиля) и подушевая оплата для первичной помощи (для всех 740 вновь созданных практик семейных врачей). Оплата по законченному случаю для стационаров была выбрана ФОМС в качестве начального механизма, способствующего

щего реструктуризации и рационализации избыточных мощностей и привязке методов оплаты к реально оказываемым населению услугам. Этот подход привнес в систему элемент конкуренции, дал поставщикам услуг больше автономии и способствовал развитию информационных систем здравоохранения.

ФОМС являлся проводником реформ по закупке услуг, причем ему были доступны все те инструменты, использование которых позволяет процветать любому новому бизнесу: свобода инноваций, гибкость, возможность выбора времени и повышения исходных инвестиций. ФОМС управлял 5–10 % от выделяемых государством средств на здравоохранение и постепенно увеличивал финансирование набора гарантированных услуг. Имея столь небольшой уровень финансовой ответственности, ФОМС не опасался за собственную устойчивость и мог, таким образом, сфокусироваться на разработке новых систем оплаты поставщиков, новых механизмов финансирования и внедрении новой информационной системы в здравоохранении и системы финансового управления.

Новая система оплаты стационарных услуг по законченному случаю была инновационная в том смысле, что с ее помощью больницам возмещались переменные издержки, напрямую связанные с лечением пациентов, в то время как постоянные издержки по-прежнему возмещались за счет средств государственного бюджета. С помощью возрастающего объема финансирования со стороны ФОМС больницы могли оплачивать приобретение медикаментов, питания и прочих ресурсов, а также выплачивать бонусы персоналу. Это привело к сильной поддержке медицинского страхования со стороны населения (особенно пенсионеров), так как это могло повлиять на сокращение со-платежей за используемые в процессе лечения медикаменты и предметы медицинского назначения. Возникла ограниченная конкуренция и возможность выбора пациентами больниц, поскольку они могли оценить и выбрать те больницы, в которых лекарства и питание были более доступными. Предусмотрительно используя имеющиеся активы, ФОМС предоставил себе (как покупателю) и поставщикам услуг достаточно времени для адаптации и развития систем и процессов в условиях возникших новых стимулов. Время также работало на ФОМС, поскольку от него не требовалось с первого дня своего существования закупать все медицинские услуги для определенных категорий населения, что давало ему возможность сосредоточиться на развитии систем и процессов планирования, набора персонала и управления.

На ранних стадиях процесса реформ перед ФОМС встала проблема выбора больниц для включения в программу медицинского страхования. Было принято решение сфокусироваться на больницах общего профиля и сельских больницах, чтобы начать процесс сокращения избыточных мощностей среди множества специализированных больниц. Это решение также способствовало борьбе с бедностью, поскольку увеличивало доступ бедных сельских жителей к медицинским услугам.

В 1997 г. было выбрано 13 больниц по всей стране. Возможность их участия в системе медицинского страхования и новой системе оплаты услуг была привязана к аккредитации медицинских учреждений. Такой критерий также позволил упорядочить внедрение системы и избежать перегрузки еще не вставшего на ноги ФОМС. Внимание уделялось трем аспектам: (1) системе оплаты стационарной помощи и денежным потокам, (2) информационным системам и (3) управлению качеством и фармацевтическому менеджменту. Находившиеся все еще во власти советской ментальности больницы из страха наказания поначалу неохотно брали на себя новый груз ответственности (в особенности, автономии в распределении ресурсов). Через полгода, однако, ситуация поменялась, и больницы с большей радостью принимали на себя новые обязанности. Система страхования стала охватывать 36 больниц, которые уже не боялись самостоятельно распределять средства.

Естественное развитие привело к тому, что поставщики услуг стали требовать более четко отлаженной системы оплаты предоставляемых ими услуг. Число простых групп пролеченных случаев было увеличено с 108 до 139, что позволяло более справедливо оплачивать услуги больниц в соответствии с их требованиями и что стало возможным благодаря собранной информации. Информационная система была усовершенствована путем добавления встроенного модуля финансового менеджмента. Кроме того, принятые в ответ на требования поставщиков медицинских услуг поправки к законодательству позволили заключать контракты с медицинскими работниками, предусматривающие оплату с учетом показателей их деятельности. Шаги, реализация которых в начале реформ казалась проблематичной, по мере того как процесс набирал ход, превратились в собственные требования поставщиков медицинских услуг.

**Второй этап** явился ответом на противоречия, возникшие между новыми системами оплаты производителей медицинских услуг, поощрявшими рост производительности, и старым бюджетным процессом, способствовавшим скорее расширению мощностей, чем рациональному их использованию. Стимулы, предоставлявшиеся бюджетной системой, по-прежнему побеждали, поскольку именно ими руководствовались поставщики услуг в своих решениях. Для решения этой проблемы ФОМС был включен в состав МЗ в качестве независимой структурной единицы. В обязанности ФОМС теперь входила закупка услуг за счет как средств бюджета, так и поступлений налога на заработную плату с использованием новых систем оплаты. В 2001 г. такой подход был использован на пилотной основе в двух *областях*, а затем (шаг за шагом) к 2005 г. был распространен в национальном масштабе. ФОМС превратился в «стратегического» покупателя медицинских услуг, который направлял средства, сэкономленные от рационализации деятельности стационаров, в пользу первичного звена, что увеличивало финансирование последнего более чем на 30 %. Были также введены льготы на приобретение лекарств для амбулаторных больных.

*Третий этап* подразумевал расширение набора гарантированных медицинских услуг и введение официальных со-платежей, что связывало платежи за услуги с предоставляемыми услугами и способствовало большему вовлечению населения в вопросы собственного здоровья.

Можно сделать вывод, что постепенный подход с учетом проработки каждого шага привел к росту устойчивости системы путем выстраивания институциональных структур, ролей и отношений, укрепляя потенциал и ответственность каждого участника. Последовательная политика и ее реализация способствовали установлению институциональной идентичности ФОМС, укреплению его потенциала, внедрению новых бизнес-процессов в здравоохранении и осуществлению инвестиций, которые потом возвращаются благодаря повышению эффективности и равенства. За десять лет ФОМС прошел путь от внедрения новой системы оплаты поставщиков медицинских услуг до функционирования в качестве «единого плательщика» для всех медицинских услуг, финансируемых за счет государственных средств. Производители медицинских услуг прошли путь от получения новых стимулов, базирующихся на использовании небольшой части их доходов, до получения практически всего объема финансирования, рассчитываемого по показателям результатов их деятельности, до более высокой степени автономии и новой системы управления. Наконец, объединение поступлений от налога на заработную плату и бюджетных средств в рамках ФОМС способствовало разрешению проблемы конфликтующих стимулов в системе оплаты производителей услуг и рационализации системы оказания услуг. Тем не менее это объединение усугубило важнейшую оставшуюся проблему: отношения между реформами финансирования здравоохранения и казначейской системой. Решение этой проблемы является одним из приоритетов в рамках реализации *четвертого этапа* реформ финансирования здравоохранения в Кыргызстане.

ii. Роль институциональной структуры объединения средств и закупки услуг в рационализации системы оказания медицинских услуг в Центральной Азии

Положение о том, что рационализация и дефрагментация системы оказания медицинской помощи также требует нефрагментированного объединения средств в пулы и механизмов стратегических закупок, было воспринято в странах Центральной Азии неоднозначно: некоторые страны восприняли это, другие — нет (Borowitz et al. 1999). В опыте разных стран важное значение имеет выбор институциональной структуры закупок медицинских услуг. Если сравнить реализацию медицинского страхования в Казахстане, Кыргызстане и Узбекистане (в том числе объединение средств, институциональную структуру и организацию системы закупок), становится очевидно различие в их способности провести рационализацию системы оказания медицинских услуг. Только в Кыргызстане возникновение новой организации — покупателя услуг сопровождалось четким распределением ролей и отно-

шений с МЗ и привело в результате к возникновению системы «единого плательщика». Только в Кыргызстане была проведена серьезная рационализация системы оказания медицинских услуг.

В Узбекистане медицинское страхование не внедрялось, однако на региональном (*областном*) уровне были проведены реформы финансирования здравоохранения. Целью этих реформ было объединение финансирования на *областном* уровне, причем *областные* департаменты здравоохранения выступали в роли единых покупателей медицинских услуг, внедряя новую систему оплаты первичной помощи. Однако пока еще сложно оценивать результаты этих реформ с точки зрения влияния на систему оказания медицинской помощи, поскольку реформы проводятся в несколько этапов, начиная с сельских амбулаторных учреждений и двигаясь в направлении городских амбулаторных учреждений и стационаров.

В 1996 г. Казахстан внедрил систему медицинского страхования с фрагментированной структурой объединения средств и несколькими пересекающимися покупателями услуг (МЗ и ФОМС). Оба покупателя услуг финансировали отдельные, но пересекающиеся наборы услуг и использовали различные системы оплаты производителей медицинских услуг. Как и ожидалось, фрагментированные структуры объединения средств и закупок услуг были не эффективны и не способствовали рационализации системы оказания медицинских услуг. В 1999 г. медицинское страхование в Казахстане было отменено. Как и в Узбекистане, казахские реформы привели к объединению бюджетных средств на *областном* уровне, причем *областные* департаменты здравоохранения выступали в роли покупателей медицинских услуг, используя при этом новые системы оплаты медицинских учреждений.

Внедрение медицинского страхования в Кыргызстане в 1997 г. происходило практически на той же законодательной базе, что и в Казахстане. Реализация, однако, кардинальным образом отличалась. Изначально институциональная структура закупок медицинских услуг включала в себя две организации (система нескольких плательщиков). В 2001 г. ФОМС вошел в состав МЗ в качестве независимой структурной единицы (система единого плательщика), что предотвратило дальнейшее развитие фрагментации и позволило использовать единые системы оплаты услуг и значительные финансовые стимулы, способствуя, таким образом, рационализации системы здравоохранения.

Реформы в сфере закупок услуг в значительной мере содействовали изменениям в структуре здравоохранения Кыргызстана. С 2001 по 2004 г. общее число зданий снизилось на 47 %, общая площадь помещений — на 40 %, а сэкономленные на этом средства были перенаправлены на заработную плату персоналу (которая выросла на 73 %) и на прямые услуги пациентам (например, приобретение лекарств), которые выросли на 105 % (собственные расчеты авторов). Кроме того, с 2004 по 2007 г. доля общих государственных расходов на здравоохранение, направляемых на финансирование амбулаторного сектора, выросла с 26,4 до 37,9 % (Ministry of Health of the Kyrgyz Republic 2008).

Несмотря на столь различные пути к цели, в настоящее время три среднеазиатские республики — Казахстан, Кыргызстан и Узбекистан — имеют схожие механизмы объединения средств и институциональные структуры системы закупок услуг, что позволяет им строить более справедливую систему и решать проблемы неэффективности унаследованной структуры здравоохранения. Как перед Казахстаном, так и перед Кыргызстаном стоит один и тот же серьезный барьер на пути реформ финансирования здравоохранения, заключающийся во внутреннем конфликте между казначейской системой и реформами в сфере закупок услуг, связанными с внедрением новых систем оплаты медицинских учреждений, повышением их автономии и делегированием им управленческих функций.

### iii. Реформы в сфере закупок медицинских услуг и реструктуризация системы здравоохранения в Литве

Опыт Литвы показывает, что необходимым условием повышения эффективности системы оказания медицинских услуг являются непосредственное участие нового покупателя в процессе реструктуризации системы, а также разработка стратегий закупок и систем оплаты медицинских учреждений, создающих стимулы для достижения целей реструктуризации. После введения в 1997 г. ОМС был образован Государственный фонд пациентов (ГФП), который стал единым покупателем услуг, подчиненным МЗ. В обязанности ГФП входило не только заключение договоров с поставщиками услуг и осуществление оплаты, но и планирование реструктуризации системы оказания медицинской помощи.

Вслед за введением в 2000 г. персонифицированной информационной системы ГФП приступил к реализации реформ в сфере закупок услуг, которые бы заставили поставщиков и МЗ повысить эффективность работы и реструктурировать как собственно медицинские услуги, так и инфраструктуру. После нескольких лет обсуждений в 2003 г. правительство одобрило Стратегию реструктуризации здравоохранения, разработанную совместно МЗ и ГФП. В соответствии с этим и сопутствующими документами ключевая роль в реструктуризации институтов здравоохранения отводилась покупателю услуг. В рамках ФМС была организована специальная программа — Фонд реструктуризации.

ГФП и пять его территориальных отделений (Территориальных фондов пациентов — ТФП) занялись разработкой планов реструктуризации для 10 регионов, чтобы до конца 2003 г. предоставить их для одобрения соответствующим административным органам. МЗ одобрило планы реструктуризации двух главных регионов: Вильнюсского (в котором находится столица — Вильнюс) и Каунасского. В ведении ГФП и ТФП также находится реализация планов по реструктуризации, подготовленных отдельными больницами в соответствии с региональными планами. Индивидуальные планы необходимо было предоставлять для оценки и одобрения специальной комиссии МЗ. Одобренные планы по-

лучали финансирование из Фонда реструктуризации. ГФП и ТФП были ответственными за финансирование (из Фонда реструктуризации), мониторинг и оценку индивидуальных планов.

Вместе с планами реструктуризации управления была модифицирована система оплаты стационарной помощи, введена оплата по законченному случаю. Целью введения новой системы оплаты стационаров было создание финансовых стимулов, способствующих реструктуризации больниц. Система оплаты была скорректирована в соответствии со стратегическими целями: к примеру, были увеличены ставки за амбулаторную хирургию, а также разработан «негативный» список стационарных услуг — услуг, не включаемых в систему возмещения. В контракты между ТФП и больницами были включены пункты, согласно которым последние должны были приложить усилия по сокращению избыточных мощностей, снижению количества госпитализаций, развитию амбулаторных услуг и услуг дневных стационаров.

Результаты такого прямого вмешательства покупателя услуг в реструктуризацию финансирования больниц оцениваются довольно позитивно. К примеру, число случаев амбулаторной хирургии выросло почти в пять раз, количество амбулаторных услуг выросло на 8 %, а число госпитализаций снизилось с 23,7 до 20,2 на 100 человек. Были закрыты некоторые неэффективные отделения в стационарах, было объединено несколько больниц в столице. Были отмечены позитивные тенденции в показателях деятельности стационаров: небольшое снижение средней длительности госпитализации, увеличение оборота больничных коек и снижение общего их количества.

Несмотря на позитивные тенденции, уровень коечной мощности остается значительно выше среднего по ЕС. К примеру, в 2005 г. количество больничных коек на 100 000 населения было примерно на 35 % выше. Тем не менее идет постепенное изменение менталитета руководителей, а значит, основа дальнейшей реструктуризации с помощью системы закупок услуг (в том числе через внедрение выборочных контрактов) была успешно заложена.

#### iv. Договоренности с поставщиками медицинских услуг: Болгарское национальное рамочное соглашение

Как показывает опыт Болгарии, если покупатель услуг несет ответственность за исполнение обязательств по предоставлению набора гарантированных услуг, но не получает достаточной свободы по распределению ресурсов и возможностей влияния на поставщиков посредством системы их оплаты, то добиться успешной реализации реформы закупок медицинских услуг довольно трудно. Бюджет НФМС Болгарии формируется в ходе правительственного бюджетного процесса. Парламент принимает закон о бюджете, в котором определяется верхняя планка расходов НФМС на заключение договоров с производителями на оказание услуг первичной, вторичной и третичной медицинской помощи (больницы финансируются НФМС с 2006 г.), а также на оплату лекарств



на базе принятого Национального рамочного соглашения. НФМС готовит проекты бюджета и Национального рамочного соглашения для перераспределения ресурсов между статьями расходов в рамках бюджетных лимитов и начинает процесс «переговоров» с болгарскими ассоциациями врачей и дантистов.

Данной системе присущ ряд внутренних проблем: (1) НФМС получает не некую совокупность ресурсов для распределения и управления, а ресурсы, четко распределенные по статьям бюджетной сметы, что оставляет НФМС мало возможностей для маневра и перераспределения (кроме того, не НФМС, а МЗ определяет набор услуг, которые должны финансироваться НФМС и которые не всегда соответствуют доступным ресурсам); (2) по закону НФМС должен заключать договор с любым лицензированным поставщиком медицинских услуг на оказание любых лицензированных услуг (а процесс получения лицензий не соответствует строгим критериям); (3) цены и объем услуг, а также административные требования (информация, контроль и санкции) могут быть предметом переговоров. До 2006 г. Болгарская медицинская ассоциация соглашалась принимать участие в переговорах о ценах и объеме услуг, в том же году было заключено последнее Национальное рамочное соглашение. С добавлением финансирования стационаров объем доступных ресурсов значительно возрос, и Болгарская медицинская ассоциация запросила увеличение доли средств, выделяемых на финансирование входящих в нее врачей, что оставляло бы меньше средств для финансирования больниц, представители которых не принимали участия в переговорах. В результате Национальные рамочные соглашения не заключались в 2007 и 2008 гг. В законах о бюджете НФМС на 2007 и 2008 гг. правительством было решено, что НФМС мог устанавливать цены и объемы в случае, если договоренность по Национальному рамочному соглашению не достигнута до конца календарного года. В результате сложилась неприемлемая ситуация. Отсутствие четких правил переговоров (как в Республике Молдова), неучастие в них представителей больниц, а также роль Болгарской медицинской ассоциации в принятии законов о медицинском страховании — все это создает препятствия для совершенствования системы закупок.

v. Технически продуманная реформа оплаты производителей медицинских услуг, но слабое управление системой закупок услуг: уроки Венгрии

С начала 1990-х гг. в Венгрии прошел ряд серьезных реформ системы оплаты медицинской помощи. К примеру, это была первая страна среди стран ЦЕ/ВЕКЦА, где была введена оплата краткосрочной стационарной помощи по законченному случаю. Среди основных целей этих реформ было повышение эффективности стационарного сектора и равенства при перераспределении ресурсов посредством отхода от финансирования по статьям бюджетной сметы, определяемой на основе имеющихся ресурсов, и перехода к системе оплаты по результатам дея-

тельности. В системе оплаты по законченному случаю пациент, а не существующая инфраструктура является источником дохода. В результате значительно выросла эффективность деятельности стационаров, а также сократились региональные диспропорции в распределении ресурсов (Evetovits 2007).

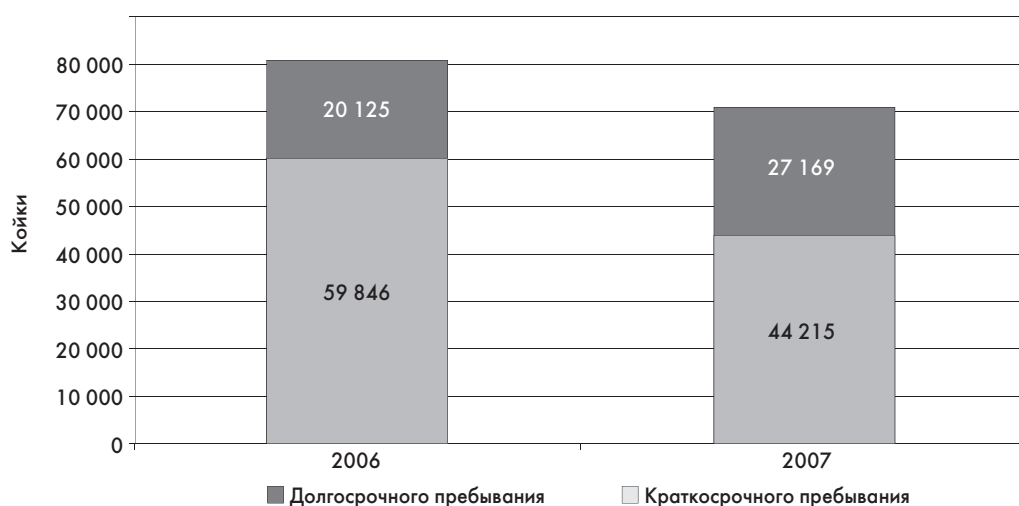
Успеху реформы системы оплаты стационарной помощи способствовал ряд факторов. Во-первых, присутствовал политический консенсус о необходимости повышения эффективности, а также о путях достижения этой цели (Gaál 2005). На него не повлияли ни выборы, имевшие место между 1991 и 2006 гг., ни жаркие дискуссии о том, как улучшить другие аспекты функционирования системы закупок медицинских услуг. Во-вторых, был изучен международный опыт, и существовало четкое понимание, что для успеха потребуются время и последовательность в реализации реформ. Подготовительные работы начались за несколько лет до полномасштабной реализации; как со стороны покупателя, так и со стороны отдельных больниц были проведены все необходимые технические работы; кроме того, в течение четырех переходных лет больницы имели возможность корректировать свою деятельность и подготавливаться к разнице между доходами, получаемыми при оплате по КСГ, и доходами, получаемыми по постатейной смете расходов прошлых лет. В-третьих, постоянная тонкая корректировка системы обеспечила поддержку со стороны участников, стабильное функционирование и постоянную нацеленность на максимальную эффективность, которую только можно получить от использования этого инструмента.

Несмотря на то что Венгрии удалось достичь максимального влияния системы оплаты стационаров по законченному случаю на эффективность системы оказания стационарных услуг, новая система оплаты сама по себе не могла способствовать повышению эффективности распределения ресурсов между секторами здравоохранения, и чрезмерно высокий уровень госпитализации в течение многих лет еще оставался ее слабым звеном. Хотя больницы и предоставляют свои услуги с большей эффективностью, чем раньше, некоторые из этих услуг могли бы быть предоставлены на более низких уровнях, соответственно, еще большей эффективности можно было бы достичь, распространив стимулирование равным образом во все сектора: первичное звено, специализированное амбулаторное и стационарное звенья. Более того, правительство сохранило за собой право принимать решения в вопросах реструктуризации больничного сектора и задержало решение проблемы избыточных мощностей на 10 лет (до 2007 г.). В результате принятые правительством в 2007 г. меры по сокращению стационарных мощностей (сокращение на 25 % коек краткосрочного пребывания, см. рис. 6.2) и по контролю за объемами финансирования (не выше 95 % от базового уровня 2003 г.)<sup>65</sup> вызвали серьезные волнения у участников системы и привели к более негативным последствиям, чем если бы проводились постепенно и параллельно с реформированием системы оплаты

<sup>65</sup> Между 2003 и 2007 г. действовала убывающая шкала цен для объемов свыше 95 % от базового уровня 2003 г. и вплоть до 110 %. Любые затраты сверх этого уровня не покрывались.

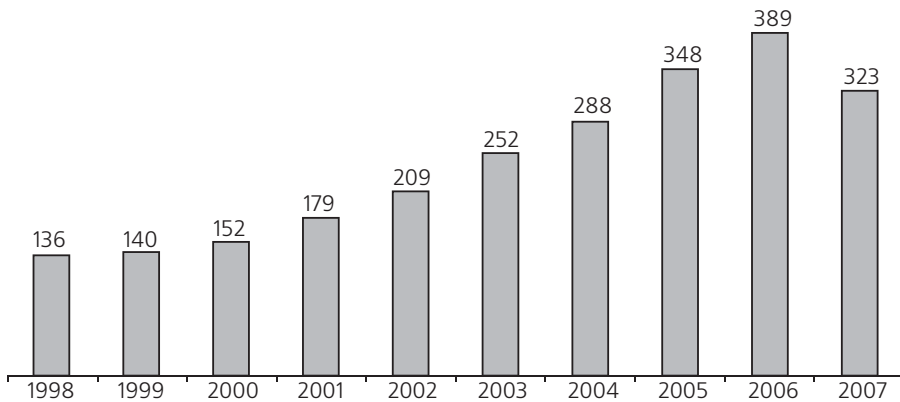
медицинской помощи. Урок Венгрии состоит в том, что введение системы оплаты по законченному случаю (с использованием КСГ и лимитированным бюджетом общих больничных расходов на национальном уровне) не привело к снижению избыточных мощностей или к какой-либо серьезной реструктуризации стационарного сектора, однако оно, безусловно, способствовало разработке правительством собственного плана реструктуризации стационаров и его реализации. Реструктуризация стационарного сектора, проведенная в Венгрии, стала возможной только благодаря политической воле, нацеленной на сокращение избыточных мощностей. При этом система оплаты стационарной помощи способствовала сбору и накоплению информации (и, в некоторой степени, стимулы) для движения больничной инфраструктуры в нужном направлении.

Другой слабой стороной реализации функции закупки в Венгрии стал постоянный дефицит Фонда, в большинстве случаев возникающий из-за перерасходов на оплату медикаментов при амбулаторном лечении. Ограничения, установленные в бюджете на медицинские услуги, способствовали сдерживанию расходов, однако на расходы по оплате медикаментов, которые в Венгрии примерно равны расходам на услуги стационаров, подобных лимитов установлено не было. Такие мягкие механизмы сдерживания субсидий на приобретение медикаментов явились следствием нечеткого распределения ответственности между МЗ и ФМС, а также давления на правительство со стороны фармацевтической промышленности и профессионального медицинского сообщества. В 2007 г. правительство, во избежание все большего роста расходов на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении (рис. 6.3), наконец, решилось вмешаться и сбалансировать бюджет с по-



**Рис. 6.2.** Реструктуризация и уменьшение количества стационарных коек в Венгрии (апрель 2007 г.)

Источник: собственная компиляция авторов на основе данных Министерства здравоохранения Венгрии.



**Рис. 6.3.** Государственные расходы на лекарственные средства по рецептам, Венгрия, млн форинтов, 1998–2007 гг.

Источник: собственные материалы авторов на основе данных Фонда медицинского страхования, Венгрия.

мощью комплекса мер, влияющих на потребление медикаментов как со стороны спроса, так и со стороны предложения.

В 2007 г. ФМС впервые в своей истории закончил финансовый год с профицитом. Проведение решительных и, безусловно, непопулярных мер стоило портфеля двум недолго продержавшимся на своем месте министрам здравоохранения. Извлеченный из этого урок, однако, состоял в том, что для устойчивой работы системы во время кризиса важна не личность политика, а создание такой структуры управления, которая бы предотвращала возникновение дефицита и помогала покупателю медицинских услуг здравоохранения достигать поставленных целей, укладываясь в рамки критичных для финансовой стабильности системы лимитов.

## Д. Уроки реализации реформ

### і. Институциональная структура

**Оптимальная институциональная структура системы закупок зависит от общего контекста в стране и целей реформы закупок.** Создание нового института закупок услуг ассоциировалось в странах ЦЕ/ВЕКЦА с продолжением реформ финансирования здравоохранения. По идее, для достижения ключевых целей реформы — разделения покупателя и поставщика и отхода от исторически сложившихся постатейных бюджетов при распределении ресурсов между поставщиками и внутри них — не обязательно создавать независимого покупателя. Однако на практике многие страны, оставившие функцию закупки услуг в ведении МЗ (даже с учетом создания в рамках МЗ новой организации-покупателя), столкнулись с трудностями в борьбе с казначей-

ской системой, диктующей структуру бюджета для государственных организаций. С другой стороны, такие страны смогли лучше реализовать реформы в сфере закупок услуг и продвинуться в реструктуризации системы оказания медицинской помощи (Кыргызстан, Литва и позднее Венгрия). Страны, которые не создавали новой организации-покупателя (как в составе МЗ, так и вне его), за исключением Казахстана и, в меньшей степени, Узбекистана, не достигли успеха ни в реализации реформ системы оплаты медицинской помощи, ни в каких-либо иных реформах системы закупок. Большинство стран региона остановились на системе «единого плательщика» либо с отдельной структурой для закупок услуг, либо без нее.

***Подотчетность и управление требуют большего внимания.*** Как показывает опыт региона, новые институты зачастую начинали функционировать без создания четкой структуры ответственности и управления. В некоторых случаях это приводило к недостаточной подотчетности и контролю (Казахстан), в других — к чрезмерному контролю и ограничению автономности покупателя (Албания, Грузия, Венгрия). Хотя и существует множество признаков, по которым можно отделить страны переходного периода от уже прошедших этот период, одним из них, безусловно, является недостаточная зрелость институтов. Из опыта стран данного региона сложно сделать однозначный вывод о том, какой из подходов к реализации структуры управления является оптимальным. Однако очевидно, что меры по увеличению прозрачности (такие как выделение независимого контролирующего и регулирующего органов, включение представителей государственных и частных организаций в состав органов управления, а также усиление внутреннего контроля и аудита) могут оказать благотворное влияние.

## ii. Системы оплаты производителей медицинских услуг

***Новые системы оплаты поставщиков в корне изменили отношения между покупателями, поставщиками услуг и населением во многих странах данного региона.*** Новые системы оплаты медицинской помощи заставили поставщиков сконцентрироваться на увеличении объема и, в меньшей степени, качества предоставляемых услуг, нежели чем на финансировании инфраструктуры и персонала. В результате в некоторых странах сложилась более прозрачная и отзывчивая система, в которой большая часть расходов приходится на лечение пациентов (лекарственные средства и более высокие заработные платы персонала). Во многих случаях недостаток возможностей, неадекватные информационные системы и общая негибкость системы приводят к тому, что внедрение новых методов оплаты медицинской помощи все еще находится на базовом, начальном уровне.

***Административная автономия поставщиков услуг является необходимым условием успеха реформ.*** Системы оплаты поставщиков, контрактные механизмы и управленческие информационные системы — все это не принесет успеха в реализации реформ здравоохранения.

ранения, если поставщики услуг не будут иметь возможности реагировать на изменяющиеся стимулы или использовать управленческую информацию для принятия решений. «Автономия» совсем не обязательно подразумевает наличие частных поставщиков, поскольку предоставление государственным поставщикам большей независимости в распределении ресурсов приведет к тому же эффекту. Еще один урок заключается в том, что для развития автономии нужно время. В случае с Кыргызстаном ФОМС успешно воспользовался этим уроком, дав поставщикам время и предоставив советы по распределению ресурсов, чтобы поддержать поставщиков и дать им возможность принять верные решения.

*Реформы систем оплаты медицинской помощи являются не единовременной акцией, а поступательным процессом, включающим в себя реакцию поставщиков, внесение корректив и т.д.* Венгрия в течение двадцати лет множество раз пересматривала свою систему оплаты стационарных услуг по законченному случаю, в том числе перейдя в 2003 г. от установки лимитов общих расходов на стационары к механизму контроля объемов на уровне отдельных больниц. Кроме того, существуют и другие операционные аспекты реформ системы оплаты медицинской помощи, которые в процессе ее совершенствования могут использоваться в качестве дополнительных рычагов давления. К примеру, в результате формирования бюджета могут выделяться отдельные пулы для финансирования отдельных видов услуг, что является дополнительным механизмом перераспределения средств в пользу более экономически эффективных услуг. С помощью организации отдельных пулов для оплаты первичной помощи, амбулаторных и стационарных услуг в некоторых странах покупатели получили возможность использовать новую систему оплаты для активного перераспределения ресурсов в пользу более эффективных услуг (Кыргызстан и Республика Молдова). С другой стороны, разделение бюджета на стационарный, амбулаторный и первичный пулы создало барьер для дальнейшего роста эффективности на всех уровнях медицинского обслуживания (Венгрия). Таким образом, контекст, в котором применяется один и тот же инструмент, имеет чрезвычайно важное значение.

### iii. Внедрение

*Новые реформы в сфере закупок являются важным инструментом, способствующим проведению реструктуризации системы оказания медицинской помощи и решению проблемы избыточных мощностей.* Опыт данного региона показывает, что если реформы системы закупок услуг проводятся в рамках комплексных реформ финансирования здравоохранения (а особенно, если они проводятся вместе с реформами объединения средств, направленными на снижение фрагментации), они могут создать необходимые стимулы и механизмы для перехода к использованию более экономически эффективных услуг, а следовательно, к реструктуризации избыточных мощностей.

**Поэтапная реализация реформ позволяет новым институтам сформироваться, а участникам — адаптироваться к новым условиям.** Поэтапный подход к внедрению и корректировкам на каждой стадии реформ оказался наиболее успешным для создания устойчивых систем закупок услуг, оптимизации институциональных структур, ролей и отношений, а также для повышения потенциала и чувства ответственности среди участников. Прогрессивная политика и реализация реформ в Кыргызстане позволила сложиться ФОМС как институту, способствовала усилению его потенциала, позволила внедрить в сектор здравоохранения некоторые новые бизнес-процессы, позволила осуществлять инвестиции, возврат которых обеспечивается за счет повышения эффективности и равенства. Для формирования институтов в системе здравоохранения, в том числе покупателей и поставщиков услуг, для роста чувства ответственности и гордости, что повысило бы доверие среди населения, — для всего этого требуется время.

**Система закупок может помочь трансформировать реформы финансирования здравоохранения в реальные действия, однако без политической воли невозможно создать благоприятную среду.** Реформы системы закупок могут создать технические механизмы для мотивирования поставщиков проводить реструктуризацию, более эффективно перераспределять ресурсы, создавать и реинвестировать сбережения и т.д. Проведение реформ системы закупок также вызвало в секторе здравоохранения заметные подвижки даже при почти полном отсутствии реформ других функций финансирования. Однако технические механизмы сами по себе — без политической воли по поддержанию общего уровня бюджета здравоохранения и по устранению ограничений на перераспределение средств — не эффективны.

## Литература

- Ahmedov M et al. (2007). Uzbekistan: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(3):1–206.
- Albrecht T et al. (2002). *Health care systems in transition: Slovenia*. Copenhagen European Observatory on Health Care Systems.
- Bara A-C, van den Heuvel WJA, Maarse JAM (2002). Reforms of health care system in Romania. *Croatian Medical Journal*, 43(4):446–452.
- Boncz I et al. (2004). Financing of health care services in Hungary. *European Journal of Health Economics*, 5:252–258.
- Borowitz M et al. (1999). *Conceptual foundation for central Asian republics health reform model*. Almaty, ZdravReform Program.
- Cashin C et al. (2009). Primary health care per capita payment systems. In: Langenbrenner J, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. Washington, DC, World Bank:27–123.
- Evetovits T (2007). The experience with DRGs in Hungary. In: *World Bank Workshop on Health Financing and Purchasing, Ljubljana, 21 May 2007*. WHO Regional Office for Europe and Semmelweis University.

- Gaál P (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gaál P (2005). Benefits and entitlement in the Hungarian health care system. *European Journal of Health Economics*, 6(Suppl. 1):37–45.
- Gaál P et al. (2004). Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2):251–293.
- Gaál P, Evetovits T, Sinkó E (2006). Innovations in health policy: the care managing pilot and the functional deconstructive model of health care systems. In: *Annual EHMA Conference, Budapest, 28–30 June 2006*.
- Georgieva L et al. (2007). Bulgaria: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1):1–156.
- Gjorgjev D et al. (2006). The former Yugoslav Republic of Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(2):1–98.
- Hakobyan T et al. (2006). Armenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(6):1–180.
- Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A (2004). *Health care systems in transition: Slovakia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Jesse M et al. (2004). *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kulzhanov M, Rechel B (2007). Kazakhstan: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(7):1–158.
- Kuszewski K, Gericke C (2005). *Health systems in transition: Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56:171–204.
- Langenbrunner J et al. (2005). Purchasing and paying providers. In: Figueras J et al., eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press:236–264.
- Lekhan V, Rudy V, Shishkin S (2007). *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E90754.pdf>, accessed 20 November 2008).
- Mamedkuliev C, Shevkun E, Hajioff S (2000). *Health care systems in transition: Turkmenistan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Marquez P (2008). *Better outcomes through health reforms in the Russian Federation: the challenge in 2008 and beyond*. Washington, DC, World Bank.
- Ministry of Health of the Kyrgyz Republic (2008). *Mid-term review report: Manas Talimi Health Sector Strategy*. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.
- Nuri B, Tragakes E (2002). *Health care systems in transition: Albania*. Copenhagen, European Observatory on health Care Systems.



- O'Dougherty S et al. (2009). Case-based hospital payment systems. In: Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. Washington, DC, World Bank:125–213.
- Orosz E (2001). *On halfway or wrong way? The near past of our health care system and the options for health policy*. Budapest: Egészséges Magyarországi Egyesület [in Hungarian].
- Radu C-P, Haraga S (2008). Romanian model of hospital financing reform. *Journal of Public Health*, 16:229–234.
- Rokosová M et al. (2005). *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schneider P (2007). *Provider payment reforms: lessons from Europe and America for south eastern Europe. Policy note*. World Bank Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington, DC, World Bank.
- Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M (2008). *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin\\_moldova.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin_moldova.pdf), accessed 20 November 2008).
- Szende A, Mogyorosz Z (2004). Health care provider payment mechanisms in the new EU members of central Europe and the Baltic states: current reforms, incentives, and challenges. *European Journal of Health Economics*, 5(3):259–262.
- Tragakes E, Lessof S (2003). *Health care systems in transition: Russian Federation*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tragakes E et al. (2008). Latvia: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(2):1–251.
- Vladescu C, Radulescu S, Oslavsky V (2000). *Health care systems in transition: Romania*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Voncina L et al. (2006). Croatia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(7):1–106.
- World Bank (2002). *Improving health and health care in Belarus: Belarus health policy note*. Report No. 24203 BY. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Human Development Sector Unit.
- World Bank (2005). *The Republic of Serbia: a policy agenda for a smaller and more efficient public sector*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006). *Bosnia and Herzegovina: addressing fiscal challenges and enhancing growth prospects*. Report No. 36156-BiH. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region Poverty Reduction and Economic Management Unit.
- World Bank (2009a). *Project paper on a proposed additional financing in the amount of euro 5.10 million to Montenegro for the Health System Improvement Project*. (Report No. 50435-ME). Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2009b). *Project paper on a proposed additional financing loan in the amount of euro 10.5 million to the Republic of Serbia for the Health Project*. (Report No. 43156-YF). Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. Washington, DC, World Bank.

## **Охват: право на получение медицинской помощи и соучастие пациентов в ее оплате**

*George Gotsadze, Peter Gaál*<sup>66</sup>

### **А. Введение**

Политика в отношении охвата населения и прав на получение медицинской помощи является точкой пересечения финансовых ресурсов системы здравоохранения и услуг, предоставляемых населению. Следовательно, решения, касающиеся охвата населения и гарантированного набора медицинских услуг, являются критически важными для нахождения баланса различных, а порой и конкурирующих целей политики финансирования здравоохранения. В ответ на сокращение в переходный период ресурсов здравоохранения страны ЦЕ/ВЕК-ЦА предприняли ряд шагов с целью определения набора медицинских услуг, финансируемого за счет государственных средств. Четко определенные гарантии государства в сфере оказания медицинских услуг также были необходимы как часть процесса определения новых договорных отношений между покупателями и поставщиками. Регулирование прав на получение медицинской помощи является политически сложным процессом, особенно в этом регионе, в котором подобные решения исторически не принимались в явной форме. Опыт рассматриваемых стран также показывает, что ограничения ресурсов здравоохранения заставляют принимать решения об уровне охвата населения медицинскими услугами, даже если такие решения не носят явного характера. Однако есть несколько примеров стран, которые реализовали политику охвата и прав на получение медицинской помощи в рамках

<sup>66</sup> Tamas Evetovits и Melitta Jakab также сделали ряд полезных замечаний по более ранним версиям.



**Рис. 7.1.** Три измерения гарантированного набора медицинских услуг

Источник: по материалам Busse, Schreyögg and Gericke, 2007.

более масштабных целей и стратегий реформы здравоохранения и использовали этот мощный инструмент для дальнейшего достижения целей политики финансирования здравоохранения.

Политика охвата включает в себя три измерения: (1) на кого распространяется страхование, или определение и доля населения, имеющего право на получение медицинской помощи («**широта**» охвата); (2) какие услуги покрываются, или гарантированный набор медицинских услуг («**объем**»); и (3) какая стоимость услуг покрывается, и, наоборот, уровень соучастия пациентов в оплате медицинской услуги («**глубина**»)<sup>67</sup>. Эти три измерения<sup>68</sup> политики охвата и права на получение медицинской помощи (показаны на рис. 7.1) воплощены в гарантированном наборе медицинских услуг. Для целей данной главы гарантированный набор медицинских услуг обозначает набор услуг, который определяется и регулируется правительством и/или оплачивается из объединенных фондов либо правительством, либо другим покупателем в сфере здравоохранения от имени лиц, имеющих право на получение гарантированного набора медицинских услуг.

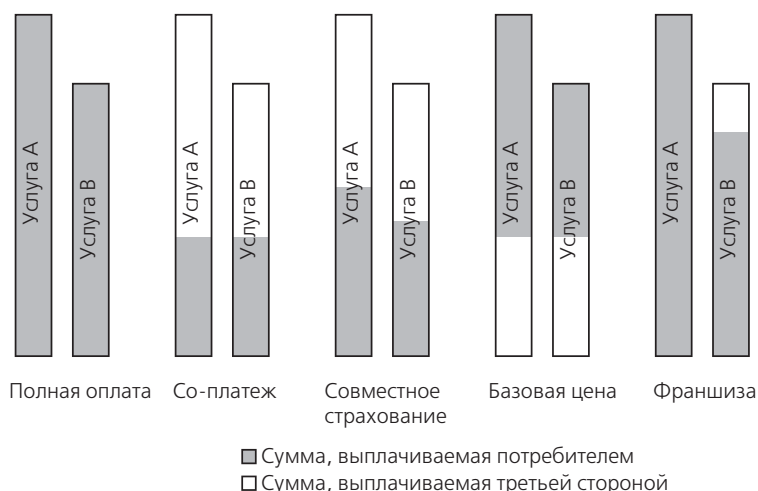
<sup>67</sup> Мы используем несколько иную терминологию, отличную от той, которая используется Busse and colleagues, хотя концепция аналогична их трехмерному подходу. Использование «объема» относится к услугам, которые включены или исключены из гарантированного набора медицинских услуг, и заимствовано у Foubister and colleagues (2006), а использование измерений «объем, глубина и широта» соответствует использованию этих понятий в работе Thomson and colleagues (2009).

<sup>68</sup> Математически три измерения могут быть свернуты в два, так как услуги с нулевой глубиной эквивалентны исключенным услугам, т.е. с нулевым объемом. Это был подход, который первоначально применял Kutzin (1999); однако разделение на три измерения является более целесообразным подходом для процесса принятия решений. Кроме того, вполне возможно использование государственных регулируемых услуг, которые, тем не менее, не предполагают финансового покрытия.

В контексте измерения глубины к понятию разделения затрат относятся его следующие виды: полная оплата, со-платеж, совместное страхование, базовая цена и франшиза. Эти категории описаны на рис. 7.2.

Политика охвата и права на получение медицинской помощи касается всех целей политики финансирования здравоохранения, так как она состоит из способа (явного или неявного), используемого для регулирования услуг в рамках бюджетного ограничения. Ширина, глубина и объем охвата, которые реализуются в системе, являются основными определяющими факторами степени защиты населения от финансовых рисков обнищания в результате необходимости получения медицинской помощи. Ширина охвата и расположение при разделении затрат или исключения сильно влияют на обеспечение справедливости, как с точки зрения бремени финансирования системы, так и доступа к услугам. Решения об уровне охвата и правах на получение медицинской помощи также имеют важное значение для создания прозрачной системы, в которой права, обязанности и связь между ними прозрачны для всех субъектов системы здравоохранения. Роль четкой определенной политики охвата в повышении прозрачности особенно важна в системах стран ЦЕ/ВЕКЦА, в которых неформальные платежи поставили серьезный барьер для повышения эффективности системы здравоохранения. Политика охвата и права на получение медицинской помощи также является инструментом повышения эффективности системы оказания медицинской помощи, так как четко определены услуги, которые должны финансироваться за счет государственных средств, и эффективности управления, поскольку обязательства по возмещению определяются заранее, снижая значение специальных решений о возмещении услуг на момент выставления счета поставщиками.

В этой главе мы сначала кратко рассмотрим сокращение прав на получение медицинской помощи и снижение уровня охвата населения в



**Рис. 7.2.** Терминология разделения затрат

Источник: собственная компиляция авторов.

регионе в начале переходного периода, а затем рассмотрим описательное исследование реформ, проводимых в регионе и затрагивающих права на получение медицинской помощи и охват населения. Мы проведем более подробный анализ опыта реализации реформ в ряде стран, представляющих различные подходы и методики, и, наконец, мы объединим и обсудим тот опыт, который касается важнейших вопросов реформы гарантированного набора медицинских услуг и охвата населения, и их связи с другими функциями финансирования здравоохранения и системы в целом.

## **В. Обзор реформ в сфере прав на получение медицинской помощи в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

### **i. Финансовый переход и сокращение реального охвата населения**

Реформы в сфере прав на получение медицинской помощи в странах ЦЕ/ВЕКЦА были вызваны большим разрывом в государственных обязательствах по обеспечению бесплатной медицинской помощи и теми имеющимися доходами, которые получали в период финансового кризиса в начале переходного периода. Хотя системы здравоохранения региона до переходного периода различались между собой (см. главу 2), с точки зрения охвата они имели общую черту: всеобщий доступ к комплексному набору бесплатных в момент получения помощи медицинских услуг. Официально платным было только приобретение медикаментов при амбулаторном лечении. Вместе с тем во многих странах были широко распространены неформальные платежи, которые, однако, не характеризовались высоким уровнем. Таким образом, унаследованные системы здравоохранения до начала переходного периода в обобщенном виде могут быть охарактеризованы как системы с широким и глубоким охватом, приводящим к высоким уровням финансовой защищенности населения и потребления медицинских услуг.

В течение 1990-х гг. уровень охвата снижался, хотя величина падения варьировала по странам региона в зависимости от финансовых последствий переходного периода. Сокращение возможностей правительств финансировать здравоохранение привело к недостатку средств для поддержания прежнего уровня имеющихся ресурсов и объемов деятельности медицинских учреждений, а также выполнения своих обязательств по обеспечению всеобщего доступа к бесплатному медицинскому обслуживанию. Как описано в главе 3, влияние перехода на уровень охвата населения было наиболее заметным в странах, где экономический кризис был наиболее тяжелым (таких как Кавказ, часть Центральной Азии и Албания), что приводило к возникновению финансовых барьеров в доступности к медицинской помощи и, в частности, высокому

уровню личных расходов граждан. Снижение уровня охвата было менее выраженным в странах, где экономический спад был менее серьезным и восстановление экономики происходило быстрее (например, большая часть ЦЕ), но также происходило повышение уровня частных расходов граждан, наличных платежей и снижение уровня потребления медицинских услуг.

Так, снижение уровня охвата в начале переходного периода происходило в значительной степени неявным образом и не было результатом прямых политических решений. Это было побочным результатом попыток населения справиться с ростом расходов на медицинские услуги и поставщиков — с сокращением финансирования. Эта ситуация была *финансовым толчком* для проведения в странах региона открытой политики реформирования государственных гарантий в сфере предоставления бесплатной медицинской помощи и охвата населения. Реформы были нацелены на сокращение растущего разрыва между формальными обязательствами государства и имеющимися ресурсами и в то же время на то, чтобы конкретным образом решить скрытую проблему снижения уровня охвата, приводящую к резкому сокращению потребления медицинских услуг и росту неудовлетворенности населения.

## ii. Правовые реформы и политика реформирования гарантированного набора медицинских услуг

Безграничные обязательства на обеспечение бесплатного медицинского обслуживания в странах ЦЕ/ВЕКЦА в советский период были закреплены в конституции или законах об охране здоровья. Когда экономическое влияние переходного периода на ресурсы здравоохранения стало очевидным, большинство стран не смогли принять меры по корректировке обязательств с учетом имеющихся ресурсов вплоть до внесения поправок в конституцию или правовые положения. Основные отклонения от права на получение универсального бесплатного и комплексного медицинского обслуживания произошли в период 1989–1998 гг., когда 24 из 27 стран ЦЕ/ВЕКЦА приняли новые конституции со специальными положениями о правах и обеспечении прав на здоровье и/или медицинское обслуживание. В некоторых странах поправки в конституции сохранили универсальные права на медицинскую помощь, но при этом открывали возможности для снижения объема и глубины охвата, создавая правовой механизм для реализации реформ в сфере охвата населения бесплатным медицинским обслуживанием. В других странах, однако, конституционные изменения ограничивали политиков и препятствовали реформам. Типология конституционных изменений в странах региона, связанных с правом на медицинское обслуживание, представлена в табл. 7.1. Во многих странах определение государственных гарантий в сфере предоставления бесплатной медицинской помощи было объектом политических баталий: в некоторых странах под финансовым давлением государственные обязательства сокращались, в других происходило их расширение, что объясня-

лось необходимостью повышения избирательной популярности среди населения.

iii. Элементы реформирования государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи и основные стратегии

В большинстве стран использовались смешанные стратегии для определения государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи, предусматривающие снижение прав на ее получение с целью обеспечения баланса с доступными ресурсами. Страны региона обычно выбирали в качестве основного направления реформы в сфере охвата и прав на получение медицинской помощи одно из трех ранее описанных измерений. Хотя некоторые страны ограничились шириной охвата, связывая набор медицинских услуг с правом на его получение с помощью новых систем медицинского страхования, ни одна из стран не выбрала в качестве своей основной стратегии существенное сокращение ширины охвата. Опыт реализации показывает, что различные стратегии реформы в сфере определения государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи могут быть сгруппированы на основе трех подходов, которые кратко представлены в табл. 7.2, с более подробным описанием реформ для каждой страны, представленным в табл. 7.3<sup>69</sup>.

В целом более богатые страны сохранили или расширили универсальный и комплексный охват, но ввели механизмы разделения затрат (уменьшение глубины). Цели разделения затрат были различными для разных стран: стимулом для введения разделения затрат в Польше, Эстонии, Хорватии и Латвии в первую очередь было достижение финансового баланса. Словакия ввела фиксированные со-платежи на врачебные посещения и лекарства, выписанные врачом при амбулаторном лечении, в качестве меры для рационализации структуры потребления медицинской помощи (Pažitný 2006). Сокращение объема в качестве основного (явного или неявного) направления реформы государственных гарантий наблюдается в странах, где конституция гарантирует бесплатный доступ к медицинским услугам, финансируемым государством (Беларусь, Казахстан, Российская Федерация, Украина, Узбекистан). В странах с наиболее существенным экономическим спадом и без наличия таких правовых препятствий (Грузия и Армения) в качестве основного подхода к реформированию государственных гарантий использовался смешанный подход, использующий элементы всех трех ранее описанных подходов (сокращение объема, глубины и ширины).

Хотя большинство реформ в сфере государственных гарантий и охвата населения было направлено на сокращение прав на получение медицинской помощи, в некоторых случаях гарантии государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи были расшире-

<sup>69</sup> Некоторые страны не внедряли прозрачные методы регулирования, и они не отражены в таблице.

**Таблица 7.1. Положения конституций стран ЦЕ/ВЕКЦА**

Типология положений конституции	Страны
Всеобщее право на здоровье	Венгрия: «Люди, проживающие на территории Венгерской Республики, имеют право на охрану физического и психического здоровья на максимально высоком уровне обслуживания... Венгерская Республика реализует это право в рамках мероприятий по охране труда, деятельности учреждений здравоохранения, мероприятий, обеспечивающих возможности регулярной физической подготовки, а также мероприятий по защите антропогенной и окружающей среды»
Всеобщее право на бесплатное медицинское обслуживание, но объем и глубина права на его получение должны определяться законом	Албания, Армения, Болгария, Хорватия, Эстония, Грузия, Казахстан, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Литва, Республика Молдова, Таджикистан
Всеобщее право на бесплатное медицинское обслуживание, предоставляемое в государственных учреждениях, финансируемых за счет государственных средств	Беларусь, Кыргызстан, Российская Федерация, Украина, Туркменистан
Всеобщее право на медицинское обслуживание без четко определенного способа его предоставления, указанного в Конституции	<p>Азербайджан: «(I) Каждый человек имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. (II) Государство, действующее на основании различных форм собственности, внедряет необходимые меры по содействию развития всех аспектов оказания медицинских услуг, обеспечивает санитарно-эпидемиологическое благополучие, создает различные формы медицинского страхования».</p> <p>Латвия: «Государство охраняет здоровье человека и гарантирует базовый уровень медицинской помощи для любого гражданина».</p> <p>Узбекистан: «Каждый гражданин имеет право на получение квалифицированной медицинской помощи».</p> <p>Бывшая югославская Республика Македония: «Каждому гражданину гарантируется право на охрану здоровья. Граждане имеют права и обязанности по защите и улучшению их собственного здоровья и здоровья других людей».</p>

Источник: собственная компиляция авторов.

Примечание: Чешская Республика не имеет конкретного правового положения о здравоохранении, но ссылается на международный договор; для других стран, которые не перечислены в таблице, либо в Конституции не были найдены положения о медицинском обслуживании, либо текст Конституции не был доступен на английском или русском языках. ЦЕ/ВЕКЦА – Центральная Европа, Восточная Европа, Кавказ и Центральная Азия.

ны. Например, в Албании, Армении, Эстонии, Грузии, Венгрии и Кыргызстане в государственные гарантии было включено ранее не включавшееся возмещение расходов на приобретение отдельных лекарств, выписанных врачом при амбулаторном лечении.

**Главным образом уменьшение глубины происходило наряду с ограниченным сокращением объема.** Практически все страны реализовали, по крайней мере, незначительные изменения в объеме охвата, например, создавая либо «негативные списки» услуг (т.е. набор услуг, не включаемых в государственные гарантии, например услуги, кото-



рые не считаются необходимыми по медицинским показаниям, курортно-санаторное лечение, косметическая хирургия и др., — Чешская Республика, Эстония, Латвия), либо «позитивные списки» (т.е. списки услуг, включаемых в гарантированный список — Болгария). Некоторые страны заменили услуги с низким приоритетом (например, курортно-санаторное лечение, медицинский аборт, акупунктура и т. д.) на услуги с более высоким приоритетом. В этих странах основное направление реформ было поддержание всеобщего охвата для почти всеобъемлющего набора медицинских услуг за счет повышения эффективности использования ресурсов. Например, долгосрочная и реабилитационная помощь была добавлена в Эстонии; Польша и Литва снизили доступность санаторно-курортного лечения<sup>70</sup>, повысив со-платежи пациентов и снизив государственные расходы на эти услуги (Waters et al. 2006), что позволило выделить средства на финансирование других услуг, включаемых в гарантированный список (хотя эти изменения в объеме — увеличение числа услуг в гарантированном наборе — были незначительными).

Практически все страны ввели со-платежи или совместное страхование в ответ на разрыв, который возник между расходами на оказание медицинской помощи и доступными государственными ресурсами. Соответствующей целью введения новых механизмов разделения затрат было сокращение неформальных платежей. Другие цели заключались в целевом охвате социально уязвимых групп и рационализации структуры потребляемой медицинской помощи за счет введения экономических санкций за получение помощи по собственной инициативе, без направления врача (Венгрия, Кыргызстан). Многие страны ЦЕ, которые в настоящее время являются новыми странами — членами ЕС, также установили верхний предел со-платежей, которые выплачивают пациенты в течение календарного года (Латвия) или за госпитализацию (Болгария, Латвия). Практически во всех странах также применяются механизмы разделения затрат при оказании медикаментозной помощи при амбулаторном лечении. Республика Молдова вместо механизмов разделения затрат полагается на листы ожидания, направленные на рационализацию доступа к плановому стационарному лечению.

**В основном снижение объема.** Страны, которые полагаются на возможности снижения объема в качестве основного подхода к реформированию государственных гарантий, как правило, характеризуются конституционным положением о предоставлении бесплатного всеобщего и универсального права государственными и муниципальными учреждениями. Соучастие граждан в оплате медицинских услуг, входящих в гарантированный набор, является незаконным, поэтому единственным способом сокращения гарантий было ограничение списка бесплатных услуг (уменьшение объема), при этом услуги, не входящие в гарантированный набор, должны полностью оплачиваться потреби-

<sup>70</sup> Льготы на санаторно-курортное лечение по-прежнему предоставляются некоторыми странами и финансируются частично за счет объединения ресурсов и/или государственных средств (Российская Федерация, Украина).

**Таблица 7.2.** Краткая информация об основных стратегиях реформирования в сфере государственных гарантий предоставления медицинской помощи в странах ЦЕ/ВЕКЦА

Основное направление реформирования гарантий государства	Описание	Страна
В основном сокращение глублины с ограниченным сокращением объема	Сохранение или расширение универсального всеобщего права, но введение разделения затрат и исключение из списка услуг с низким приоритетом	Большинство новых стран ЕС (с ограниченным разделением затрат), Кыргызстан (с существенным разделением затрат)
В основном сокращение объема	Сохранение всеобщего охвата без разделения затрат, в то же время постепенное сокращение спектра услуг, предоставляемых бесплатно государственными поставщиками	Беларусь, Казахстан, Российская Федерация, Украина, Узбекистан
Уменьшение широты (в дополнение к объему и глублине)	Ограничение охвата населения путем (а) увязки гарантированных услуг с взносами или (б) в контексте значительных финансовых сокращений, попытка направить государственные расходы на бедные и/или другие конкретные группы	(а) Эстония, Республика Молдова (б) Армения, Грузия

Источник: собственная компиляция авторов.

Примечания: ЕС — Европейский Союз; ЦЕ/ВЕКЦА — Центральная Европа, Восточная Европа, Кавказ и Центральная Азия (как определено в главе 1).

телями. Существует ряд важных различий между странами в редакции конституционных положений, что в некоторых случаях создает гибкость. Например, Конституция Российской Федерации допускает различные источники финансирования услуг, включаемых в гарантированный набор услуг<sup>71</sup> (например, бюджет, страховые взносы и другие источники), в то время как Украина была сильно ограничена в использовании различных подходов.

**Уменьшение широты на основе охвата, базирующегося на правах.** В ряде стран всеобщий охват был заменен охватом страхования на основе права на получение медицинской помощи в системе социального страхования. Это создало основу для исключения тех лиц, которые не платят взнос (или взносы, выплачиваемые от их имени), и в ряде случаев (например, Эстония и Республика Молдова) это означало, что охват перестал быть универсальным. В некоторых странах, однако, принцип права на получение медицинской помощи на основе уплаты взноса не был реализован (например, в Венгрии). Только в странах с наибольшими финансовыми ограничениями (например, Армения и Грузия) были предприняты попытки по сокращению уровня населения, имею-

<sup>71</sup> Статья 41(1) Конституции Российской Федерации гласит: «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

щего право на большинство услуг, входящих в гарантированный государством список услуг.

**Исключительные случаи.** Некоторые страны как часть политики реформ в сфере государственных гарантий предоставления медицинской помощи и охвата населения использовали в качестве подхода исключительные случаи. Некоторые категории населения отнесены к группам, которые имеют права на получение расширенного спектра медицинских услуг. Такие категории выделялись на основе «социальных» характеристик (доход, возраст, ветеран войны) или характеристик состояния здоровья — «болезнь/услуги» (туберкулез, рак). Исключения, определяемые по социальным характеристикам, можно рассматривать как расширение широты охвата степени, в то время как исключения на основании характеристики болезнь/услуги отражают больший объем<sup>72</sup>. Целью введения исключительных категорий граждан, формируемых по признаку социальных характеристик, как правило, является обеспечения справедливости и финансовой защиты для уязвимых групп или вознаграждение «привилегированных» групп населения, в то время как целью введения исключений, основанных на характеристиках здоровья, является содействие лечению социально-значимых заболеваний (например, важные с точки зрения внешних эффектов услуги, такие как лечение туберкулеза) или заболеваний, которые явным или неявным образом считаются важными по другим причинам (например, лечение рака). Все страны используют подход исключительных случаев.

В целях обеспечения справедливости посредством внедрения механизмов исключительных случаев, определяемых на основе социальных характеристик групп населения, некоторые страны ввели средства тестирования и предложили более широкий охват медицинскими услугами отдельных домохозяйств (например, Армения и Грузия). Чтобы такие меры были эффективными, необходимо решить несколько проблем. В частности, должен иметь место (1) эффективный и практически осуществимый с точки зрения управления процесс, позволяющий с достаточной степенью точности определять бедные слои населения, и (2) финансовый механизм для преобразования предполагаемых льгот в реальное медицинское обслуживание. Разработка механизмов проверки может быть технически и политически сложной, и если не существует механизма «закупки» этих льгот, предоставляемых в определенных учреждениях, то дополнительные льготы для уязвимых групп населения рискуют остаться без финансирования. В Грузии, Кыргызстане и многих других странах ЦЕ, которые сейчас входят в ЕС, определенные социально уязвимые группы населения освобождаются от со-платежей, и агентство по закупкам возмещает поставщикам стоимость лечения льготных групп населения (см. раздел С). Таким образом, для поставщиков были созданы стимулы для оказания медицинских услуг льготным категориям населения.

<sup>72</sup> Границы между тремя измерениями может быть трудно определить, так как любое расширение степени должно отражать увеличение числа лиц, имеющих право на большее число услуг (объем), а глубина относится к тому, освобождены ли они полностью или частично от разделения затрат в отношении этих дополнительных услуг.

**Таблица 7.3. Изменения в гарантируемых государством списках медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Широта (охват населения)	Объем (и льготные категории с дополнительными услугами)	Глубина (механизмы разделения затрат в рамках гарантируемого государством набора медицинских услуг)
<b>ЕС</b>			
Болгария (Georgieva et al. 2007)	В 2006 г. охват населения ОМС составлял около 87 %	Широкий спектр услуг для застрахованного населения, в том числе хронические заболевания; амбулаторное медицинская/стоматологическая профилактика, диагностика и лечение; скорая помощь; диагностика и лечение в больнице; услуги по материнству и детству, медицинская реабилитация, уход за престарелыми, посещения на дому, паллиативная помощь; ограниченный список амбулаторных лекарств, прописываемых при амбулаторном лечении, и транспортировка к месту предоставления услуг пациентов, имеющих право на их получение	Механизмы разделения затрат были введены в 1998 г. Законом о медицинском страховании. Этот закон предусматривал введение со-платежей за врачебные посещения, стоматологическую помощь и за стационарное лечение (койко-дни). Ставки устанавливаются в процентах от минимальной месячной заработной платы, и фиксируется максимальная сумма со-платежей за стационарное лечение. Существуют льготные категории населения, определяемые как на основе социальных характеристик, так и на основе заболеваний
Чешская Республика (Rokosova et al. 2005)	100 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список	Разделение затрат требуется в основном только для конкретных лекарств, стоматологических услуг и некоторых видов медицинской помощи
Эстония (Jesse et al. 2004)	94 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список (например, службы охраны здоровья на производстве)	Четкое разделение затрат для первичной помощи и специализированных консультаций, стационарной помощи, стоматологических услуг (кроме стоматологических профилактических услуг), свободного выбора учреждения и врача и вспомогательных услуг (например, ночное дежурство, транспорт); существуют льготные категории населения

**Таблица 7.3. Изменения в гарантируемых государством списках медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Широта (охват населения)	Объем (и льготные категории с дополнительными услугами)	Глубина (механизмы разделения затрат в рамках гарантируемого государством набора медицинских услуг)
Венгрия (Gaál and Riesberg 2004; National Election Office 2008)	100 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список	В 2007 г. были введены значительные со-платежи за лекарственные средства, товары медицинского назначения и протезы, долгосрочное лечение хронических больных, за «гостиничные услуги» в стационарах, за получение помощи по собственному желанию, без врачебного назначения; за амбулаторное посещение; за день пребывания в стационаре; за свободный выбор медицинского учреждения и врача. В 2008 г. со-платежи за врачебное посещение и день пребывания в больнице за день были отменены
Латвия (Karaskvica and Tragakcs 2001)	100 %	Всеобъемлющий список услуг, ограниченная медикаментозная помощь при амбулаторном лечении, существует также негативный список	Фиксированные со-платежи («плата пациента») за первичную помощь, консультацию специалиста и стационарное лечение, установлен максимальный размер со-платежей за стационарное лечение и общего объема со-платежей на год на человека
Литва (SPF 2005)	Около 99 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список (например, большинство стоматологических услуг)	Различные ставки совместного страхования для различных лекарств
Польша (Kuzewski and Gericke 2005)	Около 99 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список и некоторые категории дополнительных льгот (стоматологические процедуры, лекарства, медицинское обслуживание в школе и другое)	Разделение затрат на лекарства и медицинские материалы, а также только для санаторного лечения. Другие виды медицинских услуг теоретически бесплатны
Румыния (Vlădescu et al. 2008)	100 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список	Различные ставки для совместного страхования для различных медикаментов плюс пациенты также оплачивают разницу между фактической и референтной ценой, которая используется для возмещения расходов аптек. Разделение затрат допускается для услуг, но не используется, за исключением санаторно-курортного лечения

**Таблица 7.3. Изменения в гарантируемых государством списках медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Широта (охват населения)	Объем (и льготные категории с дополнительными услугами)	Глубина (механизмы разделения затрат в рамках гарантируемого государством набора медицинских услуг)
Словакия (Hlaváčka, Wágner and Riesberg 2004)	100 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список	Четко определенное разделение затрат для первичной помощи, консультации специалистов, за выписку медикаментов и за приобретение медикаментов по рецептам, для стационарного лечения. В 2006 г. новым правительством была отменена плата за амбулаторное лечение
Словения (Markota et al. 1999)	100 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список	Полностью бесплатны услуги для льготных категорий и отдельные медицинские услуги (например, медицинские услуги для детей, планирование семьи, лечение инфекционных заболеваний и производственных травм). Для других услуг ИМСС определяет ставку для совместного страхования от 15 до 95 % от ставки возмещения
<b>Страны ЦЕ, не входящие в ЕС</b>			
Албания (World Bank 2006)	Система государственного страхования, около 40–45 %	Ограниченный. Первичная помощь, предоставляемая вне пределов поликлиник, консультации специалистов и высокотехнологичные диагностические услуги, охватывает ограниченный объем лекарств только для застрахованного населения	Система разделения затрат применяется для жизненно важных лекарственных препаратов. Страховые взносы в теории покрывают примерно 50 % расходов на обслуживание
Босния и Герцеговина (собственная компиляция авторов)	100 %	Ограниченный	Четко определенное разделение затрат для первичной помощи и специализированных консультаций, а также стационарного лечения. Применяется подход исключительных случаев и определяются льготные категории граждан
Хорватия (Voncina, Dzakula and Mastilica 2007)	96,8 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список (в который включаются всего лишь несколько услуг)	Товары медицинского назначения и услуги разделены на 6 групп с определенными уровнями со-платежей: 0, 15, 25, 30, 50, 75 %
БИР Македония (Gjorgjev et al. 2006)	Около 93 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список	Четко определенное разделение затрат для первичной помощи и специализированных консультаций, а также стационарного лечения и лекарств. Применяется подход исключительных случаев и определяются льготные категории граждан

**Таблица 7.3. Изменения в гарантируемых государством списках медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Широта (охват населения)	Объем (и льготные категории с дополнительными услугами)	Глубина (механизмы разделения затрат в рамках гарантируемого государством набора медицинских услуг)
<b>Российская Федерация и западные страны бывших советских республик</b>			
<p>Республика Молдова (MacLehose 2002; Shishkin and Kasevicius 2007)</p>	<p>в 2005 г. после реформы 2004 г., которая предполагала обеспечение права на основе взносов, 74 % населения было официально застраховано</p>	<p>Первичная и неотложная стационарная помощь для застрахованных лиц, а также новые срочные специализированные услуги по направлению с использованием листов ожидания и только медицинскими учреждениями, которые заключили с системой ОМС контракты. Незастрахованные лица имеют право на меньший список медицинских услуг, но имеют право на получение некоторых видов услуг, финансируемых из государственного бюджета</p>	<p>Для специализированных услуг, включаемых в базовую программу ОМС, используется система направлений и листов ожидания. Механизмы разделения затрат не применяются, за исключением сердечно-сосудистой хирургии</p>
<p>Российская Федерация (Tragakes and Lessof 2003; Shishkin 2003)</p>	<p>100 %</p>	<p>Сравнительно ограниченный. Отдельные льготные категории населения имеют право на расширенную программу государственных гарантий</p>	<p>В 88 регионах страны широко применяется практика разделения затрат</p>
<p>Украина (Lekhan and Rudy 2005)</p>	<p>100 %</p>	<p>Сравнительно ограниченный. Отдельные льготные категории населения имеют право на расширенную программу государственных гарантий</p>	<p>Нет</p>
<b>Кавказ и Центральная Азия</b>			
<p>Армения (Republic of Armenia 2003a; World Bank 2005)</p>	<p>100 %</p>	<p>Ограниченный. Постоянно изменяются группы населения и получатели социальной помощи для бедных семей</p>	<p>Нет</p>
<p>Азербайджан (Holley, Akhundov and Nolte 2004; World Bank 2005b)</p>	<p>100 %</p>	<p>Ограниченный. Специальные категории населения</p>	<p>Нет</p>

**Таблица 7.3. Изменения в гарантируемых государством списках медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Широта (охват населения)	Объем (и льготные категории с дополнительными услугами)	Глубина (механизмы разделения затрат в рамках гарантируемого государством набора медицинских услуг)
Грузия (Gamkrelize et al. 2002; Gotsadze et al. 2005)	100 %	Ограниченный. Население, имеющее право на получение пособий по бедности, имеет право на получение комплексной стационарной и амбулаторной помощи	Разделение затрат на уровне больниц; население, имеющее право на получение пособий по бедности, освобождается от со-платежей; лекарства для амбулаторного лечения не финансируются государством; только очень ограниченное число лекарств в отдельных случаях (например, диабет, туберкулез, ВИЧ/СПИД, сахарный диабет) финансируется государством без каких-либо доплат
Казахстан (Kulzhanov 1999; Kulzhanov and Rechel 2007)	100 %	За время существования ОМС (1996–1998) применялись два частично совпадающих списка: «программа государственных гарантий» для всего населения и «базовая программа ОМС» для застрахованного населения. Постановление 2005 г. установило список гарантированных услуг, в который включались скорая, амбулаторная и стационарная помощь. Также в этот список были включены бесплатные медикаменты при амбулаторном лечении детей, подростков и женщин репродуктивного возраста	В соответствии с постановлением 2005 г., механизмы разделения затрат не применяются для услуг, включенных в гарантированный список медицинских услуг. За услуги, не входящие в гарантированный список, взималась плата в полном объеме, хотя практики оплаты медикаментов при амбулаторном лечении значительно варьировали по областям
Кыргызстан (World Bank 2005a; Government of the Kyrgyz Republic 2006)	100 %	Всеобщее для базового набора снижение со-платежей для застрахованных (около 80 % населения) и бесплатные для льготных групп	Различные механизмы разделения затрат для различных групп населения и различных услуг в рамках гарантированного государством списка услуг
Таджикистан (Jakab et al. 2007)	100 %	Ограниченный	Введение гарантированного государством набора медицинских услуг с механизмами формального разделения затрат было начато в 2005 г. и приостановлено в 2006 г. по политическим причинам. В начале 2007 г. правительство пересмотрело подход к реализации и в апреле 2007 г. издало постановление о внедрении гарантированного набора медицинских услуг



**Таблица 7.3. Изменения в гарантируемых государством списках медицинских услуг в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Широта (охват населения)	Объем (и льготные категории с дополнительными услугами)	Глубина (механизмы разделения затрат в рамках гарантируемого государством набора медицинских услуг)
Туркменистан (Mamedkuliev, Shevkin and Hajioff 2000)	Комплексное государственное ДМС – 90 %	Всеобъемлющий список услуг, существует также негативный список	Разделение расходов происходит по схеме государственного ДМС. Отдельные категории населения освобождены от разделения затрат
Узбекистан (Ikhatov and Jakubowski 2001; Ahmedov et al. 2007)	100 %	Закон 1996 г. об охране здоровья граждан определяет широкие права на получение услуг, включая базовый набор, который финансируется государством, и дополнительный набор, который финансируется из других источников. По сути, однако, услуги, не входящие в базовый набор, например медикаменты при амбулаторном лечении, должны быть полностью оплачены пациентами. Однако 13 групп населения имеют право на получение финансовой помощи при оплате медикаментов при амбулаторном лечении, а третичная медицинская помощь, оказываемая специализированными центрами, является бесплатной для 9 групп населения	Официально дихотомический набор с полной глубиной для включаемых в государственные гарантии услуг и отсутствием глубины для тех услуг, которые не включаются в государственные гарантии

*Примечания:* ЕС – Европейский Союз; ЦЕ – Центральная Европа; ИМСС – Институт медицинского страхования Словении; ТВ – туберкулез; ВИЧ/СПИД – вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита; ДМС – добровольное медицинское страхование.; БЮР Македония – бывшая югославская Республика Македония.

## **С. Внедрение в отдельных странах реформ в сфере государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи: описание и анализ**

В этом разделе мы сосредоточимся на более подробном анализе опыта проведения в отдельных странах реформ в сфере государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи. Мы рассмотрим процессы реформирования, чтобы лучше понять, что, почему и каким образом было изменено. Рассмотрение результатов и связей этих изменений с реформами в других сферах системы финансирования — объединения и закупок, — а также с другими изменениями в здравоохранении в целом помогает нам понять основные причины успехов и неудач.

### **і. Венгрия: правовые и политические проблемы на пути к эффективному реформированию**

Венгрия унаследовала обязательства по предоставлению практически комплексного набора медицинских услуг, в котором практически все услуги были бесплатными за исключением очень низких со-платежей за медикаменты, предметы медицинского назначения и протезы. В первые годы реформ здравоохранения, включая восстановление системы социального медицинского страхования, правительство разработало список включаемых в ОМС услуг, который охватывал практически все услуги, за исключением небольшого числа услуг, включаемых в негативный список (Government of Hungary 1992a). Со-платежи за отпускаемые по рецепту лекарства, предметы медицинского назначения, санаторно-курортное лечение, процедуры для эстетических и рекреационных целей были значительно увеличены (Government of Hungary 1992b). Несмотря на это, государственные обязательства по предоставлению медицинской помощи не были сбалансированы с имеющимися ресурсами. Напряженность между возросшим спросом на медицинские услуги, обязательствами по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью и имеющимися ограниченными ресурсами требовала проведения дальнейших реформ. Однако вопросы этого дисбаланса решались косвенными путями, посредством введения листов ожидания, сокращения услуг и использования неформальных платежей.

К 1995 г. ФМС столкнулся с серьезным дефицитом, который в итоге вызвал уменьшение объема и дальнейшее снижение глубины государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи. В то же время правительство приняло пакет законов по стабилизации экономики, часть из которых ограничили натуральные и денежные льготы (Government of Hungary 1995). Эти усилия привели к тому, что оппозиционные партии попытались доказать неконституционность реформ набора гарантированных медицинских услуг. Однако эти попытки не увенчались успехом. Конституционный суд постановил, что право на

здоровье должно быть интерпретировано в рамках экономических показателей страны, и это не означает, что все медицинские услуги должны предоставляться бесплатно в рамках социального медицинского страхования. После этого в 1997 г. был введен закон и приняты соответствующие нормативные акты, которые послужили основой для определения существующей в настоящее время программы социального страхования. В этих документах определяются, какие медицинские услуги являются бесплатными, на какие услуги распространяются со-платежи и какие не включаются в программу ОМС. Однако, как и предыдущие попытки, эти изменения оказались недостаточными, так как по-прежнему применялись неформальные платежи (Gaál 2004).

Совсем недавно Венгрия столкнулась с проблемой дисбаланса между обязательствами системы ОМС и имеющимися ресурсами, связанными с дефицитом государственного бюджета, который в 2006 г. достиг почти 10 % ВВП. Основные направления реформ государственных гарантий в сфере предоставления медицинской помощи в 2006–2007 гг. заключаются в уменьшении глубины охвата путем расширения разделения затрат. Эти меры были обусловлены в основном финансовым кризисом, но МЗ предполагало, что увеличение официального разделения затрат также будет способствовать сокращению неформальных платежей. Новые реформы гарантированного набора медицинских услуг ввели «плату за посещение» (невысокий фиксированный со-платеж) для каждого пациента при посещении врача и фиксированную плату за каждый день пребывания в больнице. Если человек предпочитает идти в больницу или к врачу, к которому он не был направлен, он должен оплатить 30 % от стоимости услуг по совместному страхованию. Совместное страхование для наиболее распространенных медикаментов было увеличено с 50 до 75 %. Опять же, эти меры носили противоречивый характер и вызвали реакцию оппозиционных партий. По поводу вновь введенных со-платежей за врачебное посещение и за стационарное лечение был проведен референдум, на котором более 80 % поддержали отмену этих изменений (National Election Office 2008).

В Венгрии право на здоровье не интерпретируется как безусловное право и правительство имеет право осуществлять реформы по сокращению своих гарантий в сфере здравоохранения, направленные на нахождение баланса между обязательствами и имеющимися ресурсами. Тем не менее значительное прямое сокращение страхового пакета было трудно реализовать. Хотя финансовые трудности заставили правительство рассмотреть реформирование гарантированного набора медицинских услуг, направленное на обеспечение баланса обязательств с ресурсами, конституционные, правовые и, главным образом, политические препятствия сдерживали реализацию реформы — ситуация, которая не ограничена Венгрией. Прямое сокращение гарантированного набора медицинских услуг оказалось непопулярным, так что не удивительно, что сокращение льгот и введение разделения затрат до сих пор было незначительным, за исключением лекарственных средств и товаров медицинского назначения.

## ii. Словения: сочетание инструментов и управление компромиссами

Словения ввела механизмы разделения затрат для услуг, включенных в программу ОМС, в 1992 г., в основном в форме совместного страхования (в диапазоне 15–95 % от расходов). Программа ОМС предусматривает бесплатное предоставление услуг (освобождение от совместного страхования) для отдельных социальных групп (например, дети и подростки (если они проходят дневную форму обучения), неимущие), в набор этих услуг включаются первичная, вторичная и третичная помощь, а также уход (в том числе уход на дому и уход в учреждениях социальной сферы). Кроме того, некоторые услуги, такие как пластическая хирургия и некоторые лекарства, были исключены из программы ОМС (Albrecht et al. 2002).

Введение разделения затрат было связано с дополняющим частным медицинским страхованием для смягчения возможных негативных последствий повышения уровня частных платежей граждан в момент получения медицинской помощи<sup>73</sup>. В 2004 г. частное ДМС охватывало примерно 94 % из тех, кому необходимо оплачивать совместное страхование в государственной системе<sup>74</sup> (Tajnikar and Došenovič 2005). При этом на долю ДМС приходилось около 13 % общих расходов на здравоохранение, в то время как личные расходы пациентов в момент получения медицинской помощи составляли около 10 % (WHO 2008). 98 % расходов частных медицинских страховых компаний покрывали совместное страхование, осуществляемое в рамках государственной системы. В силу широкого распространения дополняющего ДМС этот комплекс мер оказался достаточно успешным в достижении высокой степени финансовой защиты в рамках ограниченных государственных расходов.

Хотя в Словении появились различные варианты охвата и политики обеспечения права на медицинскую помощь, оказалось, что правительство придерживалось исходного концептуального проекта реформ и выполнило необходимые корректировки, требуемые вследствие изменений финансового и политического контекста. В результате охват населения в Словении является всеобщим (100 % степень) и включает в себя комплексный пакет услуг, но со значительным разделением затрат на медикаменты и большинство амбулаторных и стационарных услуг (Markota et al. 1999). Словения приступила к проведению реформ в самом начале переходного периода, и с самого начала четко следовала стратегии значительного уменьшения глубины, наряду с политикой поддержки рынка частного добровольного страхования в целях обеспечения финансовой защиты от высокого уровня соучастия граждан в оплате медицинской помощи.

<sup>73</sup> В целом опыт Словении с реформами дополняющего ДМС рассматривается с точки зрения объема в главе 11; здесь мы акцентируем внимание конкретно на взаимодействии с разделением затрат.

<sup>74</sup> Это составило 76 % всего населения.

Проект и подход к реализации реформ программы ОМС в Словении оказались успешными в сокращении глубины социального медицинского страхования тем, что оказали лишь незначительное воздействие на доступ к медицинской помощи и финансовой защите. Поскольку реформы означали переход от налогообложения заработной платы к дополняющим страховым премиям с фиксированной ставкой, они, вероятно, имели негативное влияние на равенство в финансировании. Но это оказалось политически приемлемым компромиссом, учитывая положительный эффект от реформ в контексте равного доступа и финансовой защиты и одновременно сдерживание роста государственных расходов на здравоохранение. Хотя эти реформы в Словении были политически сложными по нескольким причинам, уступки были незначительными, и правительство не отступило от изначального проекта.

### iii. Украина: ориентированные на конституцию и декларативные реформы

Украина изначально сохранила советскую налоговую систему, обещая всеобъемлющий набор бесплатных общедоступных услуг, предоставляемый в государственных учреждениях здравоохранения, которые гарантируются Конституцией 1996 г. (статья 49): «*В государственных и муниципальных медицинских учреждениях медицинская помощь оказывается бесплатно*». Экономический кризис после обретения независимости привел к несоответствию имеющихся ресурсов и конституционных обязательств по предоставлению бесплатной помощи (UNICEF 2003). Это заставило правительство искать пути для сокращения государственных гарантий. Поэтому в 1996 г. Кабинет министров ввел официальную плату за ряд услуг, предоставляемых в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, но регулирование этих платежей было нечетким. Медицинские учреждения использовали предоставленное право взимать плату за услуги конъюнктурно, что привело к снижению прозрачности и увеличению финансовых барьеров в доступности к медицинской помощи (Lekhan, Rudi and Nolte 2004).

Ограниченная доступность и отсутствие четких границ между бесплатными и платными услугами вызвали большое недовольство среди населения. В 1998 г. решением Конституционного суда постановление правительства 1996 г. было признано неконституционным. Решение суда также требовало разработки «государственных гарантий», отражающих набор бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в государственных и муниципальных учреждениях. Позже в 2001 г. действия правительства были ограничены принятым парламентом *Бюджетным кодексом*, который определял учреждения здравоохранения как «бюджетные учреждения». Это положение возлагало на местные и региональные органы управления ответственность за финансирование по постатейной смете расходов сети го-

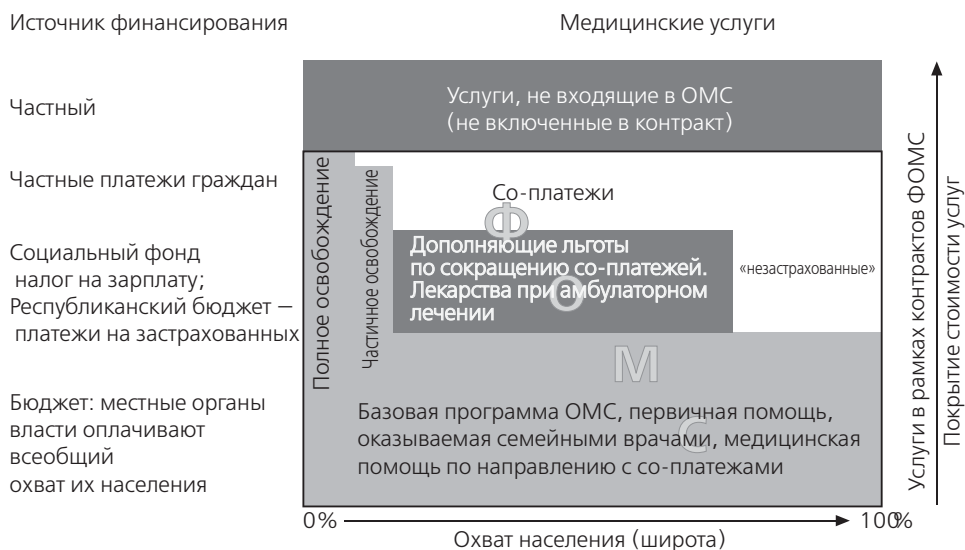
сударственных учреждений здравоохранения, находящихся под их юрисдикцией<sup>75</sup>.

Пытаясь пересмотреть государственные обязательства в сфере предоставления бесплатных медицинских услуг с учетом бюджетных и конституционных ограничений, правительство разделило все медицинские услуги на два списка. В одном списке определяются те услуги, которые оплачиваются за счет государства и должны предоставляться бесплатно в государственных медицинских учреждениях (Government of Ukraine 2002). Во втором списке указываются все услуги, которые не могут финансироваться из бюджета (государственного или муниципального) и должны оплачиваться либо пациентом, либо третьей стороной. Правительство определило категории населения, которые были освобождены от платежей. Однако это решение не сопровождалось соответствующим выделением бюджетных средств, и, таким образом, были даны не обеспеченные финансированием обязательства, которые смещали финансовую ответственность за эти услуги на поставщиков. По сути, эти меры были попыткой предложить универсальную широту охвата для набора услуг с ограниченным объемом, 100 % глубины этих застрахованных услуг и 100 % глубины для услуг из «второго списка» для льготных групп.

На бумаге правительство сократило свои обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи, но границы между бесплатными и платными услугами остаются размытыми и непонятными для населения. Выполнение государственных обязательств является проблемой, поскольку медицинские учреждения государственной формы собственности финансируются по постатейной смете расходов, а обязательства государства определяются в терминах предоставляемых услуг. Таким образом, отсутствует связь между механизмами оплаты медицинских учреждений и гарантиями государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи. При этом система все еще остается непрозрачной, поскольку, как и ранее, решение о том, какие из услуг могут быть платными, принимается на уровне медицинского учреждения. Конечным результатом является то, что услуги, предоставляемые государственными и муниципальными учреждениями, фактически уже не являются бесплатными для потребителей (Lekhan, Rudiya and Nolte 2004). Отсутствие четких связей между бесплатными или субсидируемыми медицинскими услугами и метод оплаты медицинских учреждений по статьям бюджетной сметы превращают права в декларативную форму без эффективных методов предоставления их населению.

Украинский опыт показывает, что, как и в Венгрии, правовые и политические ограничения значительно снижают возможности правительства по нахождению баланса между государственными гарантиями и имеющимися ресурсами. Кроме того, отсутствие реформ в государст-

<sup>75</sup> Аналогичные правовые проблемы наблюдались в Кыргызстане (см. раздел IV, государственные гарантии в Кыргызстане), которые были решены путем пересмотра закона о правовом статусе большинства поставщиков таким образом, чтобы не ограничить возможные варианты финансирования и методов оплаты медицинских учреждений.



**Рис. 7.3.** Источники финансирования государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи в киргизской системе «единого плательщика»

Источник: Kutzin et al. 2002.

Примечания: ФОМС — фонд обязательного медицинского страхования.

венном финансировании здравоохранения и системе оплаты медицинских услуг в Украине привели к тому, что права на получение медицинской помощи не являются прозрачными и решение вопроса о платности отдельных услуг отдано в большей степени на откуп медицинским учреждениям. В результате сложившийся дисбаланс между гарантиями государства и имеющимися ресурсами компенсируется пациентами, которые оплачивают за собственный счет услуги, не входящие в гарантируемый набор, и вынуждены оплачивать неформально те услуги, которые должны быть бесплатными, но пациенты не информированы об этом.

#### iv. Кыргызстан: государственные гарантии как часть комплексной программы реформирования

Как описано в предыдущих главах, Кыргызстан приступил к реформам сектора здравоохранения в 1997 г. в ответ на значительный экономический спад, снижение государственных расходов и быстрый рост неформальных платежей. В 2001 г. в двух *областях* была начата обширная реформа «единого плательщика» (и к 2005 г. она была распространена на всю страну). Эта реформа включала в себя: (1) объединение всех бюджетных средств на *областном* уровне территориальными отделениями ФОМС; (2) полное разделение покупатель-поставщик и заключение договоров с поставщиками, которые вызвали необходимость определения программы ОМС; (3) расширение сферы применения методов оплаты по результатам деятельности, которые стали применяться в рамках финансирования медицинских услуг за счет бюджетных

средств. ФОМС стал использовать эти методы взамен ранее применявшихся методов постатейного бюджетного финансирования. Включение всего населения в ОМС; и (4) обеспечение соответствия механизмов закупки «Программе государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи» для повышения прозрачности системы (Ibraimova 2005). Таким образом, программа государственных гарантий была разработана не как изолированный инструмент, а в контексте системы «единого плательщика» для обеспечения прозрачности прав на получение медицинской помощи и связи с источниками финансирования и методами оплаты поставщиков, как показано на рис. 7.3 (Kutzin et al. 2002).

Основная цель реформирования программы государственных гарантий заключается в повышении прозрачности путем обеспечения баланса между доступными ресурсами и предполагаемой стоимостью оказания услуг. Основным механизмом для этого стало внедрение механизмов разделения затрат, предполагавших введение фиксированных со-платежей за стационарную помощь и амбулаторную специализированную помощь по направлению врача первичного звена (уменьшение глубины).

Льготные группы населения, определяемые по социальным характеристикам и по имеющимся заболеваниям, были сохранены в неизменном виде. В рамках системы «единого плательщика» эти расширенные права были связаны с конкретной стратегией закупки — более высокий уровень оплаты за законченный случай стационарного лечения для пациентов из льготных категорий.

Хотя Кыргызстан сталкивался с аналогичными правовыми проблемами реформирования государственных гарантий, как это было в Украине, киргизское правительство смогло обойти эти ограничения путем изменения правового статуса поставщиков медицинских услуг с «бюджетных учреждений» на «учреждения здравоохранения», которые не получают гарантированный бюджет. Учреждения здравоохранения финансируются на основе контрактов, заключаемых с государственными организациями — покупателями медицинской помощи, что позволяет применять методы оплаты по результатам деятельности и взимать со-платежи. Эти изменения позволили ФОМС заключить договора с поставщиками на предоставление услуг, предоставляемых в рамках программы ОМС, и, следовательно, позволили связать финансирование непосредственно с услугами. Ставки возмещения для этих услуг устанавливаются и регулируются государством, так же как и уровень со-платежей для различных групп населения. Уровень со-платежей ниже для застрахованных граждан и еще ниже или полностью отменяется для лиц, входящих в состав льготных групп населения. И наоборот, уровень возмещения ФОМС за пролеченного стационарного больного выше в случае, если пациент застрахован или относится к льготным категориям (Jakab et al. 2005).

Важным достижением киргизского реформирования государственных гарантий было повышение прозрачности и уровня осведомленно-



сти населения, а также понимание их прав. До внедрения реформ отсутствие ясности в отношении прав в сочетании с большим давлением на поставщиков с целью замены сокращающегося государственного финансирования частными платежами привело к широкому использованию неформальных платежей, в частности при стационарном лечении. Первый год реализации Программы государственных гарантий (с четкой политикой со-платежей) показал, что официальные со-платежи заменили значительную часть неформальных платежей и пациенты в соответствии с новым механизмом разделения затрат платили за услуги примерно столько же из своего кармана, сколько и раньше. Наряду с этим пациенты стали лучше понимать, сколько им придется заплатить в случае госпитализации. Год реализации программы государственных гарантий также продемонстрировал, что ранее неэффективная система льготников стала эффективной после того, как эта система была включена в систему «единого плательщика», использующую для этих категории определенные методы закупок: средний размер личных платежей пациентов, относящихся к льготным категориям, существенно снизился в двух пилотных регионах, применявших систему «единого плательщика», в то время как в других регионах их уровень оставался прежним (Kutzin 2003).

Главный урок, который необходимо извлечь из опыта Кыргызстана, заключается в том, что для достижения успеха большое значение имеет *согласование* политики определения государственных гарантий с другими мероприятиями по финансированию здравоохранения и оказанию услуг, а не использование государственных гарантий в качестве изолированного инструмента. В частности, взаимосвязь отдельных направлений реформ в Кыргызстане отражается в следующем: (1) наличие прямой связи между механизмами закупок и услугами, оказываемыми в рамках программы государственных гарантий; (2) обеспечение прозрачности и простоты<sup>76</sup> в определении государственных гарантий, прав на получение медицинской помощи и со-платежей и (3) введение широкого набора стимулов для медицинских учреждений, направленных на повышение эффективности, качества и справедливости (Ibraimova 2005).

Смогут ли реформы в Кыргызстане поддерживать тот уровень, которого они достигли, пока неизвестно. Время от времени появляется политическое давление, как и во многих других странах, расширить государственные гарантии сверх имеющихся ресурсов. В 2006 г. расширение государственных гарантий, не обеспеченных финансированием, продвигаемое популистскими политическими обещаниями, вызвало обеспокоенность руководителей киргизского здравоохранения и внешних доноров по поводу устойчивости работы системы. Эти четко

<sup>76</sup> Уровни доплаты устанавливаются как фиксированные суммы за один прием и различаются только страховкой пациента и уровнем льгот, а также тем, связан ли этот случай с медицинской, хирургией или беременностью. Это относительно упростило понимание системы обязательств населением в соответствии с пакетом, по сравнению с альтернативным участием в совместном страховании или большом числе различных категорий оплаты, связанных с подробным диагнозом или вмешательствами (Kutzin 2002).

сформулированные проблемы привели правительство вместе с партнерскими донорскими организациями, работающими в рамках широкого секторального подхода (SWAp), к необходимости увеличения средств, направляемых на финансирование «Программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи». Анализ данных о потреблении и расходах за 2006 г. показал, что, несмотря на существенное увеличение потребления медицинских услуг льготными группами населения (дети в возрасте 1–5 лет, зарегистрированные беременные женщины и лица в возрасте 75 лет и старше), увеличение государственного финансирования превосходило потери от снижения доходов за счет освобождения льготных категорий от со-платежей. Однако все еще остается разрыв и остается вопрос, будет ли сохраняться повышение уровня государственных расходов на здравоохранение (Manjjeva et al. 2007).

#### v. Армения: сокращение льгот при существенных бюджетных ограничениях

После обретения независимости в результате распада СССР Армения столкнулась с серьезным экономическим кризисом, что привело к резкому снижению уровня государственных средств, выделяемых на здравоохранение. Величина этого сокращения вынудила правительство принять меры, направленные на достижение сбалансированности обязательства по финансированию услуг с имеющимися ресурсами. По сравнению с другими странами региона, конституционные поправки и новый закон о здравоохранении, позволяющие использовать альтернативные источники и механизмы финансирования услуг здравоохранения, были приняты относительно быстро. Исторически сложившаяся система финансирования здравоохранения была отменена, и были созданы альтернативные механизмы финансирования. В 1997 г. был утвержден гарантированный набор медицинских услуг, финансируемый государством, и были легализованы личные платежи пациентов за услуги, оказываемые в государственных учреждениях и не входящие в гарантированный набор. Спектр услуг, включенных в гарантированный набор, был довольно узким (значительное сокращение объема) и включал в себя ограниченный набор только тех услуг первичной и вторичной помощи, которые считаются экономически выгодными для всего населения (Republic of Armenia 2003). Произошло также сокращение «широты», так как только социально уязвимые группы населения могли получать дополнительные виды помощи.

Необходимость определения гарантированного набора услуг, финансируемого государством, была вызвана реорганизацией системы государственных медицинских учреждений, а также разделением функций закупки и предоставления услуг, что требует определения гарантированного набора услуг как основы для закупки услуг. Все медицинские учреждения были преобразованы в автономные предприятия. В 1998 г. было создано Государственное агентство здравоохранения,

ответственное за закупку медицинских услуг. Агентство объединило средства бюджетов местных и центральных органов власти, выделяемых на здравоохранение, и закупало услуги, включенные в гарантированный набор. МЗ сохранило за собой право на закупку услуг третичной помощи (Hovhannisyan et al. 2001; World Bank 2004).

Гарантированный государством набор медицинских услуг был принят в Армении относительно быстро. Однако процесс принятия решения отражал отсутствие ясного видения приоритетов для включения услуг в гарантированный набор и приоритетов определения групп населения, которые имели бы право на его получение. Этот процесс также характеризовался отсутствием каких-либо четких принципов для расширения охвата в случае увеличения финансирования или сокращения в условиях бюджетного дефицита. Процесс разработки гарантированного государством набора медицинских услуг предусматривал определение, пересмотр и внесение изменений в набор услуг, но этот процесс был подвержен политическому давлению, которое сократило прозрачность и эффективность политики. В первые дни реформы правительство создало рабочую группу, ответственную за разработку гарантированного набора медицинских услуг, а также группу экспертов, которая рассматривала международный опыт, осуществляла анализ заболеваемости и анализ эффективности затрат, ежегодно разрабатывала список программ, которым руководствовались при распределении бюджета<sup>77</sup>. В течение 1997–2001 гг. рабочая группа разрабатывала гарантированный набор медицинских услуг, который ежегодно утверждался правительством и парламентом. Начиная с 2001 г. парламент утверждает только бюджеты для широкомасштабных программ, ответственность за разработку подробного содержания программы делегирована МЗ (Наkobyan et al. 2006).

Делегирование ответственности за определение услуг, подлежащих включению в гарантированный набор, МЗ не предотвратило вмешательства различных заинтересованных групп в процесс принятия решения. Вследствие этого в 1997–2003 гг. ежегодно изменялись как группы населения, имеющие право на получение бесплатной медицинской помощи, так и услуги, включаемые в гарантированный набор. Например, в 1997 г. на бесплатную медицинскую помощь имели право дети в возрасте 0–7 лет. В 1998 г. эта группа была расширена и охватывала детей до 15 лет, но в 2001 г. она вновь была сокращена, охватывая детей в возрасте 0–3 лет. Аналогичным образом, гемодиализ входил в гарантированный набор в 1997–1999 гг., был исключен в 2000–2002 гг., а затем снова включен в 2003 г. В целом услуги исключались в случаях снижения бюджетного финансирования (2000, 2001) и заново включались, когда это было возможно (2003). Такие частые изменения создавали неопределенность для пациентов и приводили к корыстному поведению медицинских учреждений (Наkobyan et al. 2006).

<sup>77</sup> В каждой программе определяется набор услуг, предоставляемых населению, и на основании его стоимости определяется бюджет программы. Содержание всех программ и определяет гарантированный государством набор медицинских услуг.

Гарантированный государством набор медицинских услуг в Армении предусматривал значительное сокращение объема охвата, в то же время предоставляя всеобщий доступ к ограниченному набору бесплатных лечебных и профилактических услуг. Гарантированный набор медицинских услуг был изначально разделен на две части, при 100 % финансовом покрытии (без разделения затрат) входящих в него услуг<sup>78</sup>. Социально уязвимые группы населения и лица, имеющие право на получение пособий по бедности, имеют право на дополнительные бесплатные услуги (сверх гарантированного набора, другие, чем первичная помощь и услуги СЭС): ограниченный спектр услуг по реабилитации и интенсивной терапии, а также профилактике заболеваний. Для остальной части населения эти услуги подлежат оплате в момент их получения.

Низкий уровень финансирования и планирования сказались на эффективности введения гарантированного государством набора медицинских услуг в Армении. Из-за плохого финансового положения ГАЗ получало в среднем лишь около половины своего утвержденного бюджета. МЗ отреагировало на это, определив ставки возмещения на уровне ниже фактической стоимости оказания услуг в медицинских учреждениях (Hovhannisyan et al. 2001), вместо того, чтобы, например, сократить гарантированный объем. Низкие ставки возмещения за услуги, включенные в гарантированный набор, не поощряли поставщиков обслуживать бедные и уязвимые группы, имеющие право на более широкий спектр бесплатных услуг. Ситуация способствовала скрытому регулированию и росту неформальных платежей, которые негативно влияли на обеспечение справедливости финансирования и потребления услуг и финансовой защиты (World Bank 2004).

Реформы финансирования в Армении имеют некоторое сходство с реформами в Кыргызстане, например в разделении функций закупки и оказания услуг посредством создания ГАЗ и предоставления независимого правового статуса для поставщиков, в объединении финансовых средств и переходе от метода оплаты медицинских учреждений в зависимости от имеющихся ресурсов к методам оплаты в зависимости от результатов деятельности. Однако в отличие от киргизских реформ реформирование гарантированного набора медицинских услуг в Армении не было тесно связано с другими изменениями в сфере финансирования здравоохранения. Определение гарантированного государством набора медицинских услуг в терминах узких услуг (а не на уровне медицинской помощи — первичной, вторичной или третичной) и постоянные изменения как его содержания, так и групп, имеющих право на получение услуг в рамках этого набора, вызывали сложности для по-

<sup>78</sup> В 2001 г. правительство провело эксперимент по введению механизмов разделения затрат при оказании услуг в сфере охраны материнства, но в 2002 г. в силу серьезного протеста со стороны медицинских учреждений и парламента отказались от этой системы. Во второй раз попытка введения механизмов разделения затрат оказалась более успешной. В 2004 г. в Ереване на пилотной основе были введены механизмы разделения затрат для стационарного лечения (причем это не относилось к льготным категориям населения). Предполагалось позже распространить эту практику на всю страну (Накобян et al. 2006).

нимания среди населения. Медицинские учреждения воспользовались отсутствием прозрачности в свою пользу, взимая плату за услуги, входящие в гарантированный государством набор, а потребители не были достаточно проинформированы, чтобы эффективно отстаивать свои права.

## **D. Обобщение полученного опыта**

Сложность экономического и финансового перехода во многом определяет степень сокращения гарантированного государством набора медицинских услуг по мере продвижения стран к сокращению разрыва между тем, что было обещано, и тем, что может быть предоставлено. Большинство стран ЦЕ, которые в настоящее время являются членами ЕС, сохранили всеобщий охват с предоставлением обширного набора услуг, снижая в основном глубину за счет внедрения механизмов разделения затрат для ограниченного набора услуг и медикаментов. В зависимости от их способности решать конституционные и политические проблемы страны бывшего Советского Союза, которые финансово меньше ограничены, сосредоточены на сокращении объема или объема и глубины. Страны бывшего Советского Союза, имеющие больше ограничений, вынуждены идти на более значительные сокращения объема, глубины, а иногда и широты охвата.

Реформы в сфере определения гарантированного государством набора медицинских услуг, похоже, являются неизбежным и непрерывным процессом согласования обязательств с ресурсами, определяемым как внутренними, так и внешними по отношению к системе здравоохранения факторами. Это задача для политиков в равной степени и в богатых, и в бедных странах. Изменение демографии, технологических прогрессов, сопровождаемых инфляцией в здравоохранении, экономический переход и финансовое давление — это факторы, которые оказывают давление на систему финансирования здравоохранения и требуют проведения упреждающих (а не ответных) мероприятий при разработке реформ гарантированного государством набора медицинских услуг. Сокращения гарантированного набора медицинских услуг были непопулярными, но необходимыми политическими решениями, и нередко трудно установить влияние таких сокращений на обеспечение справедливости. Некоторые страны достигают большего успеха, чем другие, и различия свидетельствуют о необходимости извлекать уроки.

Реформы в сфере определения гарантированного государством набора медицинских услуг являются политически сложной задачей и привлекают значительное внимание со стороны политиков и общественности, потому что, несомненно, такие реформы включают ясные решения о рациировании. Очевидно, рациональное (с экономической точки

зрения) предложение о сокращении гарантированного набора оспаривалось в судах (например, в Украине и Венгрии) или с помощью других политических процессов и отказов. Тем не менее даже в сложной политической и правовой ситуации некоторые страны смогли показать лучшие результаты, чем другие. Таким образом, анализ политической и экономической ситуации заинтересованных сторон может предложить формализованный и структурированный метод рассмотрения большого числа факторов, влияющих на формирование гарантированного набора медицинских услуг, который может помочь определить цели реформы в конкретном политическом контексте. Даже если решение об определении приоритетов уже принято, довольно часто остается разрыв между тем, что хотели достичь лица, принимающие решения, и тем, что реально достигается. Этап реализации политики также может подвергаться политическому и социальному влиянию (что наблюдается во всех странах, которые подробно здесь рассмотрены). Таким образом, подходы к разработке гарантированного государством набора медицинских услуг и его реализации должны формироваться индивидуально для конкретных политических условий, и механизмы реализации должны быть четко определены и адекватно управляемы.

Прозрачность и информированность об услугах, включенных в гарантированный государством набор медицинских услуг, являются решающими факторами для населения, для реализации его права на бесплатную медицинскую помощь и защиты его прав. Опыт Украины, Венгрии и Армении, рассмотренный здесь, показывает, что постоянные изменения в гарантированном государством наборе медицинских услуг только запутывают людей и предоставляют возможность медицинским учреждениям принимать решения о платности/бесплатности предоставляемых услуг. Таким образом, поставщики медицинских услуг могли использовать свое доминирующее положение на рынке для сбора платежей с пациентов, легально или нарушая законодательство. Таким образом, разработка прозрачного процесса определения гарантированного государством набора медицинских услуг, стабильность самого набора и информирование общественности являются ключевыми факторами успеха реформирования в этой области.

Реформы в сфере определения гарантированного государством набора медицинских услуг важны, но для достижения успеха они должны реализовываться последовательно и быть частью комплексной стратегии реформирования системы финансирования здравоохранения. В краткосрочной перспективе всегда проще заявить, что люди имеют права на что-либо, чем лишить их уже имеющихся прав, но заявления можно осуществлять только в том случае, если они являются реалистичными. Обещания, не соответствующие реальности, приведут в результате к «неформальному» гарантированному набору, где права регулируются пациентами и поставщиками и находятся вне контроля государства, оказывая негативное влияние на обеспечение справедливости и доступности, на эффективность и прозрачность, а также на доверие к системе здравоохранения. Правительства, которые признали

необходимость прозрачности определения гарантированного набора и политики охвата, своевременно приступили к реализации реформ и определили этапы реализации реформ, включающие обоснованные и политически реализуемые мероприятия, как представляется, показывают лучшие результаты (например, Словения). И наоборот, опыт Армении и Кыргызстана показывает, что даже в условиях финансового кризиса сокращение прав на получение бесплатной медицинской помощи на первом этапе реализации реформ является нецелесообразным. Несмотря на резкое сокращение государственных расходов на здравоохранение в Армении, политика ограничения гарантированного набора услуг за счет исключения большинства услуг для большей части населения не была эффективной. При аналогичном (хотя и не столь серьезным) финансовом шоке Кыргызстан сначала создал институциональную структуру и стимулы для организаций (ФОМС, ответственный за закупку услуг), направленные на разрешение проблем неэффективности системы, и только потом, когда был сформирован институт закупок, перешел к формализации гарантированного государством набора медицинских услуг. Стремление в первую очередь сократить гарантированный набор услуг и повысить уровень официального разделения затрат до того, как эти механизмы будут внедрены, вероятно, приведет к невозможности реализации обещаний гарантировать установленный государством набор.

Успешное реформирование гарантированного набора медицинских услуг не является обособленной задачей, а скорее концептуально связано и последовательно реализуется комплексными реформами в области финансирования здравоохранения, включая разделение покупатель-поставщик, реформу оплаты поставщиков, развитие частного страхового рынка, изменение статуса поставщиков с целью преодоления правовых препятствий и т. д. Опыт Украины, Армении и Венгрии показал, что попытки рационализации гарантированного набора медицинских услуг без тесной связи с другими реформами в сфере финансирования здравоохранения не привели к положительным результатам. Для сравнения, в Кыргызстане и Словении реформы гарантированного набора тесно интегрированы с более широкомасштабными изменениями в системе финансирования здравоохранения, и в итоге они привели к лучшим результатам.

## Литература

---

Ahmedov M et al. (2007). Uzbekistan: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(3):1–206.

Albrecht T et al. (2002). *Health care systems in transition: Slovenia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Busse R, Schreyögg J, Gericke C (2007). *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. HNP Discussion Paper. Washington, DC, World Bank.

- Foubister T et al. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gaál P (2004). *Informal payments for health care in Hungary* [dissertation]. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London.
- Gaál P, Riesberg A (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gamkrelidze A et al. (2002). *Health care systems in transition: Georgia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Georgieva L et al. (2007). Bulgaria: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(1):1–156.
- Gjorgjev D et al. (2006). The former Yugoslav Republic of Macedonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(2):1–98.
- Gotsadze G et al. (2005). *Descriptive background to health care financing reform strategy development in Georgia*. Health Care Financing Discussion Paper No. 1). Tbilisi, CoReform Project.
- Government of Hungary (1992a). *Act IX of 1992 on the amendment and completion of Act II of 1975 on social insurance, Articles 4, 5 (15, 16/A) (promulgated: 09/03/1992)*. Budapest, Government of Hungary.
- Government of Hungary (1992b). *Government Decree No. 107/1992. (VI. 26) Korm. on health services which can be utilized with co-payments only and on the method of payment; Articles 2, 3*. Budapest, Government of Hungary.
- Government of Hungary (1995). *Government Decree No. 89/1995. (VII. 14) Korm. on occupational health services*. Budapest, Government of Hungary.
- Government of the Kyrgyz Republic (2006). *Program of the state guarantees on providing Kyrgyz Republic citizens with the health care for the year of 2006*. Government resolution of Kyrgyz Republic. Bishkek, Government of the Kyrgyz Republic.
- Government of Ukraine (2002). *Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine as of July 11, 2002 #955 about endorsement of a program about providing to the citizens of guaranteed by the state free of charge medical health care*. Kiev, Government of Ukraine.
- Hakobyan T et al. (2006). Armenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(6):1–180.
- Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A (2004). *Health care systems in transition: Slovakia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Holley J, Akhundov O, Nolte E (2004). *Health care systems in transition: Azerbaijan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hovhannisyan S et al. (2001). *Health care systems in transition: Armenia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Ibraimova A (2005). Health financing reform in the Kyrgyz Republic: addressing equity, access, efficiency. In: *International Conference on Social Health Insurance in De-*



*veloping Countries, Berlin, 21–23 November 2005* ([http://www.shi-conference.de/download/Session%207\\_Abstract\\_Dr%20Ibraimova.pdf](http://www.shi-conference.de/download/Session%207_Abstract_Dr%20Ibraimova.pdf), accessed 4 September 2006).

Ilkhamov FA, Jakubowski E (2001). *Health care systems in transition: Uzbekistan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Jakab M et al. (2005). *Evaluating the Manas health sector reform (1996–2005): focus on health financing*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 31. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health ([http://www.hpac.kg/images/pdf/EvaluationofHealthfinancing\\_E\\_PRP31.pdf](http://www.hpac.kg/images/pdf/EvaluationofHealthfinancing_E_PRP31.pdf), accessed 6 June 2006).

Jakab M et al. (2007). *The basic benefit package and patient financial burden at the hospital level: an intermediate investigation*. Technical report. Dushanbe, Republic of Tajikistan Ministry of Health and WHO Regional Office for Europe.

Jesse M et al. (2004). *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Karaskevica J, Tragakes E (2001). *Health care systems in transition: Latvia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Kulzhanov M (1999). *Health care systems in transition: Kazakhstan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Kulzhanov M, Rechel B (2007). Kazakhstan: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(7):1–158.

Kuszewski K, Gericke C (2005). *Health Systems in Transition: Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Kutzin J (1999). Enhancing the insurance function of health systems: a proposed conceptual framework. In: Nitayarumphong S, Mills A, eds. *Achieving universal coverage of health care*. Nontaburi, Ministry of Public Health Office of Health Care Reform:27–101.

Kutzin J (2002). *Note on patient awareness of co-payment levels*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 17. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health.

Kutzin J (2003). *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 24. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/images/pdf/PERJKforPRP24.pdf>, accessed 6 June 2006).

Kutzin J et al. (2002). *Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health system*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 21. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/images/pdf/RAPPRP21.E.pdf>, accessed 6 June 2006).

Lekhan V, Rudiy V (2005). *Key strategies of health care sector further development in Ukraine*. Kiev, Rajevskiy.

Lekhan V, Rudiy V, Nolte E (2004). *Health care systems in transition: Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

MacLehose L (2002). *Health care systems in transition: Republic of Moldova*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

- Mamedkuliev C, Shevkun E, Hajioff S (2000). *Health care systems in transition: Turkmenistan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Manjjeva E et al. (2007). *Analysis of the medium-term financial sustainability of the state guaranteed benefits package*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 43. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/images/pdf/PRP43.E.pdf>, accessed 3 April 2008).
- Markota M et al. (1999). Slovenian experience on health care reform. *Croatian Medical Journal*, 40(2):190–194.
- National Election Office (2008). *Referendum 2008*. Budapest, National Election Office ([http://www.valasztas.hu/main\\_en.html](http://www.valasztas.hu/main_en.html), accessed 18 March 2008).
- Pažitný P (2006). *Health system reforms significantly contributed to stabilizing public finance*. Bratislava, Health Policy Institute (<http://www.hpi.sk/attachments/profit.pdf>, accessed 6 June 2006).
- Republic of Armenia (2003). *Government Decree Number 246: State-guaranteed free medical care and services for various population groups*. Yerevan, Republic of Armenia.
- Rokosová M et al. (2005). *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Шишкин С. (2003). *Формальные и неформальные правила платежей за медицинскую помощь*. Москва, Институт экономики переходного периода ([www.iet.ru](http://www.iet.ru), accessed 1 June 2006).
- Shishkin S, Kacevicius G (2007). Health finance reform in Moldova: a step backwards, two steps forward. In: *iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics Paper* (<http://ssrn.com/abstract=992315>, accessed 18 January 2010).
- SPF (2005). *State patient fund of Lithuania*. Vilnius, State Patient Fund under the Ministry of Health.
- Tajnikar M, Došenovič P (2005). *The development of voluntary health insurance in Slovenia and its role in funding health care*. Ljubljana, University of Ljubljana Faculty of Economics.
- Thomson S et al. (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. Consultation draft background document produced for the Czech Presidency of the European Union conference on the financial sustainability of health systems in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tragakes E, Lessof S (2003). *Health care systems in transition: Russian Federation*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- UNICEF (2003). *Social monitor 2003*. Florence, United Nations Children's Fund Innocenti Research Centre.
- Vlădescu C, Radulescu S, Căce S (2006). *The Romanian health care system: between Bismarck and Semashko in decentralization in health care: analyses and experiences in central and eastern Europe in the 1990s*. Budapest, Local Government and Public Service Reform Initiative/Open Society Institute ([http://lgi.osi.hu/publications/2005/274/9Health\\_Romania.pdf](http://lgi.osi.hu/publications/2005/274/9Health_Romania.pdf), accessed 5 October 2006).
- Vlădescu C et al. (2008). Romania: Health system review. *Health systems in transition*, 10(3):1–172.

Voncina L, Dzakula A, Mastilica M (2007). Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80:144–157.

Waters H et al. (2006). *Health care modernization in central and eastern Europe*. Washington, DC, Johns Hopkins University and the Center for Strategic and International Studies.

WHO (2008). *National health accounts country information: Slovenia*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/SVN.xls>, accessed 7 April 2008).

World Bank (2004). *The World Bank implementation completion report for a health financing and primary care development project*. Report No. 29233-AM. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2005a). *Review of experience of family medicine in Europe and central Asia*. Volume I: *Executive summary*. Report No. 32354-ECA. Washington, DC, World Bank. Human Development Sector Unit Europe and Central Asia Region.

World Bank (2005b). *Azerbaijan health sector review note*. Volume II: *Background papers*. Report No. 31468-AZ. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2006). *Albania health sector note*. Report No. 32612-AL. Washington, DC, World Bank.

Часть 3

**Улучшение деятельности  
систем финансирования  
здравоохранения**



## **Финансирование капитальных затрат и снижение постоянных затрат на здравоохранение**

*Dominic S. Haazen, Alexander S. Hayer*

### **А. Введение**

Концептуальная структура финансирования системы здравоохранения, как правило, применяется для анализа постоянных затрат, связанных с конкретными медицинскими услугами. Капитальные затраты рассматриваются в рамках более широкой концепции системы здравоохранения (WHO 2000) как часть системы «создания ресурсов» или «инвестиций». Однако капитальные затраты необходимо финансировать, и различные способы, которые страны применяют для этого, не были тщательно проанализированы. Вопрос требует внимания, поскольку, как отмечалось в главе 2, системы здравоохранения в регионе унаследовали чрезвычайно разветвленную инфраструктуру и в постпереходный период в силу снижения государственных доходов в сочетании с последующим сокращением (часто существенным) субсидий на оплату электроэнергии многие страны столкнулись с ухудшением состояния основных фондов (например, ветхое состояние больниц, устаревшее медицинское оборудование и т. д.). Эта ситуация негативно сказывается на важных аспектах деятельности системы финансирования здравоохранения, в частности эффективности и качества предоставляемых услуг. В результате высоких постоянных расходов на коммунальные услуги большая и устаревшая инфраструктура также имела косвенное негативное воздействие на справедливость и финансовую защиту, поскольку более высокая доля текущих расходов шла на оплату отопления и электричества и все меньше государственных средств оставалось для приобретения медикаментов и товаров медицинского назначения. По-

этому в рамках данной главы рассматривается опыт реформ, направленных на сокращение физической инфраструктуры (и постоянных затрат) здравоохранения.

Эта глава начинается с концептуальных основ рассмотрения понятий капитальных затрат и связанных с ними постоянных затрат, а затем делается обзор доступных данных о капитальных расходах и постоянных затратах как в странах с переходной экономикой ЦЕ/ВЕКЦА, так и в некоторых странах Западной Европы. Затем рассматриваются соответствующие данные о расходах на коммунальные платежи, так как во многих странах с переходной экономикой они имеют достаточно большой вес в общих расходах на здравоохранение и непосредственно связаны с огромной инфраструктурой здравоохранения. Далее представлены примеры планов и программ по сокращению избыточной инфраструктуры здравоохранения, и на основе этих примеров приводятся оценки общей потребности в капитальных расходах, имеющих отношение к региону стран ЦЕ/ВЕКЦА в целом. Затем следует обсуждение текущих и возможных будущих механизмов финансирования капитальных затрат, а также выводы в конце главы.

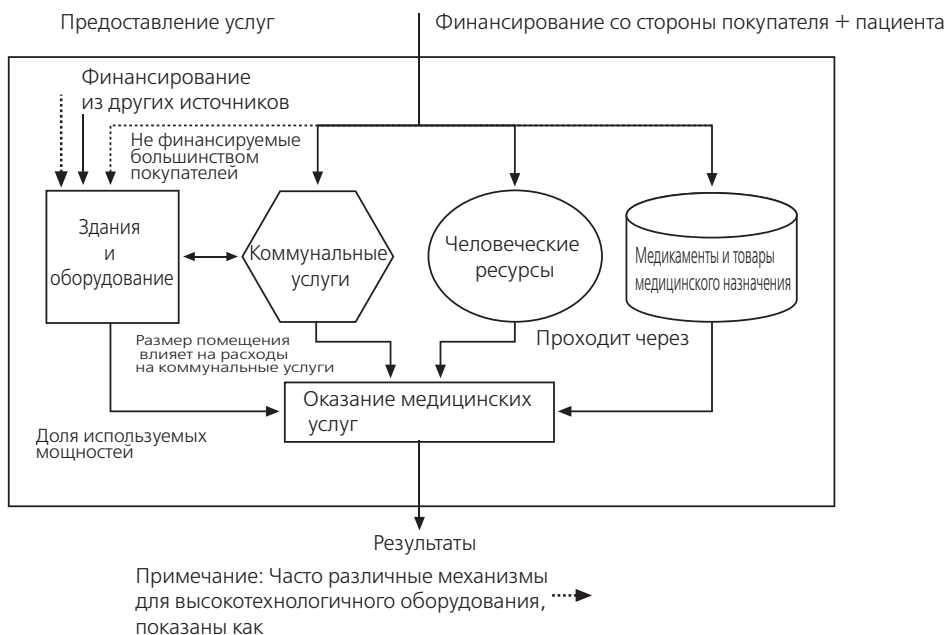
## В. Дифференциация капитальных и постоянных расходов

### і. Основы определения капитальных и постоянных расходов

На рис. 8.1 показан элемент «Предоставление услуг» в рамках системы финансирования здравоохранения (см. главу 1, рис. 1.5), что дает возможность взглянуть на финансовые потоки и взаимодействия, которые происходят при предоставлении услуг. Показано четыре основных параметра: человеческие ресурсы, медикаменты и товары медицинского назначения, коммунальные услуги, а также здания и оборудование. Человеческие ресурсы и коммунальные услуги переходят на медицинские услуги, поскольку они не могут быть складированы. Медикаменты и товары медицинского назначения могут храниться на складе, поэтому количество приобретенных товаров не всегда соответствует количеству, используемому в процессе предоставления медицинских услуг.

Наконец, капитальные активы (например, здания и оборудование) лишь частично использовались каждый год при предоставлении услуг и могут быть использованы в течение разных периодов времени в зависимости от характеристики активов. Финансирование различных типов ресурсов, как правило, отличается, наибольшее различие обычно наблюдается в категории капитальных активов.

В контексте данной главы *постоянные расходы* определяются как расходы, которые в течение определенного периода времени



**Рис. 8.1.** Основы для проведения анализа ресурсов, необходимых для оказания медицинских услуг

Источник: Собственная компиляция авторов.

(обычно год) не изменяются в связи с объемом деятельности, осуществляемой поставщиком медицинских услуг. Типичным примером постоянных расходов являются коммунальные услуги и персонал, занятый полный рабочий день (например, палаты необходимо отапливать и освещать независимо от того, заняты они или нет).

**Капитальные расходы** определяются как расходы, связанные с приобретением, установкой и периодическим ремонтом материально-технической базы, транспортных средств и оборудования (совместно именуемые капитальными активами), срок службы которых составляет более одного года. Текущее обслуживание капитальных активов не относится к капитальным расходам.

Капитальные и постоянные расходы часто взаимосвязаны. Например, устаревшая конфигурация больничной палаты может потребовать больше персонала и затрат на отопление, в то время как вложение средств в улучшение физической инфраструктуры может быть целесообразно с точки зрения снижения необходимости в персонале и затрат на коммунальные услуги. И наоборот, некоторые производители оборудования могут предлагать медицинское оборудование по более низким ценам (или вообще бесплатно), но это может быть связано с более высокими текущими затратами на расходные материалы, обслуживание и запасные части. Эти механизмы не только влияют на смещение расходов с капитальных на текущие, но могут также привести к зависимости медицинского учреждения от конкретного производителя.



Большинство агентств, закупающих медицинские услуги, не финансируют капитальные активы явным образом или включают положения о возмещении капитальных расходов в формулы финансирования. Финансирование капитальных затрат осуществляется непосредственно МЗ и/или местными органами власти путем пожертвований и за счет других источников. Часто существуют другие механизмы финансирования строительства объектов и приобретения дорогого (высокотехнологичного) медицинского оборудования, которые могут привести к ограничению распространения дорогостоящего оборудования с высокими эксплуатационными расходами. В условиях жестких ограничений государственного финансирования здравоохранения и с учетом унаследованных устаревших зданий и оборудования эта сфера финансирования здравоохранения является одной из наиболее проблемных.

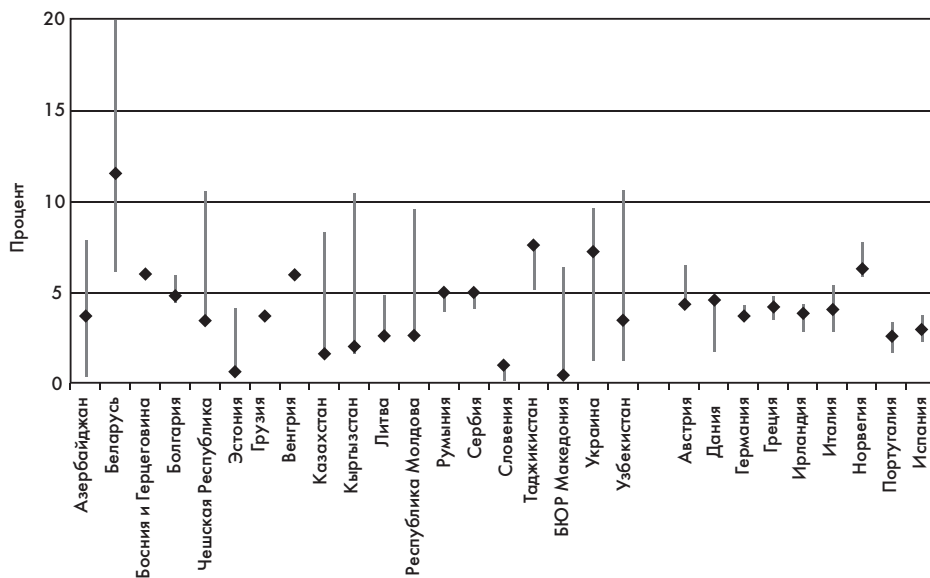
## ii. Доля капитальных расходов в общих расходах на здравоохранение

Для разрешения сложившихся проблем требуются огромные инвестиции в развитие материально-технической базы, хотя большинство стран в состоянии лишь поддерживать имеющуюся базу, не говоря уже об инвестициях, которые необходимы для принципиального улучшения общей ситуации. Кроме того, имеющиеся данные являются ограниченными и несовместимыми между различными источниками, поэтому полный масштаб проблемы не вполне очевиден.

Различия в определениях капитальных расходов очень значительны. Об этом необходимо всегда помнить при оценке данных, приведенных на рис. 8.2, представляющих собой обобщенную информацию из базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ *Здоровье для всех*. В диаграмме отражаются существенные колебания в 2006 г. (или за последний год, для которого доступны данные, отмеченный ромбом в каждой линии на рисунке) доли капитальных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение<sup>79</sup>. Капитальные расходы (как это определено ОЭСР<sup>80</sup>) варьируются от самого низкого уровня в бывшей югославской Республике Македония (0,39 %) до своего максимума в Беларуси (11,6 %). На протяжении 17 лет, в течение которых осуществлялся сбор данных по этому показателю (в период 1990–2006 гг.), некоторые страны характеризовались широким разбросом этого показателя (на рис. 8.2 это показано с помощью вертикальной линии). Например, в Азербайджане

<sup>79</sup> Оценки общих расходов на здравоохранение, которые легли в основу расчета процентов, представлены самими странами и не являются оценками ВОЗ. Для некоторых стран, особенно наиболее бедных в регионе (например, Казахстан, Кыргызстан и Узбекистан), эти официальные оценки не учитывают исследования расходов в частном секторе и, следовательно, могут существенно занижать общие расходы на здравоохранение. В результате оценки капитальных расходов в процентах от общих расходов на здравоохранение, вероятно, завышены в этих странах по сравнению с другими.

<sup>80</sup> По определению ОЭСР к капитальным расходам относятся расходы на строительство и реконструкцию медицинских учреждений и приобретение медицинского оборудования и транспортных средств.



**Рис. 8.2.** Капитальные расходы в процентах от общих расходов на здравоохранение, 1990–2006 гг.

Источник: WHO Regional Office for Europe 2008.

Примечания: БЮР Македония — бывшая югославская Республика Македония.

удельный вес капитальных расходов в общих расходах на здравоохранение колебался на протяжении этого периода от 0,4 до 7,9 %, в Беларуси — от 6,2 до 19,9 %, в Узбекистане — от 1,2 до 10,6 %. Такой высокий уровень колебаний может означать отсутствие стабильности в планировании и осуществлении капитальных вложений в долгосрочной перспективе или просто несоответствие в отчетных данных и классификации этих расходов с течением времени.

В дополнение к информации, представленной в базе данных *Здоровье для всех* Европейского регионального бюро, были рассмотрены другие источники с целью получения доступных данных, включая серию *Системы здравоохранения в переходный период* и исследования Всемирного банка, в первую очередь *Обзоры государственных расходов и Примечания «Сектор здравоохранения»*. Эти обзоры показывают, что капитальные расходы составили относительно небольшую долю общих государственных расходов на здравоохранение (обычно до 5 %) для стран региона, включая ряд самых богатых стран с переходной экономикой.

Как показано на рис. 8.2, даже многие западноевропейские страны не предоставляют данные о капитальных расходах. Тем не менее для девяти стран, которые здесь показаны, как диапазон расходов, так и изменения с течением времени оказываются значительно ниже, чем в странах с переходной экономикой. Конечно, большая разница между странами Западной Европы и странами с переходной экономикой заключается в том, что фактические денежные суммы, представляющие более низ-

кие проценты, соотносятся с первыми из упомянутых стран в гораздо большей степени. Это, в частности, важно для медицинского и прочего оборудования, которое должны закупать по мировым ценам, даже в странах с переходной экономикой. Тем не менее более низкий процент и большая стабильность финансирования в странах Западной Европы позволяет предположить наличие определенных возможностей. В частности, потребность в капитальных расходах почти наверняка больше в странах с переходной экономикой, учитывая унаследованную систему перехода. Большая постоянная разница в капитальных затратах, показанных на рис. 8.2 для стран с переходной экономикой, может также свидетельствовать о том, что механизмы финансирования капитальных активов являются более эпизодичными и, следовательно, менее стабильными, чем в странах Западной Европы.

### iii. Постоянные расходы на оплату коммунальных услуг

Важным источником постоянных расходов являются коммунальные услуги. Медицинские учреждения во многих странах с переходной экономикой несут высокие постоянные затраты, прежде всего в сфере коммунальных услуг (например, отопление и электричество) в силу следующих факторов: устаревшая материально-техническая база учреждений, избыточное их количество (каждое учреждение имеет несколько зданий), ограниченный объем капитальных вложений на обновление или замену этой инфраструктуры. Такие расходы могут быть чрезвычайно высокими. Например, в Республике Молдова, по оценкам, в 2000 г. более 25 % от общих государственных расходов на здравоохранение приходилось на оплату коммунальных услуг (Cergone 2003).

Во многих странах учреждения здравоохранения не платят за коммунальные услуги, что приводит в результате к накоплению задолженности и занижению фактических расходов на коммунальные услуги. Хотя это форма неявного субсидирования, прямые субсидии на коммунальные услуги все еще широко распространены. Во многих странах, однако, они устраняются очень медленно. По мере сокращения этих субсидий давление на перегруженный бюджет системы здравоохранения усилится еще в большей степени. В Кыргызстане, например, доля коммунальных услуг увеличилась с 13,7 % государственных расходов на здравоохранение в 1997 г. до 21,3 % в 2000 г. (Kutzin 2003). В табл. 8.1 показано влияние сокращения этих субсидий за три года в ряде стран с переходной экономикой: сокращение субсидирования потенциально ведет в большинстве стран к увеличению частных расходов пациентов в два и более раза, со значительно более высоким уровнем роста в Венгрии, Республике Молдова и Российской Федерации (Krishnaswamy 2006). Дальнейшее сокращение косвенных субсидий для медицинских учреждений в сочетании с повышением цен на энергоносители в течение последних нескольких лет приводит к увеличению расходов на коммунальные услуги, аналогичному тому, что наблюдается в Кыргызстане, и такое явление может широко распространиться по странам всего

региона. В результате этого доля государственных расходов на здравоохранение, выделяемая на финансирование других ресурсов, уменьшается, особенно это касается ресурсов, непосредственно используемых в процессе лечения, например медикаментов и товаров медицинского назначения. Таким образом, реформы, нацеленные на снижение энергопотребления, являются важным компонентом для тех стран, которые стремятся к снижению уязвимости своих систем здравоохранения от таких внешних потрясений.

**Таблица 8.1.** Неявные субсидии на электроэнергию (в процентах от валового внутреннего продукта)

	2000	2003	Изменение частных расходов пациентов (%)
Албания	10,49	4,16	252
Азербайджан	11,40	6,42	178
Болгария	9,45	3,80	249
Хорватия	2,07	0,91	227
Грузия	12,21	5,97	205
Венгрия	1,86	0,15	1240
Кыргызстан	18,64	9,16	203
Республика Молдова	10,84	2,71	400
Румыния	3,80	1,33	286
Российская Федерация	5,36	1,01	531
Сербия	22,45	8,70	258

Источник: Krishnaswamy 2006 (p. 41); собственные расчеты авторов.

Другим наследием системы здравоохранения до начала переходного периода, которое остается важным фактором затрат, была практика строительства больниц на больших территориях с несколькими зданиями. Например, Клинический центр Сербии в Белграде располагался в 76 зданиях с общей площадью 391 000 м<sup>2</sup>, занимая более чем 38 гектаров земли. Энергетическая инфраструктура в период с 1954 по 1992 г., а также ежегодные расходы на энергопотребление были оценены в 4,2 млн евро в 2003 г., что составляет около 5 % общего бюджета Клинического центра Сербии. Техничко-экономическое обоснование (Energorproject-Entel 2003) показывало, что затраты на энергопотребление можно было сократить на 43 %, при менее чем пятилетнем периоде окупаемости проекта по энергосбережению (стоимостью в 6,4 млн евро). Помимо финансовой экономии было подсчитано, что такие инвестиции приведут к:

- 97% сокращению выбросов двуокиси серы;
- 59% сокращению выбросов оксидов азота;
- 44% сокращению выбросов двуокиси углерода.

Таким образом, инфраструктура этого учреждения была связана со значительным уровнем постоянных бюджетных расходов (счета за энергопотребление), а также затратами, связанными с охраной окружающей среды. Учитывая дизайн Клинического центра, потенциально существовали возможности для инвестиций по сокращению этих рас-

ходов без ущерба качеству и доступности услуг. Такие расходы, а также возможности для их сокращения с экономической точки зрения являются основой реструктуризации системы здравоохранения стран с переходной экономикой. Для решения проблем, связанных с высокими постоянными расходами, необходимо проводить закрытие или объединение больниц (или нескольких зданий на территории больницы, как и в случае с Клиническим центром Сербии), что позволит перераспределять освободившиеся ресурсы на другие функции. Хотя многие страны строили обширные планы по такой «рационализации» инфраструктуры системы оказания услуг, только ограниченное число стран решали эту проблему в реальности. В следующем разделе приведены некоторые примеры нескольких таких усилий в области планирования. Некоторые из них формируют основу для оценки общих потребностей в объеме капитальных вложений, необходимом для системы здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА.

### **С. «Генеральные планы» развития инфраструктуры здравоохранения: несколько примеров**

Общим подходом к решению проблем с избыточной материально-технической базой была разработка генерального плана развития здравоохранения на национальном или региональном уровнях (или обоих), который определял, какие изменения необходимо провести с точки зрения общей инфраструктуры системы здравоохранения в целях обеспечения адекватного охвата при одновременном снижении постоянных затрат. Некоторые планы охватывают только систему больниц, в то время как другие также охватывают дополнительные виды помощи и/или замещающие услуги, в том числе первичную помощь, скорую помощь, медицинскую помощь на дому, долгосрочную медицинскую помощь и различные виды социальных услуг. В этом разделе рассматриваются некоторые примеры таких планов, которые были реализованы (или реализуются в настоящее время) в разной степени.

#### **i. Армения**

Хотя «планы оптимизации» были разработаны для каждой из *областей* (регионов) Армении, самым сложным был план для ее столицы Еревана (оба плана в 2002 г.). Он включал предложения о концентрации всех узких специалистов в больницах, снижении мощности стационарных и амбулаторных специализированных учреждений путем реорганизации, изменения профилей, объединения и, при необходимости, закрытия учреждений, приватизации больниц и превращении

их в некоммерческие организации и перераспределении трудовых ресурсов отрасли в соответствии с потребностями населения в медицинской помощи.

План определял третичную медицинскую помощь как помощь, которая требует использования очень дорогостоящего оборудования, высококвалифицированных специалистов и/или сложной инфраструктуры. План предусматривал сосредоточение оказания третичной помощи в 1–3 многопрофильных больницах Еревана взамен существующих многочисленных монопрофильных больниц третичной медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь в Ереване должна была оказываться многопрофильными больницами с мощностью 250–750 коек, основываясь на том, что больницы меньшего размера в общем случае менее эффективны, в то время как больницами с мощностью более 750 коек сложно управлять. С технической точки зрения, таким образом, было установлено, что для Еревана необходимы только шесть или семь больниц (по сравнению с существующими 38 больницами).

Тем не менее рабочая группа по реструктуризации понимала, что такое грандиозное сокращение было нереальным. Поэтому она предложила, чтобы вторичная и третичная медицинская помощь в Ереване предоставлялась: (1) монопрофильными больницами третичной медицинской помощи; (2) многопрофильными больницами (600–700 мест), предоставляющими вторичную и третичную медицинскую помощь и являющимися клиническими базами медицинского университета; и (3) многопрофильными медицинскими организациями вторичной медицинской помощи с меньшим количеством мест (250 мест). Это предложение не включало в себя оценок стоимости предлагаемого варианта реструктуризации, но предусматривало распределение отделений, коек и персонала. Этот пример отражает обычное явление — необходимость корректировки технических планов с местными политическими реалиями. В процессе реализации этих рекомендаций был достигнут некоторый прогресс. В ноябре 2003 г. правительство Армении приняло постановление, в соответствии с которым 37 государственных больниц и поликлиник Еревана были объединены в 10 стационаров, предоставляющих амбулаторную и стационарную специализированную медицинскую помощь, включая первичную помощь, оказываемую группами семейных врачей (World Bank 2004a). Дальнейшая поддержка и реализация этого плана реструктуризации была включена в проект реформ, финансируемый Всемирным банком. Ожидалось, что вновь созданная сеть приведет к «ликвидации избыточных мощностей, улучшению потребления и управления и сокращению эксплуатационных расходов» (Накобян et al. 2006). Однако опыт на сегодняшний день показывает, что хотя некоторые административные операционные расходы были сокращены, улучшения в координации и качестве были меньше ожидаемых.

## ii. Эстония

Atun and colleagues (2005) отметили, что Эстония была очень успешной в сокращении избыточных мощностей больниц. В соответствии с генеральным планом развития стационарной помощи в период с 1993 по 2001 г. общее число больниц сократилось с 115 до 67, их мощность сократилось с 14 400 до 9200 коек, а средняя продолжительность пребывания в стационаре уменьшилась с 15,4 до 8,7 дня.

На рис. 8.3 показано, что число больниц и больничных коек продолжало снижаться и в 2002 г., достигая уровня менее 40 больниц и 445 коек на 100 000 населения, что фактически ниже среднего уровня 2005 г. для 15 стран, входящих в ЕС в мае 2004 г. Как и в других странах с переходной экономикой, Эстония унаследовала большую сеть больниц с избыточным количеством коек. Однако, в отличие от многих своих соседей, она успешно сократила число больниц и больничных коек в соответствии с ее планом развития стационарной сети. Помимо просто наличия плана, она осуществляла структурные реформы, которые позволили в рамках закона о приватизации преобразовать больницы в трасты или акционерные общества, создавать стимулы для эффективного использования ресурсов и упорядоченной рационализации посредством слияния больниц. Такое сочетание мер поддерживало внедрение планов рационализации (Atun et al. 2005).

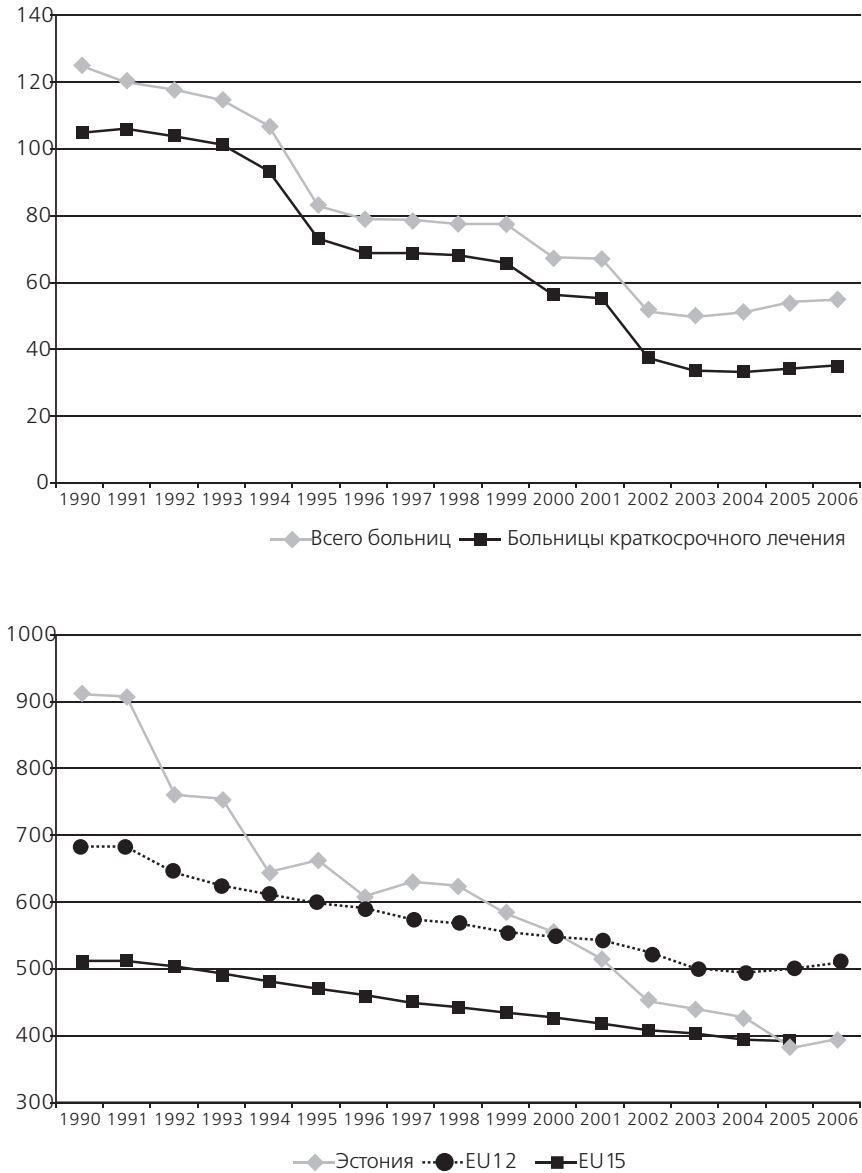
## iii. Кыргызстан

МЗ признало, что больницы имели избыточные койки, и активно рассматривало этот вопрос, включая принятие конкретных планов рационализации больниц в 2001 г. Число больничных коек по всей стране резко сократилось (табл. 8.2).

Еще более важным с точки зрения затрат является то, что начиная с момента реализации плана реформ «Манас» в 1996–2005 гг. (и особенно после начала в 2001 г. масштабных реформ финансирования) площадь больниц в квадратных футах сократилась примерно на 40 %, а число зданий более чем на 45 %, что привело к снижению расходов на коммунальные услуги. Многие сельские медицинские учреждения были преобразованы в практики семейных врачей или структурные подразделения территориальных больниц. В ряде случаев финансирующие организации поддерживали внедрение энергосберегающей системы отопления и водоснабжения. В других случаях расширение автономии позволило наиболее прогрессивным руководителям больниц направить собственные усилия на сокращение этих расходов (Purvis et al. 2005). В результате этих усилий за период 2004–2007 гг. доля общих расходов стационаров, направленных на лечение пациентов (медикаменты и товары медицинского назначения), в противоположность постоянным расходам возросла с 20 до почти 33 % (Ministry of Health of the Kyrgyz Republic 2008). Аналогично опыту Эстонии, достигнутое в Кыргызстане сокращение стало возможным благодаря планам реструктуризации больниц

и сопутствующих организационных реформ и финансовых стимулов, способствующих реализации планов (Purvis et al. 2005).

Хотя рационализация числа зданий действительно влекла за собой значительную экономическую выгоду за счет снижения расходов на коммунальные услуги, опыт Кыргызстана также показывает, насколько-



**Рис. 8.3.** Количество больниц и коек в больницах краткосрочного лечения на 100 000 населения в Эстонии, 1990–2006 гг.

Источник: WHO Regional Office for Europe 2008.

Примечания: EU15 – страны, входящие в Европейский Союз до мая 2004 г.; EU12 – государства – члены ЕС, которые присоединились к ЕС в период с 1990 по 2006 гг.



ко «тяжелый бой» ведется в более широком контексте отмены регулирования цен на коммунальные услуги. Как отмечалось выше и показано в табл. 8.1, правительства многих стран в регионе, в том числе и Кыргызстане, прекратили субсидирование расходов на коммунальные услуги. Рост тарифов на отопление и на электроэнергию фактически поглотили доходы от реструктуризации. Исследование расходов на коммунальные услуги, которое охватывало восемь больниц Кыргызстана, показало, что до реструктуризации в 2000 г. было 140 зданий, но через несколько лет после начала реализации планов реструктуризации, утвержденных в 2001 г., их стало всего 85.

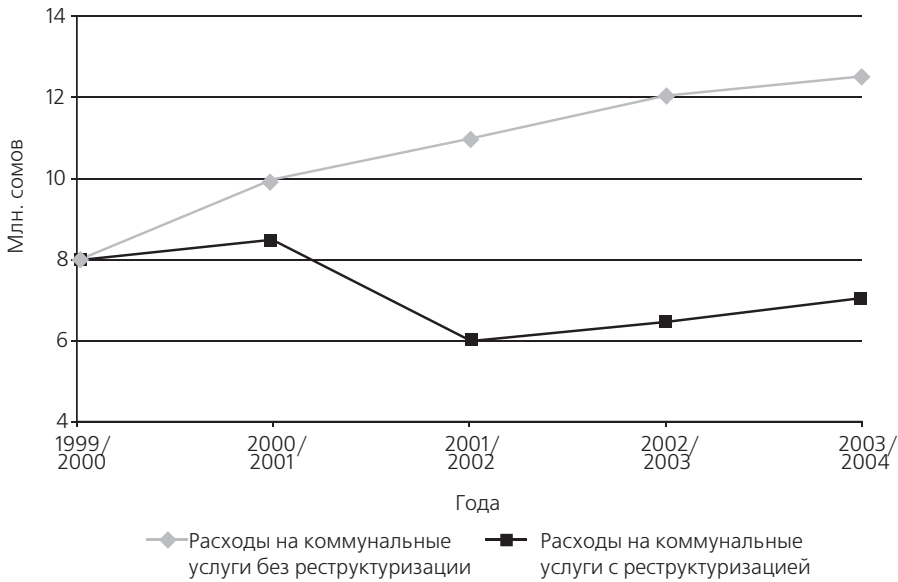
**Таблица 8.2.** Число больничных коек и средняя продолжительность пребывания в стационаре в Кыргызстане, 1990–2003 гг.

	1990	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Число больничных коек	52 245	38 703	37 441	36 108	34 412	30 313	27 447	26 594	26 040	26 171	26 261
Коек на 10 000	119,8	86,4	80,2	74,7	70,4	61,5	55,3	53,1	52,9	51,2	50,9
СППС	14,9	14,7	14,7	14,1	13,7	13,3	13,0	12,5	12,5	12,1	11,5

Источник: WHO Regional Office for Europe 2008.

Примечание: СППС – средняя продолжительность пребывания в стационаре.

Как показано на рис. 8.4 (для «расходов на коммунальные услуги с реструктуризацией»), это привело к снижению абсолютного уровня расходов на коммунальные услуги по сравнению с базовым годом. Тем не менее на рис. 8.4 показано также, что, хотя в 2001/2002 гг. было значительное снижение этих расходов, позднее они начали повышаться и к 2003/2004 гг. почти достигли уровня базового года (были лишь на 10 % ниже). Причиной этого было то, что тарифы на коммунальные услуги неуклонно росли в течение этого периода. Например, фактическое потребление электроэнергии сократилось на 23 % в течение этого периода, но расходы на электричество увеличились на 34 % в результате повышения тарифов на 87 %. Чтобы получить реальную картину экономического эффекта от реструктуризации, линия «расходы на коммунальные услуги с реструктуризацией» на рис. 8.4 была построена исходя из неизменного уровня потребления тепла и электроэнергии (уровень 1999/2000 гг.) в указанных выше восьми больницах и новых тарифов. Другими словами, если бы не внедрялась реструктуризация, стоимость коммунальных услуг поднялась бы до более чем 12 млн сомов по сравнению с базовым значением 8 млн сомов. Разница между этим 12 млн и фактическими расходами в 7 млн сомов показывает реальное сокращение расходов на коммунальные услуги для условий 2003/2004 гг. в результате реструктуризации больниц (Checheibaev 2004).



**Рис. 8.4.** Сравнение расходов на коммунальные услуги с учетом и без учета реструктуризации в восьми больницах Кыргызстана, 1990–2004 гг.

Источник: Checheibaev 2004.

#### iv. Латвия

Генеральный план развития латвийской системы здравоохранения был разработан в 2001 г. в качестве основы будущего развития системы (SIA BKG Business Consultants' Group 2001). Этот план имел много общего с генеральным планом Еревана, включая многопрофильные больницы и больницы третичной помощи. Однако в плане Латвии пошли еще дальше, включив другие виды услуг и медицинской помощи: эффективные услуги скорой медицинской помощи до госпитализации, услуги по реабилитации, лечение в стационарах долгосрочного пребывания, центры первичной помощи, стационары сестринского ухода, центры медико-социальной помощи. План также включал приблизительную оценку стоимости реконструкции и строительства новых зданий для больниц. Латвия использовала Структурные фонды ЕС для финансирования части расходов на реализацию этого генерального плана (Government of Latvia 2006).

#### v. Румыния

Румынская национальная стратегия по рационализации медицинских услуг началась в 2002 г. и преследовала следующие цели: (1) реализация программ медицинской помощи (острые и хронические заболевания, уход за престарелыми и социальная помощь) с акцентом на стационарное лечение острых и хронических заболеваний; (2) снижение потребления стационарной помощи за счет сокращения средней продолжительности пребывания в стационаре и уровня госпитализации и повышение уровня занятости койки и пропускной способности больницы; (3) закры-

тие, преобразование или реструктуризация избыточных больниц или неэффективно используемых больниц и направление сэкономленных в результате этого средств на финансирование других медицинских услуг; (4) расширение первичной помощи и усиление функциональной интеграции первичной (оказываемой семейными врачами), амбулаторной и стационарной помощи; (5) реализация более эффективных и более производительных больничных услуг (новые виды обслуживания) для повышения пропускной способности больниц и (6) руководство по управлению операционной и финансовой деятельностью, необходимой для обеспечения устойчивости стратегии (Blight 2003).

Стратегия определяла ряд устанавливаемых на национальном уровне показателей, которые должны были быть достигнуты в результате реализации разрабатываемых на *региональном* уровне планов: (1) сокращение средней длительности госпитализации за счет лечения по крайней мере 25 % больных в стационарах краткосрочного лечения в день госпитализации и 10%-е сокращение общей продолжительности пребывания пациентов в стационарах; (2) сокращение на 10 % уровня госпитализации в стационары краткосрочного и долгосрочного лечения; (3) минимальный уровень занятости койки 85 %; (4) снижение на 10 % общего числа койко-дней за счет направления больных из стационаров краткосрочного лечения в другие учреждения (по уходу за престарелыми и социальной помощи).

На следующий год с использованием внешней помощи были разработаны планы для всех *регионов* Румынии, хотя они отличались степенью детализации и качеством. Однако процесс разработки планов не предусматривал дополнительного финансирования, ему также не предавалось значимого политического внимания. В силу этих факторов реализация планов была на минимальном уровне. Исключениями были только реформы в системе охраны материнства и неонатальной помощи, где проект поддерживался с помощью внешнего финансирования и оказания технического содействия при разработке планов рационализации и улучшений (World Bank, 2004b).

## **Д. Планирование «потребности в капитальных вложениях» для всех стран с переходной экономикой**

Только Эстония и Латвия включали полную оценку потребности в капитальных вложениях. Эстонское министерство социального обеспечения подсчитало, что ремонт только действующих больниц обошелся бы в 275 млн евро в 2004 г., или примерно 180 евро на душу населения (Estonian Ministry of Social Affairs 2004). В Латвии данные оценки для условий 2001 г. составляли 285 млн евро, включая инвестиции в новое

строительство (около 88 % суммы) и расходы на ремонт (12 %). Это соответствовало 119 евро на душу населения в этот год (Government of Latvia 2006). Ожидаемые расходы очень близки и составляют 3,2 и 3,3 % от ВВП на душу населения соответственно. Близкие результаты оценок, а также высокая степень общности инфраструктуры, унаследованной из системы здравоохранения бывшего Советского Союза и стран ЦЕ, предполагают, что эти цифры могут быть использованы в качестве основы для оценки общих потребностей в капитальных вложениях в целом по региону.

Две оценки приведены в табл. 8.3. Одна из них основана только на средних подушевых расчетных расходах в Эстонии и Латвии, а другая — скорректирована с учетом ППС в качестве показателя различных расходов на строительство в конкретной стране. Эти результаты были перемножены на численность населения для получения суммы для каждой страны. Минимальные и максимальные оценки приведены в табл. 8.3.

В соответствии с этим подходом потребность региона в капитальных вложениях может составлять 27,5–35,0 млрд евро, что составляет от четверти до одной трети от 1 % ежегодного роста ВВП при 10-летнем горизонте развития. Разумеется, это очень приблизительная оценка. Чтобы обеспечить основу для действий в любой конкретной стране, необходимо гораздо более подробный анализ, включая, например, уже потраченные на восстановление и реструктуризацию суммы. Тем не менее оценки, приведенные здесь, полезны для получения общего представления о той сумме, которая необходима.

Данные отражают общую потребность в капиталовложениях, которая в большинстве стран должна быть удовлетворена в течение минимум 10 лет. Кроме того, будет существовать постоянная потребность не только в текущем финансировании с целью технического обслуживания и ремонта, но также и для замены капитальных активов по истечению нормативного срока службы зданий и оборудования, который для некоторого оборудования составляет около пяти лет.

Капитальные вложения необходимо планировать на постоянной и непрерывной основе для осуществления долгосрочного планирования и разработки последовательных стратегий устойчивого финансирования. Общие потребности, определенные выше, включают в себя оценки как основных, так и второстепенных капиталовложений, как капитальных вложений на замещение выходящих из строя больниц или их зданий, так и капитальные вложения на проведение мелкого ремонта, модернизацию и замену оборудования.

При интерпретации этих оценок необходимо учитывать ряд других вопросов. Например, есть мнения относительно взаимосвязи между масштабом медицинских учреждений и их эффективностью: (1) экономию от масштаба практически невозможно получить при относительно низких уровнях масштаба; (2) отношение между объемом и качеством медицинских услуг преувеличено и имеет сложную структуру, поэтому должно оцениваться для каждой специальности отдельно (Maynard 1999).

**Таблица 8.3.** Оценка потребности в капитальных вложениях, 2006 г. (млн евро)

	Минимум	Максимум
Албания	146,0	172,7
Армения	43,2	83,9
Азербайджан	101,9	204,3
Беларусь	341,5	550,2
Босния	119,0	208,7
Болгария	391,1	558,5
Хорватия	792,8	917,1
Чешская Республика	2441,0	2446,0
Эстония	249,9	262,5
Грузия	92,6	125,3
Венгрия	2213,9	2371,1
Казахстан	579,5	882,9
Кыргызстан	23,2	53,3
Латвия	322,4	337,8
Литва	472,0	516,1
БЮР Македония	95,9	128,6
Республика Молдова	59,3	79,5
Польша	5904,9	6095,3
Румыния	1206,8	1679,8
Российская Федерация	9089,1	12 799,6
Сербия	426,2	571,4
Словакия	825,8	912,7
Словения	771,9	1106,6
Таджикистан	23,0	47,1
Украина	639,7	1577,1
Узбекистан	151,0	308,7
Всего	27 523,5	34 996,7

Источник: собственные расчеты авторов.

Примечание: БЮР Македония – бывшая югославская Республика Македония.

Кроме того, следующие тенденции в сфере медицинского обслуживания могут повлиять на капитальные расходы, их приоритеты и подходы: сокращение объемов стационарного лечения и придание большего приоритета развитию амбулаторной помощи; программы развития хосписов и помощи на дому; программы развития акушерства в стационарах; программа развития службы сестринского ухода; более широкое применение минимально инвазивных методик в хирургии; появление интегрированных систем оказания помощи, предоставляющих пациенту полный спектр необходимых услуг; материально-техническая реорганизация учреждений здравоохранения, направленная на улучшение организации потока пациентов или общей функциональности (Beijeirs 1999).

Эти тенденции особенно важны в странах с переходной экономикой, где существующая инфраструктура была построена с применением совершенно другой системы и принципов предоставления медицинских услуг. Если эти соображения не отражаются на процессе

переоценки капитальных вложений и внесения сопутствующих изменений в систему оказания медицинских услуг, то, вероятней всего, пострадают качество и эффективность медицинского обслуживания, а также, вероятно, не оправдаются ожидаемые сокращения постоянных затрат.

## **Е. Механизмы финансирования капитальных расходов**

i. Имеющаяся информация о странах с переходной экономикой

Финансирование капитальных затрат в советское время обеспечивалось за счет государственного бюджета. Однако жесткие бюджетные ограничения в начале переходного периода привели к серьезному сокращению объема финансирования капитальных вложений в большинстве стран. Хотя многие страны стали использовать новые источники и организации (например, налоги на заработную плату и ФОМС), ответственность за финансирование капитальных затрат в значительной степени возлагалась на государственные бюджеты на центральном (как правило, МЗ) и местном уровнях управления. В Албании, например, система ОМС, основанная на поступлениях от налога на заработную плату, была введена в 1995 г. Однако финансирование капитальных вложений осуществлялось в основном МЗ, хотя местные органы власти несут ответственность за финансирование расходов по содержанию и обслуживанию и за незначительные капитальные расходы. ИМС покрывает расходы на врачей и некоторые другие текущие расходы на уровне первичной помощи (Nurri et al. 2006).

Это относится и ко многим другим странам с переходной экономикой, которые разделили расходы на здравоохранение между МЗ и одним или несколькими страховщиками или агентствами по закупкам, включая более богатые страны, в которых страховщики доминируют. Например, в Чешской Республике около 80 % общих расходов на здравоохранение приходится на ФМС и приблизительно 10 % — на государственный бюджет. Тем не менее последний из указанных выше несет основную ответственность за инвестиции (Rokosová et al. 2005). Аналогичным образом, в Словении капитальные вложения в сектор вторичной и третичной медицинской помощи финансируются непосредственно правительством (Albrecht et al. 2002).

Исключением из этого правила является Эстония, которая, вероятно, пошла дальше всех других стран с переходной экономикой в плане встраивания возмещения капитальных расходов непосредственно в систему ОМС. В этой системе поставщики услуг несут ответственность за капиталовложения и капитальные затраты включены в цену услуг, возмещаемых ФОМС (Jesse et al. 2004).

## ii. Механизмы, используемые в странах Западной Европы

Несмотря на то что некоторые страны Западной Европы обеспечивают большую часть финансирования системы здравоохранения из государственных бюджетов, другие страны в основном используют целевые налоги на заработную плату, предназначенные для медицинского страхования, а третьи страны используют смешанную систему финансирования, большинство стран осуществляют финансирование капитальных вложений за счет национальных или региональных бюджетов. Тем не менее в странах с переходной экономикой есть некоторые важные отличия. Основные методы финансирования капиталовложений приведены в табл. 8.4.

Одной из важных отличительных особенностей от стран с переходной экономикой является роль и масштабы частных инвестиций в странах Западной Европы (Netherlands Board for Healthcare Institutions 2001). В Нидерландах, например, полагаются в основном на финансирование капиталовложений частным сектором для больниц (все из них находятся в частной некоммерческой собственности), при этом около 80–90 % средств для стандартного проекта поступают в виде займов непосредственно больнице. Оставшиеся 10–20 % финансируются за счет накопленных сбережений больниц или других частных источников, таких как меценаты, институциональные инвесторы и коммерческие организации, работающие в сфере здравоохранения. В Соединенном Королевстве капитальные затраты все больше финансируются за счет государственно-частного партнерства (см. ниже), при этом корпоративный сектор берет на себя большую часть риска, и государственный сектор выплачивает премию за снижение риска.

В большинстве стран, однако, планирование и распределение капиталовложений остается в руках правительства. При этом ответственность за осуществление капиталовложений, как правило, децентрализована до регионального или районного уровня. Во Франции, например, региональные агентства больниц несут ответственность за планирование деятельности больницы (как государственных, так и частных больниц), а также финансирование государственных больниц и корректировку тарифов для частных коммерческих больниц (в рамках национальных соглашений). Ни государственные, ни частные больницы не могут увеличивать их коечную мощность или закупать оборудование без предварительного разрешения (Sandier, Paris and Polton 2004). Хотя для большего объема финансирования капиталовложений применяется этот механизм, национальное агентство медицинского страхования также обеспечивает финансирование капиталовложений в небольшом объеме (Thompson and McKee 2004).

В Германии при наличии государственных и частных медицинских учреждений любое учреждение, которому требуются инвестиции с целью оказания услуг в соответствии с региональными (*на уровне земель*) планами развития больниц, может подать заявление на получение грантов, финансируемых из налогов. В Бельгии, если был одобрен инвестиционный план, община финансирует определенную часть (30–60 %) сто-

**Таблица 8.4.** Краткая информация об основных методах финансирования капиталовложений в странах Западной Европы

Метод финансирования	Страны
Субсидии центрального правительства	Италия, Испания, Соединенное Королевство, Австрия, Финляндия, Ирландия, Португалия, Греция, Франция
Субсидии регионального правительства	Италия, Испания, Швеция, Австрия, Финляндия, Греция, Германия, Дания, Бельгия (частично)
Накопленные сбережения больниц (предынвестиционный)	Франция
Доплата за больничные услуги	Нидерланды, Бельгия (частично)
Частные займы	Франция, Италия, Швеция, Финляндия, Нидерланды, Германия, Бельгия
Использование или обсуждение форм государственно-частного партнерства	Соединенное Королевство, Италия, Испания, Ирландия, Португалия, Греция
Другие	Соединенное Королевство (продажа земли), Португалия, Греция (фонд сплочения ЕС)

Источник: Thompson and McKee 2004, p. 285.

Примечание: ЕС – Европейский Союз.

имости. Остальные средства поступают из федерального правительства и больничных касс, в рамках финансирования которых предусмотрена амортизация. В Швеции здравоохранение почти полностью относится к компетенции 21 окружного совета, региональные бюджеты, формируемые за счет местных налогов, являются единственным государственным источником финансирования капитальных вложений, хотя существует и региональная система перераспределения (Thompson and McKee 2004).

### iii. Объединение ключевых вопросов и вариантов

Повышение эффективности инфраструктуры и организации системы оказания медицинских услуг позволяет перераспределить ресурсы, перенося часть постоянных затрат на финансирование прочих затрат в системе здравоохранения, а также сэкономить средства, которые могут быть использованы для других целей. Необходимым условием является предоставление медицинским учреждениям права использовать некоторые или все накопления, полученные в результате повышения эффективности деятельности, на цели реинвестирования<sup>81</sup>. Кроме того, вероятно, будут необходимы некоторые «начальные фонды», так как большинство больниц испытывают затруднения с финансированием и имеют ограниченный доступ или вообще не имеют доступа к внешнему финансированию. Несколько финансируемых внешних проектов позволили проверить данные подходы и показали хорошие результаты.

<sup>81</sup> Во многих странах с переходной экономикой создание таких благоприятных условий потребует изменения в «процессе формирования бюджета» в рамках государственного сектора системы финансового управления. См. главу 10 о согласовании государственных расходов и системы финансового управления с помощью реформ финансирования здравоохранения (Chakraborty and colleagues).



Поскольку многие медицинские учреждения в странах с переходной экономикой с точки зрения потребления энергии являются неэффективными и имеют непропорционально высокие расходы на коммунальные услуги, это может быть потенциально важным источником капиталовложений. Например, больница MSW в Польше сократила счета за электроэнергию на 38 % в результате ремонта учреждения (Loksha 2003). Следовательно, повышение эффективности капиталовложений может привести к снижению постоянных затрат, укрепляя тем самым «спираль удачи».

Хотя реструктуризация инфраструктуры капитальных активов в секторе здравоохранения, особенно в больницах, представляет серьезную проблему для политики, создание соответствующей системы распределения капиталовложений является другой важной задачей. Это включает развитие механизмов определения приоритетов для различных элементов материально-технической базы — зданий, основного (высокотехнологичного) оборудования и другого оборудования — и обеспечения адекватного анализа, контроля и постоянного финансирования с целью правильного инвестиционного выбора.

Выбор конкретных инвестиционных проектов, в отличие от общего планирования инфраструктуры здравоохранения, включает в себя еще ряд факторов. Подход Консолидированной программы инвестирования сферы здравоохранения в Латвии является хорошим примером процесса, который был разработан для обеспечения систематического метода отбора проектов и планирования. Эта программа была создана с целью разработки процесса планирования и управления для политики инвестирования здравоохранения путем улучшения систем определения приоритетов, объема планируемых капиталовложений, возможности оценки проектов, принятия инвестиционных решений и систем мониторинга реализации проекта. Она также создала единую политику финансирования капиталовложений путем выявления инвестиционных источников и разработки механизмов привлечения этих источников. Наконец, она усовершенствовала правовую базу поставщиков медицинских услуг (имущественное положение, управление) и начала оценку и реализацию научно-обоснованного подхода к оценке медицинской техники (Naazen and Karaskevics 2003).

## **Г. Возможные будущие механизмы финансирования для стран с переходной экономикой**

Разработка согласованных подходов к финансированию капиталовложений имеет большое значение для стран с переходной экономикой, возможно, больше, чем для других стран в силу специфики унаследо-

ванной системы здравоохранения. Опыт, рассмотренный выше, позволяет предположить, что существует ограниченная доказательная база, на основании которой можно сделать некоторые выводы, и что политикам необходимо полагаться на теоретические возможности и применяющиеся в других странах методы. Некоторые варианты описаны в подразделах, представленных ниже.

#### i. Государственно-частное партнерство

Капитальные затраты на проекты/инвестиции могут относиться к государственному или частному финансированию либо обоим видам (а именно, государственно-частному партнерству). К сожалению, на данный момент мы имеем очень мало информации о государственно-частном партнерстве на глобальном уровне и еще меньше в странах с переходной экономикой. Некоторые варианты рассматриваются здесь в качестве исследования для возможного применения в условиях переходного периода.

Государственно-частное партнерство может принимать различные формы и играть различные роли в финансировании капитальных затрат, начиная от модели «Проектирование и строительство» до модели *«Строительство–Владение–Эксплуатация–Передача»*. В подходе «Проектирование и строительство» правительство определяет набор требований, и компания, выигравшая тендер, выполняет эти требования, например строительство больницы. Этот актив затем передается правительству по заранее оговоренной цене. Преимущество такого подхода заключается в том, что компания берет на себя все риски по проекту на стадии строительства. С другой стороны, для государственно-частного партнерства существует модель *«Строительство–Владение–Эксплуатация–Передача»*, в которой компания строит и эксплуатирует объекты по согласованной цене, передавая управление объектом государству по окончании периода аренды.

Данные подходы могут быть весьма полезны для стран, которые еще не имеют действующих объектов, так как они допускают приобретение страной/правительством капитальных ресурсов с минимальным риском. Однако это не относится к ситуации, которая характерна для большинства стран с переходной экономикой, в которых избыточные мощности больниц и других учреждений являются нормой. Следовательно, модель государственно-частного партнерства должна быть адаптирована с тем, чтобы она приносила пользу. Например, правительство могло бы использовать модель *«Аренда–Владение–Эксплуатация»* или *«Эксплуатация–Ремонт»*. В первом случае, если правительство сдает в аренду имущество, компания будет поддерживать, расширять и ремонтировать объект по мере необходимости и эксплуатировать его по согласованной цене. И наоборот, в модели *«Эксплуатация–Ремонт»* компания поддерживает активы на определенном заданном уровне и управляет ими эффективно для государства.

Сравнительное исследование государственно-частного партнерства по Dowdeswell and Heasman (2004) показывает, что австралийское правительство реализовало более 15 проектов модели «Строительство–Владение–Эксплуатация–Передача» «на фоне экономического рационализма, переходя границы «собственности» государственных услуг». Это касалось, как правило, новых или реконструированных больниц на 150–250 мест, построенных в «зеленых зонах». Результаты были неоднозначными, и австралийский сенат пришел к выводу, что убедительных доказательств того, что государственно-частное партнерство лучше, не существует, а в некоторых случаях этот результат был хуже для правительства и общественности.

Отчет показывал как положительные, так и отрицательные результаты этих австралийских проектов. Проекты, как правило, выполнялись в срок, капитальные затраты были ниже бюджета и проектирование больниц показало большую «эффективность работы», чем сопоставимые государственные программы. В некоторых проектах, в которых была интегрирована модель больничной и общественной службы (или где Государственный департамент здравоохранения разработал философию управления спросом), эффективность затрат была выше, чем в сопоставимых государственных больницах. Однако были и отрицательные стороны: (1) существовали трудности с точностью определения состояния здоровья населения и данных о пациентах при планировании технологических параметров договора; (2) компании оказывались чрезмерно оптимистичными относительно фактической реализации предлагаемой экономии за счет повышения эффективности, согласованной в договорах; (3) практически все компании столкнулись с трудностями в сохранении равновесия между объемами предоставляемых услуг и стоимостью, указанной в договоре, — это создало проблемы в сохранении принципа всеобщего доступа для пациентов, поддержании качества и сдерживании расходов (Dowdeswell and Heasman 2004). Обзор Частной финансовой инициативы Соединенного Королевства привел к аналогичным выводам. Хотя теоретическое обоснование широко признается, возникли сложности с реализацией. Объекты выполняются вовремя и в рамках бюджета, но, как правило, дороже и нередко за счет снижения качества (McKee, Edwards and Atun 2006).

Одна из форм государственно-частного партнерства, которая была использована в регионе, была формой заключения договора в области энергетики; договор, в котором ответственность за энергопотребление и модернизацию оборудования на объекте передавалась сервисной энергетической компании. Компании модернизируют такое оборудование, как отопительные котлы, управление и освещение здания, и платят за обновления, используя накопления с энергосбережения и операционной деятельности в течение всего срока договора. Накопления за счет экономии энергии при использовании более эффективного оборудования делятся между владельцем учреждения и компанией в соответствии с условиями соглашения. В качестве примера, Базовой больнице Буловка в Праге требовалась существенная модернизация си-

стемы центрального отопления, но не хватало финансирования. Проект, осуществляемый энергетической компанией, предполагал финансирование модернизации системы центрального отопления на сумму около 2,7 млн долл. США. Модернизация привела к ежегодной экономии энергии на сумму около 700 000 долл. США, что соответствует 4-летнему периоду окупаемости (IEA 2001).

## ii. Капитальные расходы как часть стоимости

Финансирование капитальных вложений может происходить за счет правительства, международных кредитных организаций или частного сектора. Использование капитальных отчислений (т.е. встраивание «стоимости» материально-технической базы в систему оплаты услуг медицинских учреждений) для поставщиков медицинских услуг, находящихся в государственной собственности, может быть на практике обоснованным вариантом, который имеет потенциальные выгоды: (1) руководители могут осознать стоимость материально-технической базы и не рассматривать ее в качестве «бесплатного блага»; (2) повышение эффективности использования материально-технических ресурсов в целях обеспечения подходящего соотношения трудовых и материальных ресурсов; (3) возможность проводить сопоставления расходов различных поставщиков медицинских услуг, улучшая показатели и управление деятельностью, а также (4) формирование основы для честной конкуренции между государственными и частными поставщиками в этом секторе (Sussex 2004). Для достижения этих целей автор рекомендует следующий подход:

- применять капитальные отчисления для существующих активов, а также новых инвестиций;
- устанавливать реальные, а не умозрительные отчисления на капитальные ресурсы, допуская при этом возможность переходного периода для подготовки и получения опыта и вступления в силу корректировок в базисных активах;
- использовать постоянную ежегодную ренту (или аренду), а не сокращение времени на амортизационные отчисления в течение срока эксплуатации актива;
- использовать остаточную восстановительную стоимость для оценки активов, а не избыточных доходов с ежегодной переоценкой.

Хотя теоретические основы капитальных отчислений были подробно рассмотрены и обсуждены, существуют ограниченные примеры стран, в которых они на самом деле применялись. В Нидерландах капитальный ремонт и строительство новых больниц полностью покрываются за счет повышения ставки койко-дня (ежедневная плата, которая рассчитывается из бюджета каждой больницы), которая гарантируется на срок в 50 лет. Эти *расходы* включают в себя здания и оборудование, амортизацию и проценты и включены в оплату услуг. Кроме того, больницы получают нормативный бюджет для небольших инвестиций (den Exter et al. 2004). Соединенное Королевство в 1991 г. ввело капитальные отчисления для трастов Национальной службы здравоохранения, тре-

буя, чтобы трасты «получали ежегодное превышение доходов над расходами в размере 6 % от стоимости их активов и учитывали амортизационные расходы» (Gafney et al. 1999, p. 49). Наконец, в 2003 г. ЭФМС условно передал ответственность за капиталовложения поставщикам, оговаривая, что стоимость услуг должна включать расходы на капитальные вложения. Для реализации этого изменения выделяемые на оплату услуг врачей — узких специалистов средства были в целом увеличены на 8–9 %. Однако капитальные отчисления, которые были предусмотрены, чтобы уравновесить различные первоначальные позиции поставщиков, не были реализованы из-за изменений в составе правительства (Jesse et al. 2004).

## Г. Выводы

Очевидно, что вопросы, связанные с финансированием капитальных вложений в странах ЦЕ, являются важными в силу как плохого состояния большей части инфраструктуры здравоохранения, так и сопутствующих постоянных затрат, которые являются результатом больших по размерам и неэффективных учреждений и оборудования, находящихся в плохом состоянии. По мере приближения стран к рыночным ценам на коммунальные услуги бюджетные последствия для медицинских учреждений будут все более серьезными, что еще в большей степени повышает актуальность необходимости принятия мер. Ограниченные данные региона предполагают, что «генеральный план» — это необходимое, но недостаточное условие для выполнения необходимых сокращений, слияний и перепрофилирования учреждений. Планы должны быть поддержаны на уровне организационной реформы (например, предоставление большей автономии поставщикам по распределению ресурсов внутри учреждения), реформы финансирования (например, устранение препятствий к сокращению числа зданий или коек в рамках системы оплаты поставщика, а также процесс формирования бюджета в рамках более широкой системы управления финансами в социальном секторе) и, прежде всего, политической воли следования намеченным планам.

Эта проблема рассмотрена в этой главе, как в качественном, так и в количественном аспекте, и суммы, необходимые для решения вопроса, являются весьма значительными. Однако, если такие инвестиции планируются надлежащим образом с соответствующим периодом времени, финансовое бремя не должно быть чрезмерным для большинства стран (от одной трети до четверти процентного пункта ВВП в год). Самые важные вопросы, вероятно, будут заключаться в определении соответствующего приоритета для этих инвестиций в рамках национальных инвестиционных программ, а также подготовке согласованной общей стратегии, которая предполагает это развитие. Без этого суще-

ствует высокая вероятность того, что деньги будут потрачены впустую на переоборудование учреждений, которые на самом деле не нуждаются в этом в первую очередь. Интересно отметить, что некоторые страны используют Структурные фонды ЕС для обеспечения потребностей в капиталовложениях. Очень важно, чтобы обоснование для получения тех или иных форм внешнего финансирования, а также внутреннего финансирования включало строгий анализ влияния капиталовложений на уровень текущих расходов. В частности, новые инвестиции должны рассматриваться с точки зрения возможности последующего уменьшения постоянных расходов, таких как расходы на отопление и электроснабжение. Хотя соответствующий подход должен быть адаптирован к конкретным условиям страны, планирование должно обеспечивать решение двойной проблемы избыточных мощностей и недостатка инвестиций.

Так же как для стратегии развития, где существует множество подходов, существует и множество различных способов финансирования капитальных вложений, используемых в настоящее время. В некоторых случаях эффективность и сокращение постоянных расходов, связанных с конкретными видами капитальных вложений, могут быть использованы для компенсации необходимых капиталовложений в достаточно короткий промежуток времени. Конечно, для этого необходимы соответствующие организационные формы, которые позволят медицинским учреждениям как заимствовать такие средства, так и, по крайней мере, использовать определенную часть полученных накоплений.

Что касается механизмов и источников финансирования, включая государственно-частное партнерство, капитальные отчисления, прямое финансирование и другие подходы, ясно, что не существует панацеи или волшебной палочки для разрешения проблемы потребности в капиталовложениях, но соответствующее сочетание нескольких подходов, вероятно, является наиболее успешным способом действий. Учитывая характер этой проблемы, вполне вероятно, что все имеющиеся источники должны быть использованы в большинстве стран в целях обеспечения того, чтобы медицинские учреждения отвечали современным требованиям оказания медицинских услуг, чтобы снизить ненужные постоянные расходы.

## Литература

---

Albrecht T et al. (2002). *Health care systems in transition: Slovenia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Atun RA et al. (2005). *Estonian health system: analysis of the strengths, weaknesses, opportunities and threats*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Beijers, RJW (1999). Patterns and strategies of health care: the hospital of the future. In: Garcia-Barbero M ed. *Appraisal of investments in health infrastructure*. Proceedings of the f113 and WHO Conference of the Appraisal of Investments in Health,

Luxembourg, 17–18 June 1999. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 179–202.

Blight R (2003). *Romanian Ministry of Health and Family Services: national hospital rationalization strategy*. Bucharest, Ministry of Health and Family.

Both J (2002). *Master plan for health care provision in the city of Yerevan*. TNO Report PG/VGZ, August. Leiden, TNO Prevention and Health.

Cercone J (2003). *Moldova health policy note: the health sector in transition*. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region.

Checheibaev E (2004). *Did restructuring of health facilities reduce utility costs?* Manas Health Policy Analysis Project, Policy Brief No. 6. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/MyFiles/Policy%20brief6%20Restructuring.E.pdf>, accessed 7 June 2006).

den Exter A et al. (2004). *Health care systems in transition: Netherlands*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Dowdeswell B, Heasman H (2004). *Public–private partnerships in health: a comparative study*. Durham, University of Durham.

Energoprojekt Entel (2003). *Feasibility study on conversion and improvements of energy supply system in the clinical centre of Serbia, final report*. Unpublished document. Belgrade, Energoprojekt Entel.

Estonian Ministry of Social Affairs (2004). *Estonian hospitals today and tomorrow*. Tallinn, Sotsiaal Ministeerium.

Gaffney D et al. (1999). NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction? *BMJ*, 319:48–51.

Government of Latvia (2006). *Program complement, objective 1 program 2004–2006*. Riga, Government of Latvia.

Haazen DS, Karaskevics I (2003). *Health technology assessment in Latvia. Paper prepared for International Society of Health Technology Assessment Conference, Calgary, 21–24 July 2003*.

Hakobyan T et al. (2006). Armenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(6):1–180.

Huppi M et al. (2006). *Albania health sector note*. Washington, DC, World Bank.

IEA (2001). *Energy policies of IEA countries, Czech Republic 2001 review*. Paris, International Energy Agency.

Jesse M et al. (2004). *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Krishnaswamy V (2006). *Infrastructure in Europe and central Asia region approaches to sustainable services*. Washington, DC, World Bank.

Kutzin J (2003). *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 24. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/MyFiles/PER%20JK%20for%20PRP24.pdf>, accessed 7 June 2006).

Loksha VB (2003). *LITHUANIA-Vilnius beat demand management project*. Project Information Document. Washington, DC, World Bank.

- McKee M, Edwards N, Atun R (2006). Public–private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, 84:890–896.
- Maynard A (1999). Efficiency in theory and practice. In: Garcia-Barbero M ed. *Appraisal of investments in health infrastructure*. Proceedings of the EIB and WHO Conference on the Appraisal of Investments in Health, Luxembourg, 17–18 June 1999. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 107–117.
- Ministry of Health of the Kyrgyz Republic (2008). *Mid-term review report, Manas. Talimi health sector strategy*. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.
- Netherlands Board for Healthcare Institutions (2001). *Instruments to control and finance the building of healthcare infrastructure in other countries of the European Union*. Utrecht, Netherlands Board for Healthcare Institutions.
- Purvis GP et al. (2005). Evaluating Manas health sector reforms (1996–2005): focus on restructuring. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 30. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health ([http://www.hpac.kg/MyFiles/Evaluation%20of%20restructuring-Final\\_E\\_PRP30.pdf](http://www.hpac.kg/MyFiles/Evaluation%20of%20restructuring-Final_E_PRP30.pdf), accessed 7 June 2006).
- Rokosová M et al. (2005). *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sandier S, Paris V, Polton D (2004). *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- SIA BKG Business Consultants' Group (2001). *National health care development plan (master plan)*, March 15. Riga, SIA BKG Business Consultants' Group.
- Sussex J (2004). *Principles of capital financing and capital charging in health care systems*. Washington, DC, World Bank.
- Thompson CR, McKee M (2004). Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union. *Health Policy*, 67:281–291.
- WHO (2000). World health report 2000. *Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2008). *European Health for All database (HFA-DB)* [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, July 2008 update (<http://www.euro.who.int/hfad/>, accessed 14 February 2008).
- World Bank (2004a). *Project appraisal document, first phase of the health sector reform program, Armenia*. Report No. 27708-AM, 13 May. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2004b). *Project appraisal document, second phase of the health sector reform program, Romania*. Report No. 28395-RO, 17 November. Washington, DC, World Bank.





## **Финансирование медицинских услуг и программ общественного здравоохранения: время заглянуть в черный ящик**

*Antonio Duran, Joseph Kutzin*

### **А. Введение**

Одними из самых примечательных статистических данных в области здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ являются показатели по туберкулезу (первичная заболеваемость, распространенность и смертность), позволяющие сравнивать страны Восточной и Западной Европы на протяжении длительного периода времени, начиная с 1990 г. (WHO 2009). Сразу же становятся очевидными две особенности: есть не только значительная разница в масштабе проблемы между двумя группами стран, но, самое главное, есть также тенденция движения в противоположных направлениях. В то время как в начале 1990-х гг. в западноевропейских странах отмечалась тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом, восточноевропейские страны переживали возрождение этого заболевания, которое в некоторых странах только сейчас начинает отступать. Что еще хуже, в странах ЦЕ/ВЕКЦА наблюдаются высокие показатели заболеваемости резистентных штаммов *микобактерий туберкулеза* (с множественной лекарственной устойчивостью и широкой лекарственной устойчивостью). В их числе 13 стран, занимающих первое

место в мире по распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (ВОЗ 2007). Многие из них также числятся в списках стран с самым высоким уровнем распространенности ВИЧ.

Так почему это происходит? Вышеуказанные болезненные сравнения приводятся здесь только для иллюстрации неэффективности в деле контроля за распространением заболеваний в рассматриваемых странах. Из эпидемиологических исследований и исследований социальной медицины известно, что подобные проблемы со здоровьем отражают социальные аспекты, такие как доходы, жилье, условия жизни и другие «социальные детерминанты здоровья» (Marmot and Shipley 1996). В то же время они отражают «несостоятельность системы здравоохранения» — плохую сочетаемость соответствующих стратегий контроля с организацией системы оказания медицинской помощи и финансированием последней (McKee and Nolte 2004).

Функционирование системы финансирования здравоохранения в основном сосредотачивается на обеспечении финансирования услуг, оказываемых на индивидуальном уровне, как и остальная часть этой книги. Несмотря на отдельные примеры (см., например, Bayarsaikhan and Muiser 2007; Honore et al. 2007; Levi, Juliano and Richardson 2007; Sensenig 2007), в большинстве случаев гораздо меньше внимания уделяется услугам, оказываемым на популяционном уровне, и программам общественного здравоохранения. Такая политика, оцениваемая по важности этих услуг с точки зрения полученных результатов (Preston 1980), несомненно, может считаться ошибкой.

В этой главе мы рассмотрим финансирование услуг, оказываемых на популяционном уровне, и медицинских программ, нацеленных на все население, через призму схемы финансирования здравоохранения, описанной в главе 1. Доказано, что проблемы организации функций финансирования и их согласования со способом организации оказания медицинского обслуживания внесли значительный вклад в несостоятельность системы здравоохранения с точки зрения эффективного контроля за заболеваниями. В частности, отмечено, что две основные проблемы, отождествляемые с системой финансирования услуг, оказываемых на индивидуальном уровне, — фрагментация и рассогласованность инструментов — также внесли большой вклад в проблемы с услугами общественного здравоохранения.

В отличие от других глав книги, данная глава не дает углубленное рассмотрение конкретных «реформ», так как никаких значительных реформ финансирования общественного здравоохранения не было. Вместо этого мы анализируем, каким образом существующие механизмы финансирования этих услуг способствуют существованию выявленных на сегодняшний день проблем, и тем самым доказываем, что существенно больше внимания должно уделяться решению вопросов «систем финансирования» таких услуг в будущем.

## В. Определения и содержание главы

В предыдущих главах этой книги мы представили и применили основные принципы политики финансирования здравоохранения, в том числе вспомогательные функции финансирования — сбор, объединение и закупка, и политики в области прав граждан на получение гарантированного набора медицинских услуг. Внимание было сосредоточено на том, как эти элементы *взаимодействуют* друг с другом, с системой оказания услуг и задачами политики. Чтобы применить эти понятия в этой главе, мы должны сначала определить характер оказываемых услуг.

Слова «услуги общественного здравоохранения» и «программы общественного здравоохранения» использовались в многочисленных и часто двусмысленных значениях, например: (1) приравнивание слова «общественный» и действий правительства; (2) предусматривающие участие организованной общины (сообщества); (3) относящиеся к услугам, нацеленным на окружающую среду (такие как санитария) или общину (сообщество) (например, массовое санитарное просвещение); (4) определяющие профилактические услуги для уязвимых групп населения (например, программы «Охраны материнства и детства») или (5) просто относящиеся к часто встречающимся или опасным заболеваниям (Frenk 1999).

Однако в этой главе слова «услуги общественного здравоохранения» применяются конкретно согласно классификации услуг, впервые представленной в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире в 2000 г.* (WHO 2000, с дополнительным подробным объяснением вопросов в Duran et al., готовится к печати), в соответствии с которым термин «услуги общественного здравоохранения» определяет мероприятия, направленные на группу населения или на все население в целом<sup>82</sup>. То есть *услуги общественного здравоохранения* противопоставляются *персональным услугам здравоохранения* — мероприятиям, направленным на индивидуальных пациентов. Важно отметить, что персональные услуги включают не только лечебные услуги, но и профилактические, стимулирующие и т.д. Курс прекращения курения с терапевтом — такая же персональная услуга, как и удаление аппендикита или лечение, оказываемое пациенту с болезнью Альцгеймера. Телевизионная кампания, рекламирующая противомоскитные сетки для борьбы с малярией, и услуги хлорирования воды — это всего лишь два примера — будут, в свою очередь, профилактическими услугами общественного здравоохранения. На самом деле, большинство усилий, направленных на борьбу с болезнями, требуют разнообразных категорий мероприятий. Например, некоторые услуги по пропаганде здорового образа жизни являются персональными (например, совет не курить во время медицинских консультаций), а другие с той же целью не являются персональными (например, образовательные кампании, предупреждающие надписи на сигаретных пачках и т.д.). Иммунизация обычно

<sup>82</sup> Эквивалентными терминами такого определения услуг общественного здравоохранения будут «услуги, оказываемые на популяционном уровне», «коллективные услуги», «общинные услуги» или «неперсональные услуги».

включает в себя как персональные услуги, так и услуги общественного здравоохранения, т.е. введение дозы и выпуск образовательного буклета соответственно.

Услуги, оказываемые на популяционном уровне, по определению, не могут оказываться так же, как и услуги, оказываемые на индивидуальном уровне, а значит, и организация их финансирования, по всей вероятности, также будет отличаться. Для разработки политики по организации сбора и закупок каких-либо услуг значимо не то, насколько важна конкретная услуга или является ли она профилактической или лечебной, а то, как должны быть организованы и осуществлены соответствующие мероприятия. Например, если первичному звену отводится важная роль в непосредственном наблюдении лечения туберкулеза, то система финансирования (и, в частности, механизм оплаты первичного звена) должна быть подстроена под эту стратегию<sup>83</sup>. Чтобы скоординировать финансирование с системой оказания услуг, важно установить, необходимо ли будет проводить определенные мероприятия совместно с другими, в заданной последовательности, с адресацией одному и тому же лицу (лицам).

Следовательно, понимание стратегии мероприятий и организация системы оказания услуг являются необходимыми шагами в развитии системного подхода к политике финансирования здравоохранения.

Классификация по способу оказания услуги (т.е. оказание услуг группе или индивидууму) связана с классификацией благ и услуг с точки зрения распределения приносимой потреблением услуги пользы, но в то же время и отличается от нее. *Общественные блага* — это те оплаченные и оказанные услуги, потребление которых одним человеком не уменьшает их потребления другим человеком (например, невозможно или слишком дорого исключить «безбилетников» из целевой аудитории при оказании таких услуг, как очищение загрязненного воздуха или размещение образовательных плакатов кампании против вождения в нетрезвом виде). *Квазиобщественные блага* — это те, потребление которых приносит пользу (стоимость) не только для потребляющего их человека но и для других (например, *положительный внешний эффект* — иммунизация и лечение инфекционных болезней; а *негативный внешний эффект* — резистентность к противомикробным препаратам) (Liu and O'Dougherty 2004; Carande-Kulis, Getzen and Tacker 2007). *Персональные блага* — это те, чье потребление дает положительные результаты непосредственно (или преимущественно) лицу, получающему их. Следовательно, эти два типа измерения услуг связаны с тем, (1) оказывается ли услуга индивиду-

<sup>83</sup> На самом деле, оказание услуг в первичном звене часто включает в себя пункты, определяемые как «общественное здоровье». Стоит отметить, хотя это и не является центром внимания данной главы, что использование термина «первичная помощь» (ПМСП) для одновременного обозначения очень разных понятий (а именно смесь услуг, ценностей, уровней обслуживания, политик, стратегий и методологических подходов) создает проблемы для политиков, отвечающих за финансирование ПМСП. Вначале требуется, вне зависимости от того, общественное ли здравоохранение, ПМСП или другие, понимание того, какие это услуги и как они организованы, и потом под эту систему подстраивается финансирование.

уму или группе лиц и (2) влияет ли потребление услуги на кого-нибудь, помимо тех, которые его получают.

С точки зрения экономики благосостояния общественные блага, такие как очищение загрязненного воздуха, должны быть предусмотрены в бюджете и оплачиваться из государственной казны (если они должны быть представлены для всех). Диагностика и лечение туберкулеза и заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), приносит положительный результат лицу, получающему такую услугу, но также вносит свой вклад в сокращение возможности распространения инфекций, особенно в его близком окружении. Нечто подобное будет происходить с программой по обмену игл для борьбы с ВИЧ/СПИДом, которая также имеет характеристики квазиобщественных благ. Поскольку эти внешние эффекты не будут иметь ценности с точки зрения потребности индивидуума в услугах, *социальное* значение их потребления больше, чем частное. Следовательно, нерегулируемые мероприятия частного рынка приведут к *неэффективности распределения ресурсов*: к недостаточному потреблению этих услуг населением в целом. Общие рекомендации при разработке политики, таким образом, заключаются в том, чтобы «упростить» потребление таких услуг за счет частичного или полного их субсидирования (Atun et al. 2008). В таком изложении соответствующие соображения с точки зрения политики финансирования связаны с глубиной гарантированного набора медицинских услуг.

Как показано в табл. 9.1, возможны три комбинации тип услуги/выгоды: персональные услуги, являющиеся персональными благами, персональные услуги с характеристиками квазиобщественных благ и общественные услуги с характеристиками общественных благ. Во всех случаях (в соответствии с основными идеями предыдущих глав этой книги) хорошая политика требует убежденности в том, что финансовая политика работает заодно с организацией и стратегией системы оказания услуг. На этом концептуальном уровне разницы в этом отношении между персональными и общественными услугами не существует: координация важна и для тех, и для других (хотя конечно практическая реализация может быть различной). Однако характеристики выгод имеют прямое и косвенное влияние на политику формирования гарантированного набора медицинских услуг (для персональных услуг), другими словами, с точки зрения эффективности важно, что правительство должно субсидировать, а что нет, и каков должен быть размер субсидий.

Данный метод классификации услуг контрастирует с другими классификациями клинической медицины, по аспектам управления или по чисто описательным целям. Услуги, например, можно классифицировать по месту конкретной услуги в *цикле заболевания* (содействующие укреплению здоровья, профилактические, лечебные, реабилитационные и т.д.); в соответствии с *конкретными специалистами, вовлеченными* в оказание услуги (врачи, медсестры и т.п.); в зависимости от *тяжести/незамедлительности ожидаемой реакции* (обычные услуги/услуги скорой помощи); в зависимости от *интенсивности*

**Таблица 9.1. Типы медицинских услуг и политика финансирования**

Тип услуги	Характеристики благ		
	Персональные	Квази-общественные	Общественные
Персональные	Координация финансов и организации с желаемой стратегий медицинского обслуживания. Другие соображения (такие как равенство) выступают в качестве основы для принятия решений о глубине охвата.	Координация финансов и организации с желаемой стратегий медицинско-го обслуживания. Степень внешних последствий – важный фактор в принятии решения о глубине охвата.	
Общественные			Координация финансов и организации с желаемой стратегий медицинского обслуживания. Если экономически эффективны, полностью субсидируются.

Источник: собственная компиляция авторов.

процесса оказания медицинской помощи (обычная, интенсивная терапия); в соответствии с основной целевой группой услуги, определяемой в рамках эпидемиологических переменных, таких как пол, возраст (например, гинекологические услуги, педиатрические и гериатрические услуги и т.д.); в соответствии с применяемой технологией (например, хирургия, терапия, лабораторные услуги и т.д.) или в соответствии с концентрацией технологии, определяющей местоположение/«уровень» оказания услуг (первичная, вторичная и третичная помощь — или, для других, первичная и специализированная медицинская помощь). Такие классификации имеют свою область применения, но они не так полезны, как подход, использованный в табл. 9.1 для разработки политики финансирования и организации оказания услуг.

Исторически одним из инструментов, с помощью которого государственные органы содействовали оказанию услуг, относимых к разряду *важных* (сначала частично для инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, а затем и неинфекционных заболеваний, таких как артериальная гипертензия), являлось финансирование, организация и оказание этих услуг в рамках так называемых программ общественного здравоохранения. Как правило, эти программы направлены на специфические заболевания или группу заболеваний и включают в себя сочетание мероприятий — как персональных услуг (с внешними факторами), так и общественных услуг. Так как финансирование и осуществление этих программ до потребителя, как правило, вертикально интегрированы и отделены от механизмов финансирования и оказания услуг остальной системы здравоохранения, их часто называют «вертикальные программы».

В странах ЦЕ/ВЕКЦА такие фрагментированные и вертикально интегрированные механизмы действовали до 1990 г. в отношении боль-

шинства «программ», и с тех пор многие страны их пересмотрели. В Российской Федерации

---

ответственность за пропаганду здорового образа жизни, медико-санитарное просвещение и профилактику до 1991 г. в значительной степени принадлежала МЗ. После этого Министерство сохранило лишь некоторые функции медико-санитарного просвещения, а Санэпиднадзор<sup>84</sup> взял на себя ответственность за внедрение федеральных, региональных и местных норм в области формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний. ... Обязанности Санэпиднадзора в настоящее время включают следующее: профилактика и контроль инфекционных болезней; иммунизация; гигиена детей и подростков, медицинская помощь и питание в детских садах и школах; безопасность пищевых продуктов; радиационная безопасность; профилактика профессиональных заболеваний; санитарное состояние окружающей среды; эпидемиологический надзор и анализ, контроль условий труда; медико-санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни.

---

Источник: Tragakes and Lessof 2003, стр. 127–128.

Многие страны ЦЕ/ВЕКЦА сохранили старые механизмы и структуры, а кое-где и воспроизвели их под новыми наименованиями. В Казахстане, например,

---

Национальный центр здорового образа жизни был создан в декабре 1997 г. со своей собственной вертикальной структурой. ...В 2006 г. на национальном и региональном уровнях реализовывались следующие программы: предотвращение потребления алкоголя и табака; профилактика потребления наркотиков; профилактика ЗППП и ВИЧ/СПИДа, охрана репродуктивного здоровья, профилактика туберкулеза, профилактика инфекционных заболеваний; здоровое питание, физическая активность, профилактика поведенческих факторов риска, связанных с серьезными заболеваниями, профилактика хронических заболеваний, несчастных случаев и отравлений. ...Служба здорового образа жизни также сотрудничает с рядом международных организаций, включая ВОЗ, ЮНИСЕФ, ПРООН, АМР США, Фонд Ноу-Хау, Центры контроля и профилактики заболеваний, ЮНФПА, ГФСТМ, Институт открытого общества и Международный союз против рака.

---

Источник: Kulzhanov and Rechel 2007, стр. 86–91.

Эти старые (и новые) организации (Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Агентство США по международному развитию (АМР США), Центры контроля и профилактики заболеваний, Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ)) часто подкреплялись финансированием со стороны международных доноров (в ряде случаев различные государственные организации здравоохранения в пределах одной страны «спонсировались» одним конкретным донором).

Параллельные структуры представлены услугами и программами *общественного здравоохранения*, хотя, опять же, многие из профилак-

---

<sup>84</sup> «Санитарно-эпидемиологическая служба», далее как СЭС или Санэпиднадзор.



тических и лечебных мероприятий, поддерживаемых этими программами, по характеру являются персональными услугами. В Беларуси, например,

---

агентства Организации Объединенных Наций, такие как ВОЗ, ПРООН, Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА) и ЮНИСЕФ, очень активно работают с государственными структурами по конкретным проектам в области здравоохранения, таким как контроль и профилактика туберкулеза. ...Особенно важные проблемы общественного здравоохранения, в том числе туберкулез и ВИЧ/СПИДа, ... управляются и финансируются непосредственно центральным МЗ, а не местными органами власти, что способствовало значительной фрагментации и дублированию обслуживания. Для пропаганды комплексной профилактики и медицинских услуг в отношении этих приоритетных задач общественного здравоохранения были предприняты некоторые шаги по интегрированию некоторых аспектов вертикальных программ в систему первичной помощи, но на пути интеграции есть серьезные барьеры.

---

*Источник:* Richardson et al. 2008, стр. 18, 77.

Некоторые из этих довольно сложных параллельных схем сохранились на протяжении десятилетий и имеют дело с неинфекционными болезнями. В Хорватии, например, «Национальный центр по предупреждению наркомании работает под эгидой Хорватского национального института общественного здравоохранения и ведет Национальный реестр вылеченных наркоманов, основанный в 1978 г. С 2003 г. окружные центры по предупреждению наркомании входят в состав окружных организаций здравоохранения» (Voncina et al. 2006, стр. 44).

Следовательно, определение программ общественного здравоохранения основано на ситуации, которую мы наблюдаем в странах, а не на концептуально точном определении. Внимание в этой главе уделяется финансированию как услуг, так и программ общественного здравоохранения (как определено выше).

### **С. Анализ: как механизмы финансирования этих услуг в странах ЦЕ/ ВЕКЦА создают проблемы?**

Основываясь на эпидемиологическом анализе (т.е. социальные последствия основных заболеваний, сложность факторов, влияющих на них, и межсекторального сотрудничества, необходимого для борьбы с этими заболеваниями), услуги общественного здравоохранения должны быть безусловным приоритетом практически во всех странах, и в особенности в странах ЦЕ/ВЕКЦА. Часто, однако, политические причины (лобби «лечебных услуг») или дефекты рыночного регулирования, которые приводят к недостатку инвестиций (таких как отсутствие эффективной информации для разработчиков политики), лежат в основе

того, что на услуги общественного здравоохранения приходится лишь малая доля ресурсов системы здравоохранения. Чрезмерное оказание менее экономически эффективных персональных услуг, особенно в учреждениях вторичного и третичного уровней, как правило, сосуществует с недостаточным уровнем оказания более экономически эффективных услуг общественного здравоохранения (McGinnis, Williams-Russo and Knickman 2002).

В странах ОЭСР — независимо от различных определений общественного здравоохранения в странах и методологических трудностей в сравнении расходов — доля расходов на общественное здравоохранение в общих расходах на здравоохранение составляет около 2 % (OECD 2008). В странах со средним и низким уровнем доходов финансирование услуг общественного здравоохранения еще больше страдает от конкурирующих потребностей в персональных медицинских услугах в условиях жестких финансовых ограничений. Возможно, это одна из причин того, почему так мало подробной информации о финансировании традиционных услуг общественного здравоохранения, таких как эпидемиологический надзор, мероприятия по формированию здорового образа жизни, проводимые на популяционном уровне и т.д.

Очень немногие страны ЦЕ/ВЕКЦА официально провели серьезную реформу услуг и программ общественного здравоохранения, и это может быть дополнительной причиной наличия ограниченной систематизированной информации об их расходах на общественное здравоохранение и механизмах его финансирования. Коллега из Республики Молдова откровенно объяснил авторам в контексте данного исследования, что «просто случилось так, что ни реформаторы, ни международные агентства и не думали о том, чтобы решать вопросы общественного здравоохранения в дополнение к реформированию первичной помощи и реформированию финансирования здравоохранения» (приватное интервью Ursu, 2009). Это заявление отражает реальность, в которой был не только дефицит финансирования услуг и программ общественного здравоохранения, но, возможно, также и дефицит внимания. Хотя, конечно, уровень финансирования этих услуг вызывает озабоченность, предметом анализа здесь все же является связь механизмов *финансирования* услуг и программ общественного здравоохранения с желаемой стратегией оказания услуг по тем заболеваниям, которые они должны контролировать, или поведения, которое они призваны пропагандировать.

Основываясь на существующих данных, можно сказать, что связанные с реформой обсуждения в области общественного здравоохранения главным образом вращались вокруг решения проблемы нехватки ресурсов, концентрируясь на проблеме повышения доходов в контексте послеперестроечного сокращения государственных расходов. Некоторым странам удалось диверсифицировать свои источники государственных средств на здравоохранение, не нанеся очевидный вред. В Чешской Республике, например,

---

прямое финансирование из МЗ покрывает часть стоимости... действующих целевых программ в области здравоохранения. Эти программы включают борьбу со СПИДом, с наркотиками, эксплуатационные расходы учреждений долгосрочного ухода, а также научные исследования и последипломное образование. ...Программы скрининга заболеваний взрослых (например, рак шейки матки, рак молочной железы или колоректальный рак) с 2000 г. финансируются из средств ОМС. ...В рамках глобальной программы иммунизации детей осуществляется иммунизация против туберкулеза, дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита, кори, эпидемического паротита и краснухи. Иммунизация против гепатита А и В, клещевого энцефалита, гемофильной инфекции типа В и менингококковой инфекции может быть предоставлена по требованию и является полностью платной. ... Некоторые государственные медицинские учреждения, особенно различные вспомогательные лаборатории, в настоящее время приватизированы.

---

*Источник:* Rokosová et al. 2005, стр. 34–35, 46.

### Аналогичным образом, в Словении

---

...региональные институты общественного здравоохранения находили свои собственные методы развития своих услуг за счет привлечения частного финансирования. В основном это касается лабораторной службы скрининга и диагностики для проведения регулярных профосмотров отдельных категорий работающих, наряду с проверками питьевой и водопроводной воды, а также пищевых продуктов.

---

*Источник:* Albreht et al. 2009, стр. 104.

После значительного сокращения государственных расходов в начале перестройки плата за проведение инспекций или, в более общем плане, за инспекционные услуги, оказываемые СЭС, стала важным источником средств в целом ряде стран, включая Албанию, Боснию и Герцеговину, Хорватию, Кыргызстан, бывшую югославскую Республику Македонию, Сербию и многие другие.

### i. Несогласованность в финансировании услуг общественного здравоохранения

Хотя введение сбора платежей, осуществляемого некоторыми учреждениями общественного здравоохранения Чешской Республики и Словении, кажется, не нанесло вреда уровню, распространению или уместности услуг, все же есть риск, что слишком большая зависимость предоставления услуг от платежей за услуги приведет к искажающему результату. На самом деле, после (временами резкого) снижения государственного финансирования, которое произошло во многих странах в начале 1990-х гг., организации общественного здравоохранения получили больше прав выставять счета гражданам и частным предприятиям (особенно барам, ресторанам и продуктовым магазинам) на оплату «профилактики заболеваний». Это позволило поднять зарплаты персоналу, но в результате услуги стали более зависимыми от платежей и мотивационная среда была искажена. В некоторых случа-

ях следствием этого стало увеличение количества проверок до такой степени, что они воспринимались как вымогательства и препятствия на пути экономического развития (особенно для малых предприятий). Например, правительства Кыргызстана и Армении приняли постановления<sup>85</sup>, в которых для предотвращения практики проведения вредных и неоправданных проверок призвали к установлению нормативов или иных ограничений на количество проверок.

В идеале системы здравоохранения должны не просто работать на предотвращение вредных вмешательств, но и создавать условия, способствующие эффективной практике оказания высококачественных и необходимых услуг. Например, в области безопасности пищевых продуктов *такой практикой* будет эффективный и рациональный способ предотвращения проблем от сбора урожая до потребления, «разработанный каждым предприятием пищевой промышленности с учетом характерных для него типа продуктов, условий обработки и распространения». Это должно «включать образование и обучение сотрудников. Выгодами, в дополнение к лучшему обеспечению безопасности пищевых продуктов, являются более эффективное использование ресурсов и своевременное реагирование на проблемы... Использование микробиологического тестирования редко является эффективным средством контроля из-за времени, необходимого для получения результатов» (Национальный консультативный комитет США по микробиологическим критериям для продуктов 1997). Подобная методология, такая как анализ рисков и критических контрольных точек, минимизирует значение предполагаемых инспекций в пользу «личной ответственности» руководителей и сотрудников учреждений, о чем свидетельствуют доступные для анализа реестры.

Злоупотребление проверками, наоборот, работает против создания совместно с промышленностью необходимого доверия к профилактике пищевых отравлений, против необходимого доверия образованию рабочих и развития бизнес-процессов и даже против концентрации ресурсов на обновление лабораторных исследований.

Китайский опыт, предусматривавший преобразование системы здравоохранения на рыночных принципах в контексте более широких экономических изменений, которые были введены в стране в 1980-х гг., несет в себе особенно важные уроки для стран ЦЕ/ВЕКЦА. В рамках китайской реформы государство практически отказалось от финансирования учреждений общественного здравоохранения (отвечающих за окружающую среду и гигиену питания, промышленные рабочие места и школы), и эти учреждения были вынуждены генерировать большую часть своих доходов за счет введения платы за услуги. Это привело к печальному опыту (Lui and Mills 2002):

<sup>85</sup> Имеются в виду Указ президента № 21 от 16 февраля 2000 г. «О мерах по уменьшению числа необоснованных проверок предпринимателей в Киргизской Республике» и Постановление № 594-А, принятое правительством Армении 29 мая 2009 г. «Об организации и ведении надзорной/инспекционной деятельности».

- чрезмерное количество проверок (чем чаще проверяется предприятие, тем больше доходов получает инспектирующий орган), в том числе дублирование проверок агентствами, закрепленными за разными уровнями правительства, назначенными (например, города и провинции) в том же географическом регионе или разными департаментами одного и того же агентства (например, пищевой гигиены и условий труда). Сегментация в административной структуре увеличивала проблему чрезмерного количества проверок;
- тенденция проверять чаще рентабельные, нежели нерентабельные предприятия (в то время как менее рентабельные предприятия, как правило, страдали от худших санитарно-гигиенических условий, что требовало большего, чем единичные, числа проверок).

Опыт Китая представляет собой предостережение о рисках, связанных с финансированием услуг общественного здравоохранения на основе сбора платежей за проведение проверок. Это яркий пример того, как расхождение механизмов финансирования с целями предоставления услуг уводят систему от добросовестной практики с точки зрения продовольственной безопасности и гигиены труда. Действительно, авторы этого исследования сделали вывод, что китайский опыт «подкрепляет стандартные рекомендации, что услуги общественного здравоохранения должны являться главным приоритетом в государственном финансировании» (Liu and Mills 2002, стр. 1697).

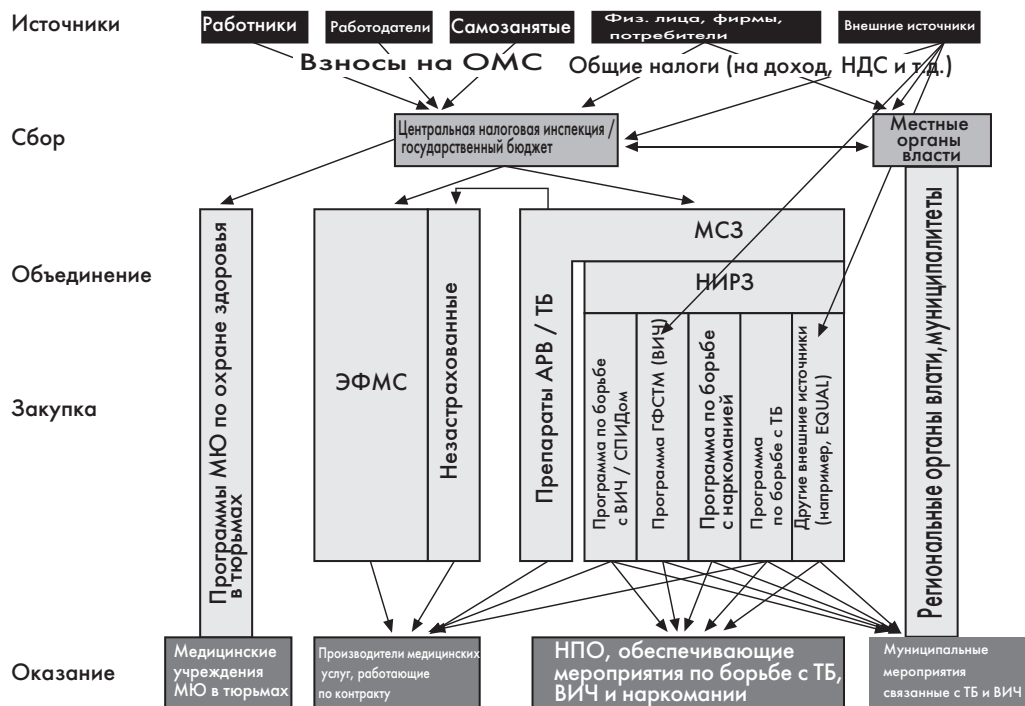
В дополнение к этим формам мелкой (или крупной, в зависимости от обстоятельств) коррупции, представленной злоупотреблениями в надзорных службах, возникает дополнительная проблема в том, что услуги общественного здравоохранения организованы как совершенно отдельные от остальной системы (фрагментированы). А именно, возникают серьезные проблемы в определении правильных видов услуг, которые требуется предоставлять. Например, при отсутствии связи между клинической практикой и услугами общественного здравоохранения маловероятно, что клиницисты оперативно сообщают о пищевом отравлении в группу расследования, тем самым стирая любой потенциально достигнутый результат общественного здравоохранения, полученный увеличением количества инспекционных учреждений.

Альтернативное, более эффективное использование ресурсов будет направлено на упрощение союзов учреждений здравоохранения, образования и гражданских институтов в целях обеспечения клинического сотрудничества в надзорной системе, для улучшения образовательного уровня работников и повышения качества деятельности. Тем не менее в упор на повышение доходов не позволяет перейти к более современному и эффективному методу профилактики во многих областях. Таким образом, организационные мероприятия должны отражать то, как население взаимодействует с услугами, и система финансирования этих мероприятий должна включать стимулы для эффективного оказания услуг общественного здравоохранения.

ii. Несогласованность в финансировании программ общественного здравоохранения

На рис. 9.1 (Alban and Kutzin 2006) показано применение концептуальной основы системы финансирования здравоохранения к потокам средств и организационным механизмам служб по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и наркоманией в Эстонии. Анализ иллюстрирует специфический характер проблемы сегментации и в то же время предлагает обзор возможностей реформ по улучшению результатов, получаемых от программ общественного здравоохранения, предоставляющих как общественные, так и квазиобщественные блага.

Рис. 9.1 показывает, что каждая из национальных программ — по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и наркоманией — имеет *вертикальную линию* в бюджете и управляет собственным бюджетом на решение *своих проблем*, выделенным ей Национальным институтом развития здравоохранения, и использует полученные средства для заключения контрак-



**Рис. 9.1.** Финансирование служб по борьбе с заболеваемостью вирусом иммунодефицита человека, туберкулезом и наркоманией в Эстонии

Источник: Alban and Kutzin 2006.

Примечание: НДС — налог на добавленную стоимость; МЮ — министерство юстиции; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита; АРВ — антиретровирусные; ТБ — туберкулез; МСЗ — министерство социальной защиты; НИЗ — Национальный институт здоровья; ЭФМС — Эстонский фонд медицинского страхования; ГФСТМ — Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией; НПО — неправительственная организация; EQUAL — проект Европейского сообщества; НИРЗ — Национальный институт развития здравоохранения (Эстония).

тов с НПО или муниципалитетами для обеспечения соответствующих мероприятий. Муниципалитеты также используют свои собственные средства для обеспечения услуг общественного здравоохранения, а тюремная система здравоохранения (поддерживается министерством юстиции) использует свой собственный бюджет для финансирования и оказания услуг заключенным. Помимо этого, Министерство социальной защиты осуществляет бюджетные трансферты ЭФМС для финансирования антиретровирусных препаратов и лекарств от туберкулеза для застрахованного (и некоторой части незастрахованного) населения.

Анализ механизма финансирования становится полезным вкладом в политику в контексте понимания специфичной природы решаемой проблемы, как, например, профилактика и лечение ВИЧ. Одна из основных групп риска в отношении ВИЧ в Эстонии — потребители инъекционных наркотиков. С учетом этого желаемая стратегия будет заключаться в объединении мероприятий по предотвращению ВИЧ и наркомании (таких как реклама презервативов, обмен игл, заместительная терапия, лечение ЗППП и т.д.). Тем не менее, как показано на рис. 9.1, программы по борьбе с ВИЧ и наркоманией распоряжаются каждая своим бюджетом и вовлечены в разные договорные процессы с НПО для проведения пропагандистских мероприятий, направленных на целевую группу наркоманов. Фрагментация финансирования между программами Национального института развития здравоохранения не упрощает совместное планирование или, что особенно важно, аккумуляцию ресурсов для повышения эффективности. Однако важным шагом данного анализа было то, что он сфокусировался на мероприятиях, связанных с каждой «программой», а не каждой по отдельности (т.е. анализ финансирования и организации услуг, связанных с предотвращением ВИЧ и лечением ВИЧ-положительных больных, а не анализ финансирования программы по борьбе с ВИЧ). Такой подход привел к конкретным рекомендациям по финансированию, организации и содержанию услуг, способствующим их более тесному приближению к «рекомендуемым нормам» с точки зрения стратегии контроля<sup>86</sup>.

В основном финансовые механизмы, используемые для *национальных программ* в странах ЦЕ/ВЕКЦА, схожи с ситуацией, выявленной в результате анализа положения дел в Эстонии: бюджетные средства выделяются программе (часто дополняются средствами международных организаций), которая выполняет функции объединения и закупки. На самом деле во многих странах у программы имеются свои собственные институты оказания услуг (такие как туберкулезная больница) и, таким образом, происходит полная интеграция финансирования и оказания услуг. Неясным в данном подходе остается предположение, достигнут ли средства, направленные на финансирование программы, целевой аудитории.

<sup>86</sup> Например, текущий анализ (Politi and Torvand 2007) включал рекомендации по введению совместного для всех программ планирования и финансирования и поддержке введения недостающих услуг (например, таких как метадоновая заместительная терапия).

Проблему данного подхода можно проиллюстрировать на примере попытки предотвращения инфицирования ВИЧ у наркоманки, занимающейся проституцией для того, чтобы заработать на наркотики. Предположительно, ей потребуется ряд мероприятий, которые могут включать лекарственную терапию (например, заместительную терапию), снижение риска вреда (например, обмен игл), лечение ЗППП и консультирование (например, по сексуальному образованию). Если она ищет помощь, то куда ей идти, чтобы получить набор этих услуг? В фрагментированных и вертикально интегрированных системах многих стран ЦЕ/ВЕКЦА ей возможно придется посетить множество учреждений (наркодиспансер, кожвендиспансер, национальный центр по борьбе со СПИДом и т.д.), что конечно же снижает шанс, что она пойдет (и, учитывая фрагментацию, существующую между программами, и их конкуренцию в борьбе за финансирование, вряд ли между этими центрами существуют четко определенные связи, помогающие клиентам разобраться в этой системе). А если она не ищет помощи, то кто отвечает за социально-ориентированную профилактику перед обществом?

Например, в случае с Эстонией, описанном на рис. 9.1, эта ответственность возложена на муниципалитеты или НПО, имеющие контракты с программами по борьбе с ВИЧ и наркоманией.

Приведенный пример подчеркивает некоторые критические расхождения между способом финансирования и организации многих услуг, с одной стороны, и стратегиями *добросовестного оказания* услуг для донесения необходимых результатов до целевой аудитории наиболее эффективно, с другой стороны. И на самом деле, само название «*программы общественного здравоохранения*» каким-то образом затмевает реальность, в которой многие из необходимых мероприятий, по сути, являются *персональными* услугами.

Как в случае с другими персональными услугами, стратегия их оказания (и согласованность с ними политики финансирования) должна быть сфокусирована на наилучшем способе доведения услуги до клиента. Среди прочего, развитие «ориентированного на клиента» подхода потребовало бы признания того, что индивидуум может иметь более одного фактора риска (например, наркомания и ЗППП, как в описанном выше случае) и что, возможно, необходимо его *найти*, а не ждать, пока он сам навестит врача общей практики или участкового терапевта. Последним мы хотим сказать, что, как в описанном выше примере, стратегия системы оказания услуг может включать элементы государственно-частного сотрудничества, например заключение контрактов с НПО, имеющими большой опыт в поиске людей из маргинальных групп. И опять же, само название «*программа общественного здравоохранения*» не должно затмевать этой возможности.

Другой пример деформации. Лечение пациентов с туберкулезом в Грузии предусматривает бесплатное предоставление медикаментов (за счет финансирования Глобального фонда), обеспечиваемое через структуры Национального института общественного здравоохранения. Однако задача (а именно сокращение туберкулеза путем стратегии



проведения курса терапии под прямым наблюдением) и инструмент оказания услуги значительно разошлись в том, что бесплатно выдать лекарственный препарат пациентам могли только пульмонологи в приватизированных поликлиниках. Наряду с официальным запретом взимания какой-либо платы с туберкулезных больных (как пациентов, отнесенных к группе особого риска), в Грузии следом за распадом государственного финансирования после 1990 г. были широко распространены неформальные платежи за все услуги. Это, в свою очередь, способствовало снижению уровня потребления медицинских услуг в целом, включая услуги по лечению туберкулеза<sup>87</sup>. Но более важным, чем препятствования доступу или вымогательства у пациентов, являлся тот факт, что практически не было организовано никакого систематического наблюдения контактов больных с туберкулезом и не было никакого протокола, которому бы следовали, в том числе профилактический прием лекарств (возможно зараженными) членами семьи. Другими словами, возможно, многие случаи не предотвращались, не выявлялись и/или не лечились своевременно, несмотря на то что лекарства предоставлялись «бесплатно».

В данном случае уроком для политики является то, что несовпадение стратегии оказания услуг и лежащих в основе финансовых стимулов и организации финансирования программы общественного здравоохранения опять же вредят целевой аудитории, для которой система и была создана. Результаты программы по борьбе с туберкулезом, организованной подобным образом, указывали на недостаток координации, плохое состояние здоровья больных и, вероятно, более высокие расходы на последующей стадии для пациентов и общества в целом. Анализ «пригодности» этой стратегии оказания услуг при лечении туберкулеза с существующей организацией финансирования и оказания услуг по борьбе с туберкулезом показал бы несовпадения, и можно было бы предположить, что для успешной реализации этой стратегии потребуется проведение реформы финансирования.

Подобным же образом, анализ государственных расходов на мероприятия по борьбе с туберкулезом в Кыргызстане обнаружил значительное несовпадение между аспектами стратегии: около половины случаев должны вестись на уровне первичного звена, в то время как только около 3–4 % средств, выделяемых на борьбу с туберкулезом, направлялись на первичный уровень (Akkazieva et al. 2008). И снова несовпадение, ведущее к низкой мотивации первичного звена к оказанию услуг по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза, было следствием неспособности внедрить изменения политики финансирования в общую стратегию борьбы с туберкулезом.

Вкратце, задача финансовых мер — создать благоприятствующую среду для правильных мероприятий, достигающих правильного клиента наиболее эффективным способом. Там, где финансирование или

<sup>87</sup> Потребление амбулаторной помощи сократилось с 8,0 посещений на человека в год в 1990 г. до 1,4 в 2000 г. С тех пор наблюдается постепенный подъем и стабилизация (Европейский региональный офис ВОЗ 2009).

оказание услуг происходит в основном по параллельным каналам, задача повышения эффективности достигается редко.

В области иммунизации имеется похожий пример. Во многих странах вакцины (так же как и лекарства от туберкулеза в примере с Грузией) предоставляются бесплатно за счет международных доноров, в то время как оказание этих услуг немотивированным персоналом первичного звена часто приводит к низкому потреблению. (В одной из стран, исследуемых для целей настоящей главы, по результатам самооценки резюмировали: «Программа по вакцинации работает хорошо, но охват низкий»!)

Недостаток ясности в том, какие услуги предоставлять, лежит в основе многих проблем финансирования/оказания услуг в области общественного здравоохранения. Ситуация также усложняется неясностью ролей и ответственности за оказание услуг. Такая неясность способствует или даже порождается фрагментацией в системах финансирования и оказания услуг. К сожалению, эти проблемы иногда углубляются вмешательством международных партнеров.

Поучительным примером является «пропаганда здорового образа жизни». Обычно первым шагом в развитии стратегии пропаганды здорового образа жизни является принятие закона или эквивалентной нормы, приписывающих ответственность за пропаганду здорового образа жизни институту общественного здравоохранения или подобной организации, а также поставщикам услуг первичной помощи. Часто проблема фрагментации усложняется за счет большого количества внешних агентств, предоставляющих финансирование на «поддержку многочисленных программ: иммунизации, охраны материнства и детства, включая интегрированное ведение болезней детского возраста, охраны репродуктивного здоровья, охраны здоровья подростков, борьбы с дефицитом йода и борьбы с ВИЧ/СПИДом, особенно при передаче от матери к ребенку» (Накобян et al. 2006, p. 49), как, например, в случае Армении. Каждая из этих программ содержит элемент пропаганды здорового образа жизни, ответственность по оказанию услуг поделена между национальными программами, поставщиками услуг общественного здравоохранения и НПО, а отчетность в основном собирается у доноров, а не способствует развитию национальной политики здравоохранения. На самом деле в Армении недостаток организационных, кадровых и финансовых возможностей государства привел к тому, что мероприятия по пропаганде здорового образа жизни в основном дотируются и реализуются через проекты, что приводит к тому, что деньги расходуются без попытки организовать долгосрочное финансирование или разработать логически последовательный, длительный и скоординированный национальный подход. Отдельной проблемой является роль поставщиков услуг первичной помощи. Они могли бы сыграть важную роль в пропаганде здорового образа жизни, но занимают пассивную позицию из-за недостатка мотивации или других механизмов (Центр исследования и развития услуг здравоохранения Американского университета Армении, 2010).

Недостаточная координация и фрагментация действий способствует созданию порочного круга, в котором услуги общественного здравоохранения не ассоциируются с развитием политики, а большинство попыток проведения оценки никогда не связываются с установлением стратегических приоритетов на государственном уровне. Задачи не ориентированы на то, чтобы позволить большинству стран разработать связную долгосрочную стратегию общественного здравоохранения, поддерживаемую необходимым сотрудничеством различных заинтересованных сторон, и. т.п.

Часто существование этих проблем списывается на нехватку средств, низкий уровень развития системы здравоохранения и/или недостаток человеческих ресурсов в сфере общественного здравоохранения. На самом деле в большинстве стран ЦЕ/ВЕКЦА хватает специалистов, но они просто сосредоточены в неправительственном секторе, в первую очередь в международных организациях, в которых зарплаты и рабочие условия лучше.

В качестве альтернативного подхода можно рассматривать проблемы политики систематически. Для любой болезни или поведения в отношении здоровья, приписываемых программе общественного здравоохранения, важно разработать стратегию, включающую в себя набор мероприятий (обычно пропагандистских, профилактических и лечебных). Следующим шагом будет построение цепочки организации услуг, финансирования (например, средства из международных проектов) и доступной экспертизы для оказания этих услуг в согласованном виде (в том числе, например, услуги первичного обслуживания СЭС и другие услуги).

Для иллюстрации возьмем пример сердечно-сосудистых заболеваний — основной причины смертности в странах ЦЕ/ВЕКЦА. Для снижения гипертонии, борьбы с ожирением, курением и злоупотреблением алкоголем необходимы эпидемиологическая оценка и другие персональные услуги, такие как просветительные кампании. Это могло бы способствовать лучшей нацеленности эффективных персональных услуг в случае определенного сердечно-сосудистого заболевания, будь то диагностические (например, измерение уровня содержания холестерина в лабораториях), профилактические/пропагандистские (например, консультирование по вопросам злоупотребления алкоголем/табаком, рекомендации по увеличению физической активности в учреждениях первичного звена, бесплатные программы скрининга), медикаментозные (например, выписка рецептов на диуретики), хирургические (например, пластика сосудов) и другие услуги. Это также могло бы привести к развитию вспомогательной политики финансирования здравоохранения. В качестве примера здесь может быть приведен Кыргызстан, где внедрена программа дополнительного лекарственного обеспечения, включающая в себя предоставление медикаментов, необходимых при амбулаторном лечении определенных состояний, как, например, гипертония, и контроль за практикой выписки рецептов в соответствии с новыми клиническими руководствами (Jakab, Lundeen

and Akkazieva 2007). Во всех сферах целью должны стать улучшение состояния здоровья и уменьшение неравенства в здравоохранении, чтобы все эффективные услуги, которые могут быть оказаны в рамках имеющихся ресурсов, были бы доступны тем, кто в них нуждается.

Не существует «правильного» способа организации процесса, подходящего всем странам. Данный подход предполагает необходимость разработать услугу (там, где ее еще не существует), которую можно рассматривать как новую услугу, оказываемую на популяционном уровне, — операционное исследование. Оно необходимо как неотъемлемая часть новой услуги/стратегии развития и реализации, чтобы определить, где, кто, когда и как оказывают услуги наиболее эффективным путем в условиях конкретной страны (например, первичное звено, специализированные амбулаторные клиники, узкоспециализированные отделения больниц, отделения интенсивной терапии и т.д.), для того, чтобы механизмы оказания услуг могли адаптироваться к изменяющимся со временем обстоятельствам или различиям в объективных условиях, которые могут существовать в разных частях одной и той же страны. Такая способность очень важна для создания замкнутого круга, связывающего услуги и программы общественного здравоохранения с остальными услугами здравоохранения и функциями системы здравоохранения (финансирование, накопление ресурсов и управление), чтобы стать неотъемлемой частью общей политики национального здравоохранения.

Приведенные здесь пояснения показывают, что для того, чтобы контроль заболеваемости стал более эффективным, нужно привлечь внимание не только национальных политиков, но также и международного сообщества (Brown, Cueto and Fee 2006). В то же время мы признаем, что в круг интересов данной работы глобальные задачи здравоохранения не входят<sup>88</sup>, так же как и сама концепция здравоохранения. Обзор 31 оригинальной статьи и отчетов по отдельным странам и группе стран за период 2002–2007 гг., основанный на изучении трех основных инициатив в области здравоохранения в конкретных странах (Viesma et al. 2009), удивительным образом отражает прозрачность доказательств влияния этих усилий на систему здравоохранения и предупреждает о вышеупомянутых искажениях.

В общем, природа услуг общественного здравоохранения и мероприятий, проводимых в рамках программ общественного здравоохранения, имеет важные последствия для политики финансирования здравоохранения, о чем детально рассказывается в данной книге.

- *Как и в случае со всеми услугами*, важно согласовывать мероприятия по объединению средств и закупке с желаемой стратегией оказания услуг. То, как это выполняется, относится как к этим *стратегиям* (как бы ни определяли понятие лучшей практики для обеспечения высокого качества мероприятий, «упакованных» соответствующим образом, и достижения целевой аудитории наиболее эффективны-

<sup>88</sup> Например, среди прочих Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), Программа помощи больным СПИДом Всемирного банка (МАР) и Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в борьбе со СПИДом (PEPFAR).

ми путями), так и к конкретным мероприятиям на местном уровне по организации системы оказания медицинских услуг.

- *Как и в случае со всеми услугами*, вопрос, кто выигрывает (неважно, персональные, квазиобщественные или общественные блага), должен учитываться при определении необходимой степени субсидирования (т.е. глубина охвата в рамках гарантированного набора медицинских услуг, как обсуждалось в главе 7).

Хотя в общем смысле эти последствия на самом деле являются такими же, как и для всех услуг, конкретные вопросы согласования, фрагментации и мотивации все же отличаются.

## D. Заключение

Неудивительно, что во фрагментированных системах, характерных для большинства стран ЦЕ/ВЕКЦА, управление общественным здравоохранением остается серьезной проблемой из-за того, что многочисленные агентства, отделения и учреждения соревнуются за скудные внутренние и потенциально обширные международные средства, вместо того, чтобы скооперироваться и разработать совместный план действий с четко определенными ролями и ответственностью. В то же время многие МЗ, не имея четких структур и процессов по решению проблем, могут погрузиться в свои собственные проблемы, не разделяя заботы и достижения с другими участниками общественного здравоохранения, в том числе и международными организациями.

Пришло время решить проблему. В данной главе было показано, что финансирование услуг и программ общественного здравоохранения — более сложный процесс, нежели просто «бюджетирование общественного блага», и неспособность решить эту проблему на самом деле имеет сильное негативное влияние на здравоохранение изучаемых стран. Несмотря на свою сложность, проблема все же устранима. Подход к политике финансирования здравоохранения, наряду с аналитическими инструментами системы здравоохранения в более широком смысле, может применяться для упрощения понимания и разработки решения для конкретных стран. Для этого необходимо, чтобы государственные деятели (в том числе консультанты по вопросам финансирования здравоохранения) систематически анализировали вопросы согласованности, фрагментации и мотивации. Что еще важнее, страны (и профессионалы в области финансирования здравоохранения на национальном и международном уровнях) не могли бы больше игнорировать эту часть системы здравоохранения. Для преодоления существующих ограничений в анализе «реформ общественного здравоохранения» в странах ЦЕ/ВЕКЦА требуется больше внимания и поддержки.

Доказательная база (примеры случаев из практики, оценочные отчеты и т.д.) подходов к согласованию реформ финансирования и оказания

услуг со стратегиями общественного здравоохранения недостаточна. Ограниченное число примеров, приведенных в этой главе, предполагает, что концептуальная основа системы финансирования, используемая в этой книге, может применяться в качестве аналитического инструмента за пределами «общих» или «типичных» персональных медицинских услуг, для которых она, как правило, применяется и для которых она была первоначально разработана. Основные идеи — еще раз подчеркнуть ключевые пути для решения указанных вопросов, а именно:

- Понять характер решаемой проблемы, с точки зрения масштабов «болезни», ее распределения по всей стране, основных групп риска и т.д.
- Разработать (в сотрудничестве с «экспертами», например ведущими конкретные программы общественного здравоохранения) стратегию с учетом характера проблемы. Четко определить необходимые мероприятия (персональные и популяционные), методы их оформления и организации, ответственные за их реализацию.
- Оценить стратегию в контексте существующих механизмов оказания услуг и финансирования. Определить, расходятся ли эти меры со стратегией, и если да, то каким образом. Как неотъемлемая часть этого анализа обозначить текущие потоки средств (на уровне сбора, объединения, закупки и оказания услуг) на соответствующие мероприятия и выделить области, где фрагментация или ненадлежащие стимулы конфликтуют с желаемой стратегией (т.е. определить конкретные ограничения системы здравоохранения для эффективной реализации мероприятий).
- На основе этого анализа расширить «стратегию» посредством включения необходимых реформ в сфере организации и финансирования оказания услуг.
- Реализовать оперативные исследования для поддержки развертывания стратегии, включая возможную необходимость регулировать их реализацию с самого начала разработки (с учетом соответствующих последствий, таких как наличие персонала, имеющего достаточную квалификацию, правовые нормы и т.д.).

Хотя ничто из вышесказанного не является открытием, основное послание — необходимость согласования инструментов и уменьшение последствий фрагментации — является центральным в плане реформирования финансирования и реализации услуг и программ общественного здравоохранения.

## Литература

---

Akkazieva B et al. (2008). *Review of total expenditures for TB system for 2007 in Kyrgyzstan: NHA sub-accounts on TB system in Kyrgyzstan*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health.

Alban A, Kutzin J (2006). *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. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Systems Financing Programme (<http://www.euro.who.int/document/e90675.pdf>, accessed 10 August 2009).

Albrecht T et al. (2009). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(3):1–168.

Atun R et al. (2008). Health financing and communicable disease control: conceptual issues and implications. In: Coker R, Atun R, McKee M, eds. *Health systems and the challenge of communicable diseases*. Maidenhead, Open University Press:231–250.

Bayarsaikhan D, Muise J (2007). *Financing health promotion*. Discussion Paper Number 4. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_07\\_4-health\\_promotion.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf), accessed 4 September 2009).

Biesma RG et al. (2009). The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. *Health Policy and Planning*, 24:239–252.

Brown TM, Cueto M, Fee E (2006). The World Health Organization and the transition from international to global public health. *American Journal of Public Health*, 96(1):62–72.

Carande-Kulis VG, Getzen TE, Tacker SB (2007). Public goods and externalities: a research agenda for public health economics. *Journal of Public Health Management Practice*, 13(2):227–232.

Center for Health Services Research and Development of the American University of Armenia. *Assessment of public health services in Armenia*. Technical report provided for WHO. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Duran A et al. (forthcoming). Understanding health systems: scope, functions and objectives. In: Figueras J, McKee M, Menabde N, eds. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press.

Frenk J (1999). What's in a name? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(2):101.

Hakobyan T et al. (2006). Armenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(6):1–180.

Honoré PA et al. (2007). Creating financial transparency in public health: examining best practices of system partners. *Journal of Public Health Management Practice*, 13(2):121–129.

Jakab M, Lundeen E, Akkazieva B (2007). *Health system effectiveness in hypertension control in Kyrgyzstan*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 44. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/MyFiles/PRP44.E.pdf>, accessed 4 September 2009).

Kulzhanov M, Rechel B (2007). Kazakhstan: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(7):1–158.

Levi J, Juliano C, Richardson M (2007). Financing public health: diminished funding for core needs and state-by-state variation in support. *Journal of Public Health Management Practice*, 13(2):97–102.

Liu X, Mills A (2002). Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations. *Social Science and Medicine*, 54:1691–1698.

- Liu X, O'Dougherty S (2004). *Purchasing priority public health services*. HNP Discussion Paper. Washington, DC, World Bank Resource Allocation and Purchasing Project.
- McGinnis MJ, Williams-Russo P, Knickman JR (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2):78–93.
- McKee M, Nolte E (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust.
- Marmot MG, Shipley MJ (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*, 313:1177–1180.
- OECD (2008). *OECD health data*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Politi C, Torvand T (2007). *Financing HIV/AIDS and tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/E90770.pdf>, accessed 1 September 2009).
- Preston S (1980). Causes and consequences of mortality declines in less developed countries in the twentieth century. In: Easterlin RA, ed. *Population and economic change in developing countries*. Chicago, IL, University of Chicago Press:289–360.
- Richardson E et al. (2008). Belarus: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(6):1–118.
- Rokosová M et al. (2005). *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Sensenig A (2007). Refining estimates of public health spending as measured in national health expenditures accounts: the United States experience. *Journal of Public Health Management Practice*, 13(2):103–114.
- Tragakes E, Lessof S (2003). *Health care systems in transition: Russian Federation*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- US National Advisory Committee on Microbiological Criteria for Foods (1997). *Hazard analysis and critical control point principles and application guidelines. Executive summary*. Washington, DC, US National Advisory Committee on Microbiological Criteria for Foods (<http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/HazardAnalysisCriticalControlPointsHACCP/HACCPPrinciplesApplicationGuidelines/default.htm>, accessed 3 September 2009).
- Voncina L et al. (2006). Croatia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(7):1–106.
- ВОЗ (2000). *Доклад о здравоохранении в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева. Всемирная организация здравоохранения.
- WHO (2007). *The stop TB strategy*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2009). *Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing*. WHO/HTM/TB/2009.411. Geneva, World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2009). *European Health for All database (HFA-DB)* [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, January 2009 update (<http://www.euro.who.int/hfad/>, accessed 4 September 2009).





## **Согласование управления государственными расходами и финансами с реформами системы финансирования здравоохранения**

*Sarbani Chakraborty, Sheila O'Dougherty, Panagiota Panopoulou,  
Milan Martin Cvikl, Cheryl Cashin*

### **А. Введение**

Сектор здравоохранения функционирует не изолированно, а является частью более широкого государственного сектора. Следовательно, управление государственными расходами и государственными финансами (УГР/УГФ) может в значительной степени влиять на темпы и масштабы проведения реформ здравоохранения. С началом перехода от централизованно планируемой к рыночной экономике страны ЦЕ/ВЕКЦА столкнулись с рядом проблем, связанных с сектором государственного управления, в том числе с преобладанием в экономике государственного сектора, ограниченными условиями государственного финансирования, потребностью в новых институтах и механизмах для распределения ресурсов и управления ими, а также необходимостью усиления связи между финансированием и приоритетами политики правительства. Необходимо было модернизировать также систему управления финансами. В некоторых странах ЦЕ/ВЕКЦА использование широкого подхода в области реформирования УГР/УГФ упростило проведение реформ финансирования здравоохранения, а также способствовало развитию структур и созданию новых стиму-

лов, что привело к результатам, запланированным до проведения реформ финансирования. В других странах механизмы УГР/УГФ создали множество стимулов, препятствующих осуществлению важных мер в рамках реформ финансирования здравоохранения.

На уровне принятия политических решений основные принципы и задачи реформ УГР/УГФ полностью синхронизированы с реформами финансирования здравоохранения и, на самом деле, дополняют друг друга. Тем не менее опыт подобных реформ в регионе показал, что различия возникают в процессе их реализации. Экономические или технические инструменты, применяемые в рамках реформ УГР/УГФ, могут создавать препятствия для реформирования финансирования здравоохранения, поскольку в некоторых случаях они не учитывают специфику сектора здравоохранения в сравнении с другими элементами государственного сектора. В секторе здравоохранения для приобретения медицинских услуг используются государственные средства и, в отличие, например, от секторов промышленности или образования, точные объемы и распределение этих услуг заранее не известны, так как система финансирования должна принимать во внимание страхование или объединение рисков, характерных для здравоохранения. Система финансирования должна быть достаточно гибкой для того, чтобы распределение финансирования в течение года проходило с учетом потребления медицинских услуг и частых незапланированных нужд здравоохранения (например, во время эпидемий). Кроме того, правильно выбранный способ финансирования сектора здравоохранения создает больше прямых стимулов для создания и потребления услуг, чем в других секторах, получающих государственное финансирование. Система финансирования должна способствовать тому, чтобы организации, осуществляющие закупки услуг, могли использовать рычаги финансирования с целью повышения уровня справедливости, эффективности и качества услуг здравоохранения.

Отсутствие плана реализации и схемы интеграции реформ финансирования здравоохранения и реформ УГР/УГФ в некоторых случаях привело к непредвиденным последствиям или неправильному толкованию и пониманию среди политиков. Несмотря на одинаковые цели, между стимулами, созданными инструментами политики финансирования здравоохранения и УГР/УГФ, иногда возникали противоречия. В сущности, есть общая договоренность о том, что делать однако время от времени возникают разногласия или недостаточная согласованность по поводу того, как делать или как приспособиться к уникальным требованиям сектора здравоохранения. В этой главе мы рассмотрим взаимосвязь между УГР/УГФ и реформами финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА и то, каким образом можно осуществлять координацию на национальном уровне проведения этих реформ с целью улучшения предоставления услуг и повышения результативности в секторе здравоохранения.

## **В. Обзор реформ УГР/УГФ и их согласованности с реформами финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

В целом реформы УГР/УГФ проводятся на основании четырех основополагающих принципов: (1) финансовая дисциплина/устойчивость, (2) эффективное распределение ресурсов, (3) операционная эффективность, (4) прозрачность. Эти принципы согласуются с задачами реформ финансирования здравоохранения (табл. 10.1). Например, принятие программы государственных гарантий предоставления медицинской помощи или схемы распределения медицинских ресурсов на основании таких критериев, как приоритеты в области здравоохранения, потребности в медицинских услугах или уровень бедности, а не на основании уровня затрат влияет на достижение равновесия между ресурсами и приоритетами государственной политики (такими как снижение уровня бедности), что, в свою очередь, способствует более эффективному распределению ресурсов. Системы оплаты, основанные на результатах деятельности, стимулируют медицинские учреждения к формированию оптимальной инфраструктуры и кадрового потенциала и улучшению сочетания различных видов ресурсов, используемых при лечении пациентов, способствуя тем самым повышению эффективности работы.

В переходный период в странах ЦЕ/ВЕКЦА приоритетным направлением в политике была модернизация процесса государственного бюджетирования и финансового управления. Все страны находились в одной исходной точке: в них применялась советская модель составления бюджетов, а государственные институты не были ориентированы на то, чтобы поддерживать рыночную экономику. Традиционная бюджетная система служила не более чем системой бухгалтерского учета для реализации экономических планов государства. В процессе составления бюджета участвовали учреждения, пассивно составлявшие заявки на выделение средств на основании заранее установленных нормативов, которые затем объединялись в общий бюджет. Это также относилось к бюджетным учреждениям в секторе здравоохранения. В результате планирования составлялись нормативы инфраструктуры и других ресурсов, после чего создавались отдельные бюджеты медицинских учреждений, которые в итоге объединялись в общий бюджет здравоохранения. Таким образом, все бюджеты были иерархически взаимосвязаны: бюджеты учреждений (например, сельские центры оказания первичной помощи), входящие в состав бюджетов организаций более высокого уровня (таких как региональные больницы), которые, в свою очередь, являлись частью национального бюджета (Martinez-Vasquez and Boez 2000). Такая структура бюджета содействовала созданию и поддержанию крайне неэффективной структуры расходов с огромными избыточными мощностями в больничном секторе за счет экономически более эффективной первичной помощи. Например, показатель занятости койки относился к бюджетным нормативам, отражающимся в структу-

**Таблица 10.1. Руководящие принципы реформ УГР/УГФ и их согласованность с целями реформ финансирования**

Принцип	Определение УГР/УГФ	Реформы финансирования здравоохранения	Области, в которых необходимо проведение согласования
Бюджетная дисциплина/устойчивость	Бюджетная дисциплина относится к эффективным инструментам контроля бюджетных расходов путем установления верхних границ расходов, которые являются обязательными на агрегированном уровне и на уровне расходов организации. Контроль над общими расходами является первоочередной задачей бюджетной системы. Бюджетная система теряет свое значение, если общие расходы могут легко увеличиваться для удовлетворения спроса	Бюджетная дисциплина и предсказуемое финансирование являются наиболее важными элементами реформы финансирования здравоохранения	В целом реформы финансирования здравоохранения предусматривают составление бюджета и границы расходов, проводимые на уровне программ здравоохранения, а не на уровне медицинских учреждений (хотя общие бюджеты учреждений могут формироваться в рамках программ), для выполнения функций страхования и защиты от риска (объединение), создания ориентированной на результат системы оплаты поставщиков медицинских услуг, перераспределения ресурсов для первичной медицинской помощи/профилактических мер, улучшения преемственности лечения и выбора для пациентов
Эффективное распределение ресурсов	Эффективность распределения ресурсов заключается в возможности устанавливать приоритеты в рамках бюджета и распределять ресурсы внутри секторов и между ними на основании этих приоритетов	Реформы объединения средств и закупки, проводимые в финансировании здравоохранения, достигают этой цели на секторальном уровне. Благодаря объединению средств обеспечивается распределение средств в пользу бенефициаров с большими потребностями и секторов здравоохранения (например, первичная и вторичная помощь) таким образом, чтобы достичь наилучших показателей здоровья. Закупка обеспечивает распределение ресурсов производителем медицинских услуг на основе деятельности и ее результатов	Как и выше, цель заключается в составлении бюджета и границы расходов на уровне программ здравоохранения, а не на уровне медицинских учреждений. Такие программы, как Программа государственных гарантий, определяют приоритеты, и ориентированные на результат системы оплаты поставщиков медицинских услуг согласуются с этими приоритетами

**Таблица 10.1.** Руководящие принципы реформ УГР/УГФ и их согласованность с целями реформ финансирования

Принцип	Определение УГР/УГФ	Реформы финансирования здравоохранения	Области, в которых необходимо проведение согласования
Операционная эффективность	Операционная эффективность предусматривает обеспечение предоставления государственных услуг в максимальном объеме и/или максимально возможного уровня качества с учетом используемых ресурсов и минимальными потерями	Одним из основных направлений реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА является улучшение операционной эффективности. Основными инструментами являются переход от системы финансирования производителей на основе используемых ресурсов к системе оплаты по результатам, направленный на создание соответствующих стимулов для поставщиков; обеспечение реинвестирующей средств, сэкономленных при реструктуризации/оптимизации, в процесс непосредственного лечения пациентов; использование контрактов; а также расширение автономии медицинских учреждений в распределении ресурсов	Переход от системы финансирования производителей на основе используемых ресурсов к системе оплаты по результатам; выплаты в виде общей суммы без разделения на статьи расходов позволяет поставщикам услуг устанавливать лучший вариант сочетания ресурсов, необходимых для лечения пациентов, нуждающихся в разных схемах лечения
Прозрачность	Открытость, общение и подотчетность. Сюда входит широкий спектр мероприятий, таких как обеспечение доступа общественности к финансовой и бюджетной информации, а также осуществление внешнего контроля и др.	Одной из целей реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА стало улучшение прозрачности, достигаемое путем, например, размещения поставщиками информации о тарифах на предоставление конкретных услуг; установление формальных со-платежей и контрактов; а также укрепление системы финансового управления (например, бухгалтерский учет, внутренний и внешний аудит, внешний контроль) с тем, чтобы финансирование здравоохранения было прозрачным и подотчетным	Как правило, УГФ и реформы финансирования здравоохранения согласованы друг с другом, хотя ориентация финансового сектора на постоянное осуществление контроля, или «менталитет», иногда затрудняет необходимое разделение функций и финансовым секторам здравоохранения и финансовым секторам, что может снизить уровень прозрачности. Это происходит, например, там, где казначейская система осуществляет как управление денежными средствами, так и контроль над расходами

Источник: Allen and Tommasi 2001.

Примечание: УГР/УГФ — Управление государственными расходами и финансами; ЦЕ/ВЕКЦА — страны Центральной Европы, Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии (согласно главе 1).

ре бюджета, что способствовало необоснованным госпитализациям и увеличению продолжительности госпитализации. Более того, такая структура сильно ограничивала гибкость и автономию распорядителей бюджетных средств более низкого уровня, например медицинских учреждений.

Реформы в сфере управления государственными расходами и финансами, проводимые в регионе, были направлены на борьбу с инерционностью и отсутствием надлежащего контроля в традиционной государственной бюджетной системе. Ключевые элементы реформ УГР/УГФ в странах ЦЕ/ВЕКЦА включали в себя попытки установить более тесную связь между бюджетами и целями политики, устранить традиционную жесткость в распределении ресурсов, а также выстроить современную систему казначейского исполнения бюджета с единой сметой и унифицированными системами бухгалтерского учета, управления денежными средствами и задолженностями (Martinez-Vasquez and Boez 2000). Задачи инициатив в области УГР/УГФ, за редкими исключениями, хорошо согласуются с задачами реформы финансирования здравоохранения, которые также направлены на установление связи между бюджетом здравоохранения и целями и приоритетами политики развития отрасли, определение более четких полномочий по распределению ресурсов на уровне покупатель-поставщик, а также на повышение степени финансовой и административной автономии медицинских учреждений. Тем не менее иногда проявлялись различия между тем, как страны региона применяли соответствующие инструменты для достижения целей политики и подстраивали их под особенности сектора здравоохранения, и интересами УГР/УГФ и политикой финансирования здравоохранения. В следующих разделах мы рассмотрим, каким образом инструменты политики УГР/УГФ порой мешали улучшению исполнения ключевых подфункций финансирования, подробно рассмотренных в предыдущих главах.

#### i. Сбор доходов

Вне зависимости от источников финансирования для эффективного осуществления реформ в сфере здравоохранения и поддержания улучшений в процессе достижения политических целей важную роль играет обеспечение надлежащего уровня и предсказуемости финансирования. Дефицит финансирования может быть причиной перехода на неформальные платежи, подрывающие доверие населения к гарантированному конституцией медицинскому обслуживанию. Что касается реализации принципа разделения «покупатель-поставщик» и использования контрактов в целях стимулирования эффективной работы со стороны поставщиков, то здесь невозможность прогнозирования финансирования также ослабляет веру поставщика в эффективность реформ здравоохранения и ведет к наращиванию задолженностей. Как уже отмечалось в предыдущих главах, несмотря на то что страны ЦЕ/ВЕКЦА различаются по соотношению основных источников государственного финанси-

рования — бюджетных поступлений и налогов, общий бюджет по-прежнему является важным источником доходов системы здравоохранения даже в тех странах, где также применяются налоги на заработную плату, предназначенные для ОМС. Следовательно, то, каким образом принимаются решения относительно объемов финансирования в секторе здравоохранения, то, как формируются бюджеты, согласованность бюджетов с целями политики, а также точность прогнозирования доходов и расходов, связанных с реализацией политических мер, — все это в значительной степени определяет объемы и стабильность финансирования сектора здравоохранения. Основания для разработки бюджетов, будь то постатейные расходы, программы или результаты работы, также влияют на гибкость расходования государственных средств, что непосредственно сказывается на введении новых систем оплаты медицинской помощи.

Например, в Сербии и бывшей югославской Республике Македонии так называемые специальные программы, финансируемые за счет бюджетов, вносят свой вклад в растущий дефицит их ФМС. Специальные программы покрывают расходы на проведение профилактических, санитарно-гигиенических и лечебных мероприятий по определенным заболеваниям (таким как рак, диабет, почечная недостаточность). В бывшей югославской Республике Македонии ежегодно потребности специальных программ более чем на 50 % превышают величины утвержденных бюджетов. Поскольку эти программы гарантированы конституцией, поставщики не могут от них отказаться. Таким образом, эти не обеспеченные финансированием мандаты способствуют росту задолженности ФМС. Наличие разрыва между реальными потребностями и утвержденными бюджетами отражает недостатки, возникающие при подготовке и составлении бюджета. Несмотря на то что соблюдается бюджетная дисциплина и Министерство финансов осуществляет строгий контроль над соблюдением бюджетных ограничений, отсутствуют связь между распределением ресурсов и приоритетами государственной политики, а также стимулы для улучшения работы отраслевых министерств и ФМС (World Bank 2004a, 2005a).

Основной проблемой является слабая связь между политикой, планированием и бюджетированием. Кроме того, ограниченная способность регионов проведения оценки и планирования необходимых затрат часто приводит к высокому уровню отклонения бюджета и неопределенности, недостаточности денежных средств, зависимости от задолженностей (World Bank 2004b). Все это угрожает стабильности государственного финансирования здравоохранения. В регионе вводились некоторые инструменты по установлению приоритетов государственной политики, часто по предложению или предписанию международного сообщества доноров, которое пытается укрепить стратегическое направление процесса формирования бюджета. К этим инструментам относятся стратегия по сокращению бедности и среднесрочный прогноз расходов (СПР), которые также могут поддерживаться конкретными инструментами сектора здравоохранения, такими как национальные счета здравоохранения.



Стратегии по сокращению бедности, которые были разработаны в странах ЦЕ/ВЕКЦА, находящихся в наиболее тяжелой экономической ситуации, включают в себя описание макроэкономической, структурной и социальной политики страны и программы по содействию экономическому росту и сокращению бедности, а также связанные с этим потребности во внешнем финансировании и основные источники финансирования (World Bank 2009). СПР представляет собой планирование и составление бюджета на три года на основе макроэкономических прогнозов и выделение ресурсов для стратегических приоритетов в рамках этих целей на основе определения стоимости реализации предлагаемой политики (врезка 10.1). СПР также направлены на изменение принципов формирования бюджетов, предусматривая переход от принципа постатейного формирования бюджета (бюджета, ориентированного на ресурсы) к принципу бюджета, ориентированного на результат или реализацию программы. В некоторых странах СПР применялись для согласования бюджетов с программами стратегий по сокращению бедности (World Bank 2004b). Применение данных инструментов с целью повышения общей стратегической направленности государственных расходов, в том числе поддержания стабильных уровней расходов на здравоохранение, было успешным не во всех странах региона. Во многих случаях отсутствует соответствующая связь между СПР, ежегодным составлением и исполнением бюджета и реформами в области государственного аудита. Кроме того, СПР еще не применяются на уровнях местных органов власти (World Bank 2004b). В ряде стран, однако, составление СПР стало катализатором процесса составления бюджетов, а также в целом положительно повлияло на процесс финансирования здравоохранения.

В Армении, например, составление СПР привело к некоторым улучшениям в области установления пределов финансирования и повышению прозрачности бюджетного финансирования здравоохранения (World Bank 2003a). Увеличение доли государственного финансирования, а также улучшение исполнения бюджета в секторе здравоохранения были тесно связаны с введением в стране долгосрочных программ государственных расходов. Первый СПР был разработан в 2003 г. на период 2004–2006 гг., хотя еще до 2003 г. осуществлялись попытки составления СПР. С тех пор СПР разрабатывается каждый год на последующие три года. Как отмечено во всех трех документах СПР, обеспечение финансовой поддержки реформ в секторе здравоохранения, равно как и в других социальных секторах, таких как образование, социальное обеспечение и социальное страхование, является одним из основных направлений расходования государственного бюджета Армении, а также входит в приоритетные направления стратегии по сокращению бедности (Правительство Армении, 2003, 2004, 2005).

В связи с развитием СПР и выделением сектора здравоохранения в качестве одного из приоритетов политики МЗ столкнулось с задачами по установлению четких приоритетных направлений ежегодного

## **Врезка 10.1. Особенности среднесрочного прогноза расходов**

### **Цели СПР**

СПР является интегрированной системой управления государственными расходами, которая включает в себя подходы «снизу вверх» и «сверху вниз» и ориентирована на:

- достижение макроэкономической стабильности без ущерба для экономического развития;
- направление части государственных расходов на стратегические приоритеты политики, сформулированные в виде потребностей и направленные на достижение целей развития тысячелетия;
- обеспечение предсказуемости финансирования;
- повышение эффективности расходования государственных средств.

### **Этапы СПР**

- **Среднесрочный фискальный прогноз**, в котором зафиксированы цели фискальной политики и который включает в себя комплекс связанных между собой целей и задач среднесрочной фискальной политики, а также плановые финансовые показатели и прогнозы (в том числе доступность ресурсов).
- **Среднесрочный прогноз бюджета (СПБ)**, в котором зафиксирован среднесрочный бюджет в разрезе основных получателей бюджета, составленный на основе национальных стратегических приоритетов и в соответствии с общими целями фискальной политики.
- **Среднесрочный прогноз расходов (СПР)**, в котором объединены СПБ основных получателей бюджета и добавлено бюджетирование, ориентированное на результат и программы.

### **Основные преимущества**

#### *Среднесрочный финансовый прогноз*

- Достижение баланса между экономическим развитием и макроэкономической стабильностью.

#### *Среднесрочный прогноз бюджета*

- Направление части государственных расходов на национальные приоритеты и обеспечение того, что получатели бюджетных средств несут ответственность за выделенные им суммы.

#### *Среднесрочный прогноз расходов*

- Добавление программного и ориентированного на результат бюджетирования. Это создает возможность для сравнения запланированных результатов с фактическими результатами и выявления отклонений.

расходования бюджетных средств, разработке бюджета для достижения поставленных целей и передаче бюджета на рассмотрение в Министерство экономики и финансов. Поскольку СПР включает в себя разработку прогнозов расходов на трехлетний период, а не только бюджет на следующий год, МЗ также уполномочено составлять долгосрочные прогнозы и следить за тем, чтобы конкретные первоочередные программы имели стабильное финансирование в среднесрочной перспективе. Кроме того, благодаря СПР сформировалась более объективная и прозрачная основа для обсуждения бюджета МЗ и министерства финансов. Например, в то время как по-прежнему применяется традиционное бюджетирование, в соответствии с новой концепцией МЗ может сделать запрос на увеличение финансирования для решения основных проблем здравоохранения в стране. МЗ подтверждает факт использования прошлого финансирования, например, предоставляя данные проведенных мониторингов, а также снабжает информацией о том, каким образом будут использованы дополнительные ресурсы для достижения конкретных результатов. Один из недостатков реализации СПР в Армении связан с тем, что в прогнозы не включены внешние источники финансирования (донорское финансирование), что привело к незначительной фрагментации бюджета и отсутствию сильных связей между инвестициями и текущими расходами.

Основными критериями оценки потенциальной эффективности СПР являются определение того, насколько ежегодные прогнозы бюджета соответствуют прогнозам СПР, и анализ того, улучшается ли прогнозируемость бюджета с введением СПР. В Армении оба эти критерия успешно выполняются. Как заявлено в СПР на 2006–2008 гг., в 2006, 2007 и 2008 гг. ожидался рост государственных расходов на здравоохранение, достигая соответственно уровня 1,62, 1,92 и 2,06 % ВВП. Аналогичным образом ожидался рост доли расходов на здравоохранение в общем объеме государственных расходов до 10 % в 2008 г. Данные целевые показатели были превышены. Государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП возросли до 1,9 % в 2006 г., а в 2007, по предварительным оценкам, составили 2,1 %. Также уровень расходов на здравоохранение, исчисляемый в процентах от общих государственных расходов, вырос до 9,7 % в 2006 г. (с 6,8 % в 2005 г.) и 11,6 % в 2007 г. (ВОЗ, 2009).

В отличие от Армении, среднесрочный прогноз бюджета (СПБ) Кыргызстана так и остался просто документом, который не был серьезно воспринят Министерством финансов и отраслевыми министерствами, несмотря на заявленную в национальных документах значительную поддержку реформ здравоохранения и взятое обязательство по согласованию приоритетов политики с решениями о распределении ресурсов в среднесрочной перспективе. Проекты СПБ Кыргызстана, как правило, чрезмерно оптимистичны и не отражают реальный сбалансированный бюджет. Ежегодные прогнозы бюджета не соответствуют СПБ, а исполнение бюджета сопряжено с рядом проблем, связан-

ных, в частности, с расходами по незащищенным статьям бюджета<sup>89</sup> и использованием секвестрации<sup>90</sup> в качестве инструмента управления бюджетным дефицитом. Результатом этого является снижение эффективности работы и неэффективное сочетание постоянных и переменных затрат, связанных с непосредственным лечением пациентов. Например, в 2006 г. отклонение бюджета здравоохранения от прогнозов СПБ составило 26 %. Дополнительной проблемой является низкий уровень исполнения бюджета по причине слабого, непрозрачного управления наличными средствами. Это способствует пониманию того, что среднесрочное планирование не приносит положительных результатов в условиях непредсказуемости ежемесячных денежных расходов, осуществляемых Казначейством. Основная проблема реализации СПБ в Кыргызстане заключается в том, что государству по-прежнему оказывается значительная донорская помощь, а право собственности Министерства финансов и отраслевых министерств ограничено.

Определение стоимости программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи по принципу «снизу вверх» является расчетным механизмом, который уже был опробован в ряде стран ЦЕ/ВЕКЦА в качестве основы для установления максимального размера расходов сектора здравоохранения. В процессе применения данного подхода возникли две проблемы. Во-первых, очень сложно осуществить точный расчет стоимости программы государственных гарантий, поскольку расчет стоимости медицинских услуг отличается от расчета стоимости автомобиля и даже обучения студента в течение года. Основная трудность связана с непредсказуемостью потребностей и потребления медицинской помощи. Во-вторых, главной целью реформ здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА является изменение структуры расходов сектора здравоохранения. В финансировании здравоохранения, основанном на расчете стоимости программы государственных гарантий, присутствует риск дальнейшего укрепления старой структуры расходов вместо создания стимулов для перехода к более экономически эффективной первичной помощи или сокращения ненужных служб и отхода от устаревшей, неэффективной клинической практики. Например, в Таджикистане попытки установить и оценить стоимость программы государственных гарантий, предпринятые в начале реформ, привели к возникновению путаницы, конфликтов и инерции, что затормозило процесс реформирования здравоохранения в целом. В Кыргызстане изначально особое внима-

<sup>89</sup> Защищенные расходы — это те статьи затрат, по которым объем финансирования не может быть сокращен в целях преодоления дефицита бюджета. Например, в условиях хронического дефицита бюджета Кыргызской Республики такие статьи, как зарплаты и пенсии, являются защищенными и должны полностью исполняться независимо от уровня нехватки бюджетных средств. Однако бюджетные отчисления на медицинское страхование не были классифицированы как защищенные статьи, а следовательно, подвергались произвольным сокращениям в зависимости от состояния бюджета.

<sup>90</sup> Секвестр бюджета — это средства, предусмотренные законом, которые применяются Министерством финансов для того, чтобы заморозить некоторую часть бюджетных средств и сделать ее недоступной для использования отраслевыми учреждениями.

ние уделялось улучшению объединения и закупок, что привело к изменениям структуры расходов; к созданию инструментов, позволяющих устанавливать минимальные стандарты для программы государственных гарантий, и согласованию системы оплаты медицинской помощи с программой государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи; а также к удивительно точной спецификации со-платежей граждан (обследования домашних хозяйств показали, что уровень неформальных платежей значительно сократился) (Jakab et al. 2005; Manjjeva et al. 2007).

Определение границ бюджета здравоохранения может быть осложнено тем, что политика финансирования здравоохранения направлена на обеспечение согласованного и комбинированного государственного и частного финансирования. В Кыргызстане, например, политика замены неформальных платежей официальными со-платежами с целью повысить уровень прозрачности и справедливости (посредством введения исключений) первоначально привела к неожиданным результатам. Органы местного самоуправления рассматривали доходы, полученные от со-платежей доплат, в качестве дополнительных ресурсов для сектора здравоохранения, а не инструмента формализации ранее существовавших неформальных платежей. Это привело к сокращению бюджетов здравоохранения в некоторых регионах (поскольку на тот момент это воспринималось как уменьшение потребностей здравоохранения). Это мероприятие привело к некоторому откату назад по сравнению с изначально планируемыми результатами в области обеспечения справедливости, защиты от финансовых рисков и повышения уровня прозрачности, поскольку в ответ на формализацию неформальных платежей государственные средства были сокращены и, таким образом, произошло увеличение доли частных платежей пациентов. В самом прямом смысле, сектор здравоохранения был наказан именно потому, что реформы, направленные на повышение прозрачности, начали работать (Kutzin 2003).

В Кыргызстане начались изменения среднесрочного бюджетного планирования в секторе здравоохранения, связанные с принятием широкосекторального подхода (SWAp), в соответствии с которым основные доноры оказывают помощь в виде прямой поддержки бюджета страны. Широкосекторальный подход одновременно поддерживает реформы финансирования здравоохранения и УГР/УГФ в целях укрепления бюджетирования, основанного на планировании, улучшении исполнения бюджета, а также модернизации финансового мониторинга и отчетности. Например, с введением широкосекторального подхода правительство обязуется гарантировать 100%-е исполнение бюджета сектора здравоохранения. Однако СПБ не сформировал основу для этих бюджетов, вместо этого доноры договорились о дополнительном увеличении процента государственных расходов на здравоохранение для финансирования программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. Также по-прежнему существуют проблемы в отношении межсекторальных ассигнований в том смы-

сле, что правила для такого распределения не являются прозрачными и остаются открытыми для политических манипуляций. По этим причинам исполнение бюджета здравоохранения в Кыргызстане остается непредсказуемым, что ставит под угрозу устойчивость реформ финансирования здравоохранения (World Bank 2005b).

## ii. Объединение средств

Унаследованная жесткость централизованного бюджета и процесса распределения ресурсов в странах ЦЕ/ВЕКЦА, наряду с отказом от процессов, направленных на улучшение в работе государственного сектора, привели к дискредитации процесса централизации в регионе (UNDP 2005a). Во многих странах произошел быстрый переход к децентрализации как к политической цели самой по себе без проведения полного анализа финансовых и экономических последствий или последствий для конкретных секторов. В процессе ускоренной фискальной децентрализации возникли некоторые препятствия на пути объединения средств в здравоохранении, необходимого для улучшения распределения рисков и повышения эффективности распределения ресурсов отрасли. В результате во многих случаях это привело к чрезмерной фрагментации с большим количеством мелких административных единиц, которые не имеют достаточно возможностей для сбора необходимых доходов, создания стабильных страховых пулов или эффективного предоставления услуг (UNDP 2005a).

Фискальная децентрализация предполагает передачу большей ответственности и самостоятельности при сборе доходов и расходовании на субнациональные уровни государственного управления и, как правило, межбюджетные трансферты с целью выравнивания доходов, а также субнациональные заимствования для покрытия нехватки средств (UNDP 2005b). В соответствии с принципами государственного финансирования, одна из основных причин финансовой децентрализации и предоставления органам местного самоуправления автономии в принятии решений о расходах, особенно если они касаются предоставления социальных услуг, заключается в обеспечении согласованности между распределением ресурсов и предполагаемыми потребностями населения, что способствует повышению эффективности расходов (Bahl 1999). Однако фискальная децентрализация стала критической областью, в которой созданная широкая структура стимулов находится в прямом противоречии с достижением большей эффективности в области распределения ресурсов здравоохранения и операционной эффективности, достигаемой за счет проведения политики финансирования здравоохранения, в частности посредством объединения средств отрасли.

В сущности, политика по объединению средств здравоохранения определяет размер географического района, в рамках которого подушевое государственное финансирование находится на одном и том же уровне. Чем выше уровень фискальной децентрализации, тем больше пулов средств на здравоохранение и тем меньше возможностей для со-

действия справедливости в финансировании и потреблении медицинских услуг. При наличии большого количества мелких пулов существует меньше возможностей для перекрестного субсидирования, когда средства из менее уязвимых районов перетекают в более уязвимые районы или группы населения. Как показано в главах 5 и 6, посвященных вопросам объединения и закупок соответственно, степень консолидации пулов средств здравоохранения тесно связана с действенностью стимулов, направленных на повышение эффективности за счет введения новых систем оплаты медицинской помощи и реструктуризации системы оказания услуг. Таким образом, в некоторых странах фискальная децентрализация препятствовала повышению эффективности.

Теоретически возможно провести эффективное расширение области объединения в контексте фискальной децентрализации при условии использования региональной формулы распределения ресурсов в целях выравнивания бюджетного финансирования по регионам, создавая тем самым виртуальный национальный пул. Однако такие страны, как Казахстан, Кыргызстан и Таджикистан, не достигли больших успехов в процессе реализации схемы регионального распределения ресурсов отчасти из-за правовых и структурных бюджетных ограничений, отчасти из-за технических ограничений и способностей реализовать предложенную схему (из личного общения автора). Кроме того, такой механизм распределения ресурсов не вполне адекватно рассматривает фискальную децентрализацию в качестве препятствия проведения реструктуризации системы оказания медицинских услуг.

В ситуации, когда бюджеты здравоохранения связаны с низшими уровнями управления и формируются с ориентацией на результат, поставщики медицинских услуг являются монополиями, у которых практически отсутствуют стимулы для сокращения инфраструктуры здравоохранения и повышения эффективности и отзывчивости на запросы пациентов. Кроме того, подобная фрагментация бюджетов часто приводит к дублированию в системе здравоохранения. В рамках децентрализованного, фрагментированного бюджетного процесса отсутствуют стимулы для консолидации систем оказания медицинских услуг, поскольку любая экономия, полученная в одной системе оказания медицинских услуг путем снижения мощности стационаров, не может остаться в этой системе и не может быть передана всей системе здравоохранения. Поэтому бюджеты просто сокращаются. Этого не происходит, если средства здравоохранения объединены в пул на условиях, что объем средств остается неизменным, даже если оптимизируется сеть медицинских учреждений или их мощность. Кыргызстан является редким примером страны, которая смогла в значительной степени преодолеть барьеры, связанные с фискальной децентрализацией (врезка 10.2).

В сравнении со странами, описанными выше, в Армении финансовая система является централизованной, в том числе в секторе здравоохранения, в котором поток всех ресурсов осуществляется через ГАЗ и МЗ. Аналогичная ситуация складывается и в других секторах. В то время как финансирование здравоохранения является централизованным,

## **Врезка 10.2.** Обеспечение объединения средств здравоохранения при проведении фискальной децентрализации в Кыргызстане

В странах ЦЕ/ВЕКЦА существует, как правило, четыре правительственных или административных уровня: республиканский, *областной*, *районный* и уровень сельских населенных пунктов. В Кыргызстане наблюдается тенденция усиления бюджетной децентрализации для большинства функций и секторов, в том числе здравоохранения. Процесс децентрализации привязан к разработке и реализации законов о местном самоуправлении, что в целом ведет к расширению полномочий и улучшению подотчетности государственных органов, находящихся ниже субнационального уровня. До проведения реформ, направленных на децентрализацию бюджета, при принятии политических решений практически не проводились технический анализ и функциональная спецификация. Тогда казалось, что динамика, при которой местные политики стремятся контролировать бюджет, а политики национального уровня готовы снять с себя бюджетную ответственность, объясняется тем, что наступил экономический крах. Для того чтобы избежать фрагментацию и наличия большого количества небольших пулов, лица, ответственные за финансирование здравоохранения, поддержали идею о том, что для достижения целей повышения справедливости и эффективности, объединение бюджета должно происходить не ниже, чем на *областном* уровне.

После того как государственные органы *районного* значения показали свою несостоятельность в выполнении бюджетных обязательств, в частности в социальных секторах, часть бюджетных полномочий была снова централизована, с возвращением распределения бюджета на *областной* уровень в форме целевых субсидий на здравоохранение и образование. В течение следующих нескольких лет было предпринято немало попыток объединения бюджетных средств на здравоохранение на *областном* уровне, при этом политические решения постоянно менялись: в один год создавали пул на *областном* уровне, в следующем году снова его децентрализовывали и передавали на *районный* уровень. Окончательно политическое решение объединять средства бюджетов здравоохранения на *областном* уровне пришло с пилотным введением, последующим распространением на всю страну и принятием национального закона о системе «единого плательщика», где ФОМС выступал в качестве единого плательщика средств, аккумулировавшего как средства от налога на заработную плату, предназначенного на ОМС, так и бюджетные поступления. Создание ФОМС являлось единственным механизмом, способным объединять средства, по крайней мере, на уровне *области*, так как его внебюджетный статус позволял не связывать административные уровни и доходы/расходы. В результате использования этого механизма сейчас все средства здравоохранения в Кыргызстане объединяются на национальном уровне. Казахстан испытал на себе подобные чередования политических решений. Так, с 1996 по 1998 г. средства здравоохранения объединялись в рамках ОМС на национальном уровне, с 1999 по 2004 г. — на *районном* уровне и с 2005 по 2009 г. — на *областном*.

*Источник:* личное общение с авторами.

*Примечания:* ВЕКЦА — Восточная Европа, Кавказ и средняя Азия; ФОМС — фонд обязательного медицинского страхования.



что способствует эффективному объединению средств, в системе здравоохранения также действует разделение «покупатель-поставщик». Поскольку поставщики медицинских услуг являются акционерными компаниями, находящимися под контролем местных органов власти и МЗ, они пользуются значительной автономией в принятии решений по вопросам бюджета и кадров. Подобные механизмы действуют в таких странах ЦЕ, как Словения, бывшая югославская Республика Македония и Сербия (World Bank 2005a).

### iii. Закупки

В данном подразделе рассматривается согласование УГР/УГФ с финансированием здравоохранения при формировании бюджета и функционировании Казначейской системы. Ключевым вопросом согласования реформ финансирования здравоохранения и подходов в области УГР/УГФ является основание для формирования бюджета. Одна из основных целей реформы финансирования здравоохранения в переходный период заключалась в том, чтобы изменить способ расчетов с поставщиками услуг с целью создания адекватных стимулов для повышения эффективности распределения ресурсов и эффективности работы (см. главу 6). С самого начала осуществления реформы было ясно, что система постатейного бюджетирования, основанная на нормах используемых ресурсов, являлась препятствием для улучшения распределения ресурсов, в частности между стационарным и амбулаторным сектором, а также для повышения эффективности функционирования медицинских учреждений. Было признано, что система оплаты должна быть сосредоточена на услугах, оказываемых людям, а не на поддержании инфраструктуры. Проблемы низкой аллокационной и оперативной эффективности особенно остро стояли в бывших советских странах, переживших масштабное снижение государственных субсидий (что особенно проблематично с учетом огромных избыточных мощностей и высоких фиксированных затрат в системе здравоохранения) наряду с увеличением неформальных платежей и ростом цен на энергоносители.

С введением новых институциональных механизмов (а именно разделение «покупатель-поставщик») и приданием особой значимости согласованию методов оплаты медицинских услуг с программой государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи большинство стран ЦЕ/ВЕКЦА начали применять механизмы оплаты по результатам деятельности, включая оплату по законченному случаю (или по глобальному бюджету с учетом разных категорий пролеченных случаев) для стационаров и подушевую оплату для первичной помощи (см. табл. 6.1). Между покупателями и поставщиками стали заключаться контракты. Для того чтобы медицинские учреждения могли реагировать на возникающие стимулы, им была предоставлена расширенная автономия в принятии решений по вопросам необходимых ресурсов, включая кадровые. Для успешной реализации новых институциональ-

ных механизмов и системы оплаты медицинской помощи требуются серьезные изменения в порядке формирования и исполнения бюджетов медицинских учреждений, а также в степени ответственности, которую несут покупатели и поставщики в процессе управления средствами сектора здравоохранения.

В некоторых странах существовали серьезные концептуальные расхождения или недостаточная согласованность между реформами финансирования здравоохранения и подходами в области УГР/УГФ в части оснований для формирования бюджета, включая определение бюджетных единиц, верхнего предела расходов, зависимости бюджетов от ресурсов или результатов деятельности, а также уровня, на котором должен контролироваться бюджет. Новая система оплаты медицинской помощи, ориентированная на результат, не может создавать новые стимулы в странах, где бюджетные единицы по-прежнему определяются как медицинские учреждения, а бюджеты по-прежнему являются постатейными. Для поддержки новых систем оплаты медицинских услуг бюджеты необходимо формировать на основании программ в области здравоохранения, а не в соответствии с ресурсами, требуемыми для каждого медицинского учреждения. Согласно такому подходу, максимальный объем финансирования выделяется программам, а не отдельным медицинским учреждениям, и контроль над расходованием средств устанавливается в рамках программ. Та или иная система оплаты медицинских услуг определяет метод, используемый для расчетов с производителями в рамках каждой программы или подпрограммы, и устанавливает размеры платежей для каждой бюджетной программы в соответствии с верхними пределами расходов. Несмотря на то что большое количество мероприятий, реализованных в рамках реформ УГР/УГФ и финансирования здравоохранения, создают основу для перехода к программному или ориентированному на результат бюджетированию, страны региона достигли разных результатов в данном вопросе.

Например, хотя в Кыргызстане новая ориентированная на результат система оплаты поставщиков медицинских услуг существует уже на протяжении более десяти лет, переход к программному бюджетированию или бюджетированию по результатам и последующему распределению произошел не сразу. Однако такой переход крайне необходим, поскольку программы государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи определяются на основе медицинских услуг, оказываемых населению (результаты, отражающие спрос), а не на базе структуры учреждений или статей бюджета (ресурсы, отражающие предложение). Реформы проводились, несмотря на жесткую систему УГР, которая включает в себя бюджетирование и распределение по ресурсам, установление верхних пределов расходов, определяемых для отдельных медицинских учреждений, негибкие статьи бюджета, политику защиты определенных статей бюджета и практическое отсутствие ответственности органов местного самоуправления при выполнении переменной части бюджета. ФОМС взял на себя ответственность

за согласование новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг с существовавшей тогда системой бюджетирования и распределения по имеющимся ресурсам. Медицинские учреждения ежемесячно представляли в региональные отделения ФОМС счета (отражавшие результаты и деятельности, такие как число пролеченных случаев). Кроме этого, они предоставляли постатейную разбивку расходов. ФОМС проводил перекрестную проверку данных, после чего представлял формы в казначейство для осуществления выплат по каждому учреждению. Система казначейства финансировала каждое медицинское учреждение по статьям бюджетной сметы. В случаях, когда возникали расхождения между ежемесячными отчетными данными и фактически оказанными услугами, требовалось проведение проверки. Такая система не только создала дополнительную административную нагрузку для ФОМС, но и сделала медицинские учреждения уязвимыми для специальных решений органов местного самоуправления и казначейства, что губительно сказалось на доверии к реформам закупок в здравоохранении. Например, в случае нехватки бюджетных средств одни статьи затрат исполнялись (как правило, заработная плата), а другие сокращались (World Bank 2003–2005).

В Кыргызстане с 1997 г. на основе ориентированной на результат системы оплаты медицинских учреждений была создана система управления в сфере взаимодействия покупателя и поставщика медицинских услуг, однако дальнейшее развитие сдерживалось жесткостью УГР/УГФ. Некоторые страны ЦЕ/ВЕКЦА все же выиграли оттого, что в них существовал строгий контроль, поскольку системы управления финансированием здравоохранения и потенциал были по-прежнему недоразвитыми и требовали дальнейшего развития. Бывшая югославская Республика Македония является примером страны, в которой согласование УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения потребовало, по крайней мере, в краткосрочной перспективе осуществления серьезного контроля и ограничения гибкости в распределении ресурсов между бюджетными единицами. Реформы системы закупок и оплаты поставщиков проводились без создания надлежащей системы финансового контроля в ФМС и медицинских учреждениях (см. врезку 10.3). Македонский ФМС был создан в 1993 г. и выступает в качестве единственного плательщика, уполномоченного реализовывать принцип разделения «покупатель-поставщик» в системе здравоохранения. ФМС, по аналогии с другими плательщиками в регионе, использует механизмы ориентированной на результат системы оплаты и заключения контрактов на закупку медицинских услуг для населения. ФМС заимствовал немецкую балльную систему оценки (в основном оплата за услуги) для расчетов с поставщиками услуг, а также применял систему выставления счетов для распределения средств. В отсутствие надлежащей процедуры подготовки бюджета, механизмов контроля прогнозных и фактических величин, а также перекрестных проверок счетов, выставляемых медицинскими учреждениями, ФМС вскоре столкнулся с проблемами интенсивного выставления счетов производителями медицинских

### **Врезка 10.3. Внешний аудит фонда медицинского страхования: бывшая югославская Республика Македония**

В 2005 г. компанией Ernst and Young был проведен внешний аудит ФМС БЮР Македонии (Правительство БЮР Македонии, 2005). Проведение аудита было вызвано несколькими отчетами, включая отчет Всемирного банка по результатам проведения аудита государственной финансовой отчетности. В докладе отражалось, что ФМС являются высоким фискальным риском для правительства бывшей югославской Республики Македонии. На тот момент в ФМС сформировалась задолженность, которая составляла 1,5 % ВВП. Проверка показала следующее.

- Отсутствие системных бюджетных правил, регламентирующих отношения между ФМС и медицинскими учреждениями.
- Слабое исполнение бюджета и ведение отчетности. Например, финансовые отчеты медицинских учреждений не были систематизированы и использовались ФМС для осуществления контроля над исполнением бюджета в сравнении с полученными ассигнованиями. Отсутствовало систематическое отслеживание задолженности.
- Крайне слабое отслеживание отклонений от прогнозных показателей бюджетов ФМС и медицинских учреждений. Отчасти это было обусловлено слабым финансовым управлением в медицинских учреждениях.
- Отсутствие системы мониторинга бюджета.
- Отсутствие подразделений внутреннего аудита в ФМС, внутренний аудит осуществлялся слабо, и его результаты не учитывались в дальнейшей работе.
- Руководство ФМС было сильно политизировано и нефункционально.
- Крайне слабый надзор над ФМС со стороны МЗ и Министерства финансов.

услуг и преждевременного дефицита имеющихся ресурсов. Это сопровождалось непрерывным накоплением задолженности, что создавало высокие финансовые риски в секторе здравоохранения (Burchfield 2004).

С целью осуществления контроля над расходами ФМС вернулся к составлению бюджета на основе имеющихся ресурсов, но так как, согласно законодательству, по-прежнему было необходимо оплачивать услуги, медицинские учреждения продолжали выставлять счета (иногда фиктивные), и проблема задолженности так и не исчезла. В данном контексте согласование УГР и реформ финансирования здравоохранения в бывшей югославской Республике Македонии потребовало реализации основных принципов УГР, таких как разработка бюджета для каждого медицинского учреждения и обеспечение жестких бюджетных ограничений, а также внедрение системы ежемесяч-

ной финансовой отчетности, которая должна составляться как ФМС, так и медицинскими учреждениями. Учитывая низкий уровень контроля в системе здравоохранения, а также потери из-за коррупции, ФМС в качестве краткосрочной меры выбрал подход к составлению бюджета, основанный на имеющихся ресурсах, и простой набор ключевых показателей деятельности, выполнение которых отслеживалось с помощью контрактов. Вместе с тем ФМС принял меры по повышению своего потенциала для перехода к более целесообразной системе оплаты медицинской помощи, ориентированной на результат, что стимулировало бы рост эффективности. Такие поэтапные шаги возможны при условии укрепления фонда, бюджетов поставщиков медицинских услуг и системы финансового управления, а также реформирования управления ФМС и наделения МЗ и министерства финансов более сильными надзорными полномочиями. Таким образом, в бывшей югославской Республике Македонии благодаря согласованию УГР и реформ финансирования здравоохранения повысилась эффективность системы и сократились потери, связанные с мошенничеством и коррупцией.

Реформы УГР/УГФ в странах ЦЕ/ВЕКЦА также включали в себя создание и модернизацию казначейских систем, направленные на улучшение исполнения бюджета и финансового управления (World Bank 2004b). В некоторых случаях это привело к улучшению исполнения бюджета и финансовой устойчивости. Например, в Хорватии все налоги на заработную плату, включая взносы на медицинское страхование, были отнесены к единому счету казначейства. В результате бюджет ФМС был приведен в соответствие с государственной бюджетной политикой и процессом бюджетного планирования. Кроме того, были улучшены показатели ликвидности и управление задолженностями, а также устранены проблемы, касающиеся потоков денежных средств и последующих задолженностей, с которыми ФМС столкнулся ранее (Anusic 2005).

Однако в ряде других случаев введение новых казначейских систем вступило в противоречия с реформами финансирования здравоохранения. В результате проведения реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА поставщики медицинских услуг получили значительную автономию в распределении и управлении ресурсами, что способствовало повышению эффективности деятельности. Кроме того, в рамках новых систем оплаты поставщиков объем общего бюджета медицинского учреждения зачастую предварительно не определен, так как оплата осуществляется в зависимости от количества обслуженных пациентов. Такой подход влияет на процессы составления и исполнения бюджета, а также на финансовое управление, поскольку бюджет медицинского учреждения не может быть заранее определен и внесен в годовой план казначейской системы, хотя можно управлять общей суммой бюджета на программном уровне. Другими словами, для более эффективного функционирования реформ финансирования здравоохранения необходимо, чтобы грани-

цы расходов устанавливались на основе программ, а не на уровне медицинского учреждения.

Например, в Казахстане и Кыргызстане казначейские системы работают, устанавливая каждому учреждению постатейный бюджет и затем в соответствии с данным подходом распределяя средства с учетом имеющихся в стране денежных средств. Однако внедренные в этих странах ориентированные на результат системы оплаты медицинских учреждений, как правило, не позволяют определить будущие бюджеты для каждого поставщика медицинских услуг и для больниц в частности. Окончательный годовой бюджет больницы зависит от количества начатых и успешно завершенных случаев лечения. Это отражает выбор пациента и является результатом конкуренции, а значит, стимулирует рост уровня эффективности и отзывчивости (O'Dougherty et al. 2009).

Кроме того, жесткость казначейской системы препятствовала реализации стимулов, заложенных в системе финансирования здравоохранения и направленных на повышение эффективности инфраструктуры оказания услуг. Одной из целей реформы финансирования здравоохранения, включая введение ориентированной на результат системы оплаты поставщиков медицинских услуг, являлось введение в медицинских учреждениях стимулов для оптимизации инфраструктуры, сокращения постоянных затрат, таких как платежи за коммунальные услуги, а также перераспределения сэкономленных денежных средств на переменные затраты, непосредственно связанные с лечением больных. Казначейская система, продолжая следовать строгому подходу бюджетирования по статьям бюджетной сметы, исключила финансовые стимулы, направленные на оптимизацию и повышение эффективности. Вскоре реструктуризация медицинских учреждений в Кыргызстане начала замедляться, поскольку лечебные учреждения поняли, что нет никаких гарантий того, что они смогут сохранить свои сэкономленные средства (O'Dougherty et al. 2009).

В этих странах помимо улучшения управления денежными средствами казначейские системы взяли на себя другие функции, в частности функцию контроля над использованием средств поставщиками медицинских услуг (контроль над расходами). Централизация финансов с одновременной децентрализацией управления противоречит как принципам, лежащим в основе создания казначейской системы, так и общей стратегии реформ системы финансирования здравоохранения, направленной на разделение функций покупатель-поставщик. Поставщики медицинских услуг, чья автономия ограничивается решениями казначейской системы о распределении ресурсов, не в состоянии воспользоваться стимулами новых систем оплаты медицинской помощи для повышения эффективности системы оказания услуг. В данном случае задача реформ УГР/УГФ по повышению эффективности деятельности за счет укрепления роли казначейской системы является препятствием для повышения аллокационной и оперативной эффективности, которые могли бы быть достигнуты путем перехода на ориентированную на результат систему оплаты медицинских учреждений.

Еще одним элементом диалога между УГР/УГФ и лицами, ответственными за проведение реформ финансирования здравоохранения в Кыргызстане, стал вопрос о том, нужно ли сохранять отдельные банковские счета для медицинских учреждений и каковы будут последствия этого для осуществления реформ государственных расходов, в частности в области казначейского управления денежными средствами (из личного общения автора). Казначейское управление денежными средствами требует ежедневного перемещения денег на счетах государственных учреждений с тем, чтобы они не задерживались там подолгу. Для этого необходимо, чтобы казначейство имело полную информацию об имеющейся наличности в любой момент времени. Именно поэтому консолидация отчетности считается рекомендуемой нормой при проведении реформ УГР/УГФ, что противоречит переходу к автономии медицинских учреждений, проявляемой в самостоятельном управлении собственными банковскими счетами. В условиях непредсказуемого и непрозрачного управления денежными средствами, осуществляемого казначейством, и погони за рентой<sup>91</sup>, которая усугубляется расширением полномочий казначейства по осуществлению контроля над расходами, создание индивидуальных казначейских субсчетов не является оптимальным решением. До тех пор пока не завершатся реформы казначейских систем и не повысится уровень прозрачности и подотчетности, лучшим вариантом считается наличие индивидуальных банковских счетов медицинских учреждений.

### **С. По направлению к эффективному согласованию политики финансирования здравоохранения и УГР/УГФ**

Реформы государственных финансов и бюджетирования требуют изменений как в подходе к УГР/УГФ, так и в концепции финансирования здравоохранения. В следующих подразделах мы рассмотрим шаги по направлению к эффективному согласованию УГР/УГФ и политики финансирования здравоохранения для каждой из трех подфункций финансирования здравоохранения. В целом меры по улучшению согласованности УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения в рамках сбора доходов и объединения средств включают в себя отдельные политические решения, затрагивающие широкий круг вопросов, а для укрепления системы закупок медицинских услуг необходим непрерывный процесс улучшения согласованности между система-

<sup>91</sup> Под этим подразумевается поведение чиновников казначейства, требующих часть денег до распределения средств. Об этом свидетельствуют многочисленные интервью, проведенные автором. Такое поведение, конечно, встречается не только в казначейской системе.

ми, процедурами, а также институциональными и индивидуальными возможностями.

#### i. Сбор доходов

То, каким образом определяются границы финансирования для здравоохранения в рамках государственного бюджета, будь то СПР или традиционное бюджетирование, является областью, которая нуждается в повышении прозрачности. Лица, ответственные за проведение реформ финансирования здравоохранения, высказались в пользу того, что здравоохранение является одним из приоритетных направлений, поэтому политические решения или решения, принимаемые сверху вниз, должны быть направлены на поддержание стабильного уровня финансирования данного сектора. Например, для поддержания стабильного финансирования на всех уровнях в Кыргызстане была успешно реализована идея, в соответствии с которой на бюджет здравоохранения отводится определенный процент от общих государственных расходов с привязкой к донорскому финансированию, осуществляемому с использованием широкосекторального подхода. Тем не менее зачастую финансовые органы хотят заменить существующие конкретные математические расчеты нормативов ресурсов и инфраструктуры на методологию расчета бюджета. Такая замена была реализована в Республике Молдова (см. главу 4), где осуществлялась передача общих доходов бюджета в НКМС на ОМС групп населения, не осуществляющих взносы. В соответствии с законом, подушевой бюджетный взнос должен быть равен средней подушевой стоимости программы государственных гарантий. Проведение с 2004 г. ежегодного перерасчета стоимости программы государственных гарантий привело к устойчивому, прогнозируемому увеличению бюджетных платежей (Shishkin, Kasevicius and Ciocanu 2008). В качестве основы для создания стабильного финансового потока бюджетных поступлений на ОМС неработающего населения Чешская Республика использует более простой, но эффективный механизм: на страхование неработающего населения выделяется сумма, равная 13,5 % от средней заработной платы (что эквивалентно налоговой ставке на заработную плату) (Rokosová et al. 2005). Вне зависимости от того, будут ли при принятии политических решений применяться простые формулы или сложные расчеты, для улучшения согласования УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения, а также в соответствующих случаях для реализации задач СПР особое внимание необходимо уделять созданию политической воли, чувства причастности и возможности для согласования политики/программ и финансирования (включая новый подход к бюджетированию, ориентированному на результат, и механизмы расчета).

#### ii. Объединение средств

Фискальная децентрализация периодически становилась политически ориентированной и проводилась, скорее, в виде «непонятного инструмента», нежели хорошо продуманной реформы, нацеленной на



улучшение деятельности посредством определения степени децентрализации для разных секторов и функций. Для лучшего согласования стимулов в рамках УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения также необходима разработка более функционального подхода к фискальной децентрализации. Зависимость между децентрализацией бюджета и функцией финансирования здравоохранения по объединению средств постоянно возрастает. С точки зрения УГР/УГФ часто возникает недопонимание, предполагается, что процесс децентрализации в секторе здравоохранения в основном затрагивает систему оказания услуг, которая более эффективно может управляться на уровне местного самоуправления. Фактически это согласуется с концепцией финансирования здравоохранения, в которой подчеркивается важность предоставления поставщикам медицинских услуг большей автономии и административных полномочий. Вопрос, относительно которого мнения расходятся, заключается в том, на каком уровне необходимо проводить децентрализацию доходов и расходов, чтобы обеспечить усиление функции объединения средств.

Иногда лица, ответственные за проведение реформ финансирования здравоохранения, воспринимаются в качестве противников децентрализации бюджета, тогда как в действительности они поддерживают не только идею децентрализации управления финансами до уровня соответствующих административных единиц, но и идею централизованного объединения средств, что позволит реализовать широкие стратегии финансирования здравоохранения, как, например, разделение «покупатель-поставщик». Если функция объединения средств здравоохранения не отвечает заявленным требованиям по причине децентрализации бюджета или реализации иных стратегий государственного финансирования, то в рамках проводимых в стране реформ финансирования здравоохранения используются дополнительные инструменты. Например, создание внебюджетных ФМС, направленное на обеспечение основных условий, необходимых для эффективного реформирования финансирования здравоохранения. Таким образом, в данном вопросе политики идут в обход систем УГР/УГФ, а не работают в этих рамках.

Для того чтобы добиться более эффективного согласования УГР/УГФ подходов, лица, ответственные за проведение государственной финансовой политики и финансовой политики в секторе здравоохранения, должны объединить усилия в продвижении идеи применения *подхода функциональной спецификации* для определения соответствующего административного уровня фискальной децентрализации для каждого сектора или типа государственных услуг. В большинстве случаев для поддержания функции страхования и достижения таких целей реформ финансирования здравоохранения, как справедливость и эффективность, бюджеты здравоохранения должны объединяться на среднем (штат/регион/область) и верхнем (национальный) уровнях власти.

### iii. Закупки

Что касается функции закупок медицинских услуг, то описанный выше опыт стран ЦЕ/ВЕКЦА показывает, что существует три основных источника противоречий в соответствующих концепциях УГР/УГФ и реформирования финансирования здравоохранения. Эти противоречия иногда приводили к формированию условий, препятствующих достижению общих целей реформ, таких как обеспечение эффективного распределения ресурсов, повышение эффективности деятельности и прозрачности на условиях финансовой устойчивости и ответственности. К таким условиям относятся: (1) определение медицинских учреждений, как и прежде, в качестве распорядителей средств, относительно которых устанавливается фиксированный максимум бюджета, вместо того, чтобы устанавливать этот максимум для программ; (2) медленный переход от формирования бюджета по принципу постатейного финансирования ресурсов к системам оплаты медицинских учреждений на основе результатов их деятельности; а также (3) контроль со стороны казначейской системы за распределением ресурсов медицинскими учреждениями. Для достижения эффективного согласования УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения в регионе необходимо решать эти вопросы, продолжая отделять процессы составления и исполнения бюджета от фиксированных постатейных бюджетов медицинских учреждений, а также укрепляя функциональную спецификацию, дающую более четкие определения понятиям институциональной структуры, ролей и взаимоотношений.

Для отделения процессов составления и исполнения бюджета от постатейных бюджетов медицинских учреждений необходима передача руководителям сектора здравоохранения большего объема контрольных полномочий по сравнению с контрольными функциями, положенными реформами УГР/УГФ. Для успешного управления государственными расходами, как правило, требуется осуществление мероприятий, направленных на поэтапное постепенное увеличение автономии в контроле над расходами (табл. 10.2). При этом исходят из предположения, что система должна хорошо функционировать на одном этапе, прежде чем переходить к следующему, и что каждый этап базируется на предыдущем. Противоречия между УГР/УГФ и подходами к финансированию здравоохранения возникают тогда, когда руководящие сотрудники, ответственные за УГР/УГФ, считают, что реформы финансирования здравоохранения стараются перейти уже к третьему этапу, тогда как еще не выполнены условия первого, или полагают, что сектор здравоохранения по своей сути в меньшей степени прозрачен, нежели финансовые органы.

Большая часть противоречий между схемами УГР/УГФ и реформами финансирования здравоохранения возникает на основе исторических предположений о том, что бюджетными единицами являются медицинские учреждения и что система оплаты медицинских учреждений или основа бюджетов медицинских учреждений («то, что контроли-

**Таблица 10.2.** Стадии контроля за расходами

Тип контроля	Кто осуществляет	Что контролируется	Способ отчетности
Стадия 1: внешний контроль	Министерство финансов и другие центральные органы	Конкретные ресурсы (отдельные статьи расходов, например каждая позиция или покупка)	Соответствие постатейным бюджетам, правилам государственной службы и прочее
Стадия 2: внутренний контроль	Департаменты, производящие расходы	Основные статьи расходов (фонд заработной платы, все оборудование или материалы)	Аудит систем с целью соответствия внутреннего контроля принятым государственным стандартам
Стадия 3: подотчетность управленческого персонала	Расходующие или ответственные подразделения	Общий бюджет, текущие расходы и результаты	Отчет и аудит результатов, расходов, качества и др.

Источник: Schick 2004.

руется») на каждом этапе — это постатейные бюджеты, составленные на основе нормативов материальной инфраструктуры. Как уже было подробно рассмотрено в этой и предыдущих главах книги, устранить источники неэффективности в секторе здравоохранения невозможно, если продолжать платить поставщикам медицинских услуг на основании фиксированных постатейных бюджетов. Для сокращения избыточных мощностей в системе здравоохранения, перехода от стационарных услуг к экономически более эффективным амбулаторным услугам, создания стимулов для модернизации устаревшей клинической практики и роста отзывчивости к запросам пациентов необходимо, чтобы системы оплаты производителей медицинских услуг развивались в сторону возмещения расходов медицинским учреждениям за фактически оказанные услуги, а не за материальную инфраструктуру, а также необходимо, чтобы выбор медицинского учреждения оставался за пациентом.

С 1997 г. стратегия реформирования системы здравоохранения в Кыргызстане заключалась в пошаговом трехэтапном развитии управления государственными расходами с применением новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг, даже в тех случаях, когда процедура согласования двух предыдущих этапов оказывается обременительной. Таким образом, УГР/УГФ согласованы с подходами к финансированию здравоохранения в отношении контроля над расходами и автономии, но не согласованы в вопросе, касающемся основного механизма оплаты услуг, на котором основан каждый из этапов. Еще больше осложняет ситуацию то, что государственные финансовые органы противоречат сами себе в отношении перехода от оплаты на основе используемых ресурсов к оплате по результатам деятельности. Была утверждена политика перехода на ориентированную на результат систему оплаты, однако затратный подход легче контролировать, и он чаще применяется специалистами низшего и среднего звена, ответственными за ежедневное выполнение финансовых операций.

Это противоречие можно разрешить путем разделения процессов составления бюджета, исполнения бюджета, оплаты медицинских услуг, а также бухгалтерского учета и финансового управления. Раньше эти три элемента были связаны между собой: составление бюджета для всего сектора здравоохранения проходило путем сложения всех бюджетов медицинских учреждений, составленных на основе нормативов инфраструктуры, расчеты с поставщиками медицинских услуг осуществлялись на основе этих же бюджетов, а задачи бухгалтерского учета и финансового управления сводились к подтверждению того, что все операции соответствуют данным бюджетам.

Разделение процессов составления бюджета, оплаты медицинских услуг, а также бухгалтерского учета и финансового управления является необходимым условием для согласования УГР/УГФ и политики финансирования здравоохранения.

- Формирование бюджета: в основе составления бюджетов лежат программы здравоохранения (например, общественное здравоохранение, услуги больниц, первичная помощь), а не медицинские учреждения. Таким образом, процесс формирования бюджета определяет уровень финансирования сектора в целом, а также приоритеты и распределение ресурсов в рамках программ здравоохранения, и общие расходы определяются и контролируются программами, а не медицинскими учреждениями.
- Исполнение бюджета/системы оплаты производителей: для исполнения бюджета используется ориентированная на результат система оплаты производителей, которая подходит к каждой утвержденной и реализуемой программе и подпрограмме. Размеры платежей устанавливаются для каждой бюджетной программы в соответствии с пределами расходов на программы, которые могут включать в себя лимиты финансирования или факторы бюджетного нейтралитета, обеспечивающие соответствие расходов программы установленным лимитам ее финансирования.
- Бухгалтерский учет и финансовое управление: есть несколько вариантов контроля над расходами, осуществляемыми поставщиками услуг или медицинскими учреждениями, и взаимоотношений с казначейской системой.

Таким образом, невозможно переоценить важность наличия четкой функциональной спецификации и соответствующей институциональной структуры, ролей и отношений, так как лица, ответственные за проведение реформ финансирования здравоохранения и УГР/УГФ, совместно работают в целях согласования соответствующих мероприятий. Грамотные меры, предпринимаемые соответствующим учреждением, — это основной фактор, обеспечивающий успешное проведение УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения, равно как и максимизацию возможностей для создания синергии между управлением государственными финансами в целом и реформами финансирования здравоохранения в частности.

## **D. Уроки, вынесенные из опыта проведения реформ**

Как говорилось в начале этой главы, цели и руководящие принципы УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения являются последовательными и согласованными на политическом уровне. На практике же выбор инструментов и подходов УГР/УГФ, а также процесс их реализации в разных странах иногда вступают в противоречие с проведением реформ финансирования здравоохранения. Различия в предположениях или неполное понимание деталей реформ финансирования здравоохранения, возникающие в государственных финансовых органах, можно устранить путем установления тесной связи между УГР/УГФ и политикой финансирования здравоохранения, а также за счет обеспечения условий, при которых широкая стимулирующая среда, созданная благодаря реформам УГР/УГФ, способствует (а не тормозит) реформам финансирования здравоохранения в целях достижения постоянного улучшения эффективности и прозрачности.

Опыт, накопленный в регионе, указывает на необходимость улучшения синхронизации системы УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения. Основными областями, в которых необходимо проводить синхронизацию, являются:

- синхронизация формирования общего бюджета с бюджетами программ сектора здравоохранения;
- определение и соблюдение правил, обеспечивающих прозрачность и предсказуемость исполнения бюджета, в том числе подготовку и распределение квартальных финансовых отчетов;
- объединение средств на национальном уровне (централизованные источники финансирования здравоохранения);
- упорядочение потока денежных средств в рамках новой ориентированной на результат системы оплаты поставщиков медицинских услуг;
- выплаты, осуществляемые казначейской системой, не на основании статей затрат, и большая автономия медицинских учреждений в распределении ресурсов;
- укрепление систем бухгалтерского учета и финансовой отчетности бюджетных единиц и медицинских учреждений;
- проведение внешнего и внутреннего аудита.

В Кыргызстане, например, улучшение согласованности УГР и реформ финансирования здравоохранения, по крайней мере, частично связано с изменением условий донорского финансирования в секторе здравоохранения. В последнее время в рамках широкосекторального подхода доноры занимаются объединением средств и предоставляют прямую поддержку бюджету сектора здравоохранения. Для осуществления поддержки бюджета необходимо, чтобы бюджетные и финансовые механизмы и системы были фактически сосредоточены на повышении эффективности распределения ресурсов, эффективности деятельности и прозрачности. Тем не менее для улучшения УГР/УГФ и

реформ финансирования здравоохранения требуется не только бюджетная поддержка, но и параллельное донорское финансирование и оказание технической помощи, что имеет решающее значение для сбалансирования и согласования. Кроме того, важно отметить, что изменения, связанные с проведением реформы финансирования здравоохранения, повлияли на методы и процедуры УГР/УГФ, осуществляемые во всех секторах, а значит, и на улучшение УГР/УГФ в целом.

Еще один важный урок, который можно извлечь из опыта стран с переходной экономикой, заключается в том, что для полного согласования УГР/УГФ и реформ финансирования здравоохранения необходимо установить прямую связь между порядком проведения мероприятий и сроками их реализации. В Кыргызстане это остается нерешенным вопросом. Хотя ожидается, что модернизация казначейской системы решит проблемы негибких и административно громоздких систем выплат, данный процесс может занять до пяти лет. Учитывая предыдущую историю о слабой реализации реформ УГР, на самом деле, он может длиться еще дольше, а это будет препятствовать успехам реформ финансирования здравоохранения. Следующим шагом является совместное согласование планов и графиков, что создает беспроигрышную ситуацию для обеих сторон: гибкость при осуществлении выплат для сектора здравоохранения и устойчивое управление денежными средствами и государственным долгом в государственном секторе в целом.

С этим связан другой урок, который заключается в том, что УГР/УГФ и реформа финансирования здравоохранения могут прогрессировать с разной скоростью по причине наличия политических, технических, эксплуатационных и других внешних факторов. Снова приведем пример Кыргызстана, имеющего богатый опыт в этой области. Изначально там планировалось приступить к реализации программного бюджетирования (УГР/УГФ) и новых ориентированных на результат систем оплаты поставщиков в одни сроки. Развитие системы финансирования здравоохранения и ориентированной на результат системы оплаты поставщиков происходит непрерывно с 1997 г., однако программное бюджетирование еще не разработано. В краткосрочной перспективе это породило путаницу и напряжение, которые были частично устранены благодаря дополнительной административной нагрузке, возложенной на ФОМС. Однако в среднесрочной перспективе развитие ориентированных на результат систем оплаты поставщиков усилило необходимость введения программного бюджетирования. По состоянию на 2009 г., Кыргызстан является единственным примером в Центральной Азии, где было в полной мере реализовано программное бюджетирование в секторе здравоохранения. Благодаря созданию и закреплению программ в области здравоохранения (программа государственных гарантий предоставления медицинской помощи, программа дополнительного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении, общественное здравоохранение, Фонд высоких технологий и другие программы), тесно связанных с пулами средств, стало возможным дальнейшее развитие закупок в секторе здравоохранения за счет

согласования систем оплаты поставщиков и распределения ресурсов по программам в области здравоохранения. Кроме того, благодаря сектору здравоохранения реализуются другие элементы СПР.

Также данный пример точно изображает достоинства и недостатки подходов «сверху вниз» и «снизу вверх». Преимущество подхода «снизу вверх» в Кыргызстане заключалось в выстраивании систем, процессов и возможностей со стороны медицинских учреждений и работников. Недостатком такого подхода были увеличение свыше установленных лимитов или препятствия во всем секторе финансового управления. Однако, как только эти препятствия были устранены путем совершенствования политики финансового управления, возможности, которые появились благодаря реализации подхода «снизу вверх», способствовали быстрому развитию в этой области. Не существует абсолютно правильной или абсолютно неправильной реализации стратегии, поскольку принимаемые решения зависят от условий той или иной страны. Однако стоит отметить, что для осуществления УГР/УГФ и реализации реформ финансирования здравоохранения по принципу «снизу вверх» на основе широкого политического подхода требуется твердая политическая воля для соблюдения сроков, необходимых для создания возможностей для реализации подхода «снизу вверх».

Часто существует определенный консервативный менталитет, встроенный в государственные финансовые и кадровые структуры, что препятствует делегированию управленческих функций поставщикам медицинских услуг. Хотя определенная степень осторожности и стремление к улучшению функций финансового управления является естественным, для повышения эффективности и прозрачности также важны разделение функций и делегирование более широких полномочий, ответственность и подотчетность поставщиков медицинских услуг. Соответствующее разделение на всех уровнях обязанностей, касающихся финансового управления, со временем приведет к повышению прозрачности и уменьшению коррупции. Если казначейская система сохраняет большую часть функций финансового управления и лишь некоторые делегирует поставщикам медицинских услуг, то можно утверждать, что это не является соответствующим разделением функций и обязанностей, повышением общего уровня прозрачности и подотчетности.

Существует дилемма, которая затрагивает как лиц, ответственных за УГР/УГФ, так и лиц, ответственных за проведение политики финансирования здравоохранения. Для улучшения систем управления и процессов поставщикам медицинских услуг необходимы как автономия в распределении ресурсов, так и время на то, чтобы научиться делать это эффективно. Невозможно стимулировать или полностью научить поставщиков медицинских услуг нести ответственность и вести отчетность, когда они фактически не обладают автономией. После десятилетий максимально ограниченной автономии страны ЦЕ/ВЕКЦА пришли к выводу, что единственным способом повысить эффективность руководства в медицинских учреждениях является наделение их автономией и выделение им времени на адаптацию к новым условиям. Напри-

мер, в главе 6 описана реакция больниц Кыргызстана на введение новой системы оплаты за законченный случай лечения, которая содержала в себе, скорее, принципы, которыми следует руководствоваться, нежели строгие правила распределения ресурсов. Изначально больницы были пассивными и не желали расширения автономии, поскольку не были уверены в том, как правильно руководить, и опасались того, что, если они допустят ошибку, их накажут, как это было раньше. Однако в очень короткий период (примерно через шесть месяцев) поставщики стали активными и развили системы управления и процессы для широкого спектра функций, таких как управление кадрами и закупка лекарственных средств. У медицинских учреждений может быть недостаточно финансовых возможностей для того, чтобы первоначально отвечать требованиям УГР/УГФ, заявленным в руководствах по управлению, однако поставщики никогда не будут развивать свои возможности для улучшения распределения ресурсов и повышения эффективности деятельности, если им не делегированы соответствующие функции и они не несут ответственность за полученные результаты.

Единственным методом, направленным на улучшение согласования подходов финансового управления казначейской системы и подходов финансирования здравоохранения, является система, в которой денежные средства передаются из казначейской системы покупателям медицинских услуг (ФМС или МЗ либо оба). Поскольку покупатель медицинских услуг очень быстро выплачивает эти средства медицинским учреждениям, используя новую систему оплаты поставщиков, такое решение не сказывается отрицательно на возможности государства вести учет и управлять денежными средствами. Покупатель медицинских услуг, кроме того, несет ответственность за осуществление расчетов с поставщиками медицинских услуг, которые отвечают за составление финансовых отчетов с постатейной разбивкой; затем эти отчеты направляются обратно в казначейскую систему через покупателей медицинских услуг. В сущности, медицинские учреждения несут ответственность перед покупателями медицинских услуг, которые, в свою очередь, ответственны перед казначейской системой. Такое разделение функций до сих пор может обеспечивать финансовую дисциплину и повышение прозрачности, а также позволяет покупателю медицинских услуг согласовывать политику/программные приоритеты с финансированием (таким образом повышая эффективность распределения ресурсов) и предоставляет поставщикам большую автономию, что влияет на повышение эффективности деятельности. Другим возможным решением является повышение гибкости информационных систем в казначействах, что позволит отчислять денежные средства в виде единовременных выплат в соответствии с новыми системами оплаты поставщиков, обеспечит автономию поставщикам медицинских услуг в распределении ресурсов, а также позволит составлять и передавать в казначейство финансовые отчеты с постатейной разбивкой.



## Е. Выводы

Как было представлено в этой главе, для успешного проведения реформ финансирования здравоохранения требуется согласование (т.е. необходимо создать соответствующую стимулирующую среду) между реформами УГР/УГФ и задачами реформ финансирования здравоохранения, ориентированными на повышение эффективности и прозрачности. В ситуациях, когда это согласование является слабым, готовность реформ финансирования здравоохранения поддерживать политические цели находится под угрозой. В тех случаях, когда было установлено взаимодействие, это только способствовало лучшим результатам проводимых реформ финансирования здравоохранения. Например, в Армении благодаря успешной реализации СПР повысился уровень предсказуемости бюджетного финансирования сектора здравоохранения. Это обеспечивает устойчивую основу для постепенного увеличения государственного финансирования в рамках существующих экономических ограничений, а также интеграцию внебюджетных фондов (таких как донорские фонды). В бывшей югославской Республике Македонии, когда в секторе здравоохранения проводился ряд реформ, не было основ для эффективного руководства и финансового управления. Это привело к потерям в секторе здравоохранения, причиной которых стали мошенничество и злоупотребления, и проблемам, связанным с эффективностью и доступностью. В Кыргызстане, в то время как реформы финансирования здравоохранения были чрезвычайно успешными и привели к улучшениям в распределении ресурсов, повышению эффективности деятельности и прозрачности, они были поставлены под угрозу системой УГР, которая создала ряд противоречивых стимулов и, по сути, наказывала сектор здравоохранения за его достижения. Кажется вполне очевидным, что система УГР, которая поощряет неэффективность и отсутствие прозрачности, а также приводит к регрессии финансовых механизмов, является системой, которая не согласована со своими собственными целями и поэтому требует изменений.

### Литература

Allen R, Tommasi D, eds (2001). *Managing public expenditure: a reference book for transition countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Anusic Z (2005). *International experience in consolidated social contributions and tax collection, reporting and administration*. Internal report on the Professional Development Grant. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region.

Bahl R (1999). *Implementation rules for fiscal decentralization*. World Bank Institute Working Paper. Washington, DC, World Bank.

Burchfield K (2004). *HIF governance reform study*. Prepared for the World Bank-financed Health Sector Management Project. Skopje, Ministry of Health of The former Yugoslav Republic of Macedonia.

Government of Armenia (2003). *Medium-term expenditure framework 2004–2006*. Yerevan, Government of Armenia.

- Government of Armenia (2004). *Medium-term expenditure framework 2005–2007*. Yerevan, Government of Armenia.
- Government of Armenia (2005). *Medium-term expenditure framework 2006–2008*. Yerevan, Government of Armenia.
- Government of Macedonia (2005). *External audit of the health insurance fund*. Luxembourg, Ernst and Young.
- Jakab M et al. (2005). *Evaluating the Manas health sector reform (1996–2005): focus on health financing*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 31. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health ([http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing\\_E\\_PRP31.pdf](http://www.hpac.kg/MyFiles/EvaluationofHealth%20financing_E_PRP31.pdf), accessed 23 February 2006).
- Kutzin J (2003). *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 24. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/MyFiles/PER%20JK%20for%20PRP24.pdf>, accessed 15 October 2009).
- Manjieva E et al. (2007). *Analysis of the medium-term financial sustainability of the state-guaranteed benefits package*. Manas Health Policy Analysis Project, Policy Research Paper 43. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health (<http://www.hpac.kg/images/pdf/PRP43.E.pdf>, accessed 15 April 2008).
- Martinez-Vasquez J, Boez J (2000). *Budgeting and fiscal management in transitional countries*. International Studies Program Working Paper 00-6. Atlanta, GA, Georgia State University.
- O'Dougherty S et al. (2009). *Case-based hospital payment systems*. In: Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. Washington, DC, World Bank:125–213.
- Rokosová M et al. (2005). *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Schick A (2004). *Pathways to improving budget implementation*. Budget Management and Financial Accountability Course. Washington, DC, World Bank.
- Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M (2008). *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin\\_moldova.pdf](http://www.euro.who.int/document/HSF/healthfin_moldova.pdf), accessed 15 April 2009).
- UNDP (2005a). *Fiscal decentralization in transition economies: case studies from the Balkans and Caucasus*. Bratislava: United Nations Development Programme.
- UNDP (2005b). *UNDP primers: fiscal decentralization and poverty reduction*. New York, United Nations Development Programme.
- WHO (2009) [web site]. *National Health Accounts Series*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/>, accessed 31 August 2009).
- World Bank (2003a). *Armenia: public expenditure review*. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region.
- World Bank (2003b). *Training in medium-term expenditure framework*. Washington, DC, World Bank Institute.
- World Bank (2003–2005). *Aide memoires of the second Kyrgyz health sector reforms project*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2004a). *Health financing in south-eastern European countries*. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region.

World Bank (2004b). *A study of public expenditure management capacity and reforms in ECA PRSP countries*. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region Poverty Reduction and Economic Management Unit.

World Bank (2005a). *Serbia: public expenditure review. Health chapter*. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region.

World Bank (2005b). *The Kyrgyz Republic: health and social project (project appraisal document)*. Washington, DC, World Bank Europe and Central Asian Region.

World Bank (2009) [web site]. PRSP web page. Washington, DC, World Bank (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,,menuPK:384207~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:384201,00.html>, accessed 31 August 2009).

## **Роль добровольного медицинского страхования**

*Sarah Thomson*<sup>92</sup>

В этой главе проводится анализ влияния форм ДМС в странах с переходной экономикой (ЦЕ/ВЕКЦА). Она акцентирует внимание на рынках ДМС, начиная с описания следующих аспектов ДМС в регионе: роль, которую оно играет для системы здравоохранения, финансируемой государством («государственная система»), влияние на расходы на здравоохранение, касающиеся функций системы финансирования отрасли — сбора, объединения и закупки, и нормативно-правовая база. Затем в главе более подробно рассматривается несколько случаев в регионе, в котором ДМС было частью реформ

---

<sup>92</sup> Я выражаю благодарность Dina Valabanova и Tim Poletti за предоставление информации о медицинском страховании на уровне местных сообществ на Кавказе и George Gotsadtze за предоставление информации о реформах в Грузии. Я также благодарю Joe Kutzin за полезные замечания к первоначальной версии этой главы. Я несу ответственность за любые допущенные ошибки.

финансирования здравоохранения<sup>93</sup>. В заключительных разделах определяются факторы, которые препятствуют или способствуют развитию и расширению ДМС, и выделяются проблемы политики в области здравоохранения<sup>94</sup>.

## А. Рынки ДМС

### i. Роль рынка

ДМС можно классифицировать в соответствии с его ролью по отношению к государственной системе. Международные исследования показывают, что рынки ДМС, как правило, формируются на основе характеристик государственной системы, в частности степени охвата государственной системы (Mossialos and Thomson 2004; OECD

<sup>93</sup> Медицинское страхование на уровне местных сообществ (МСУМС) является особой формой ДМС, которая существует в нескольких странах региона: Армения, Азербайджан, Грузия, Украина и Грузии, хотя и не в достаточной степени подтверждено документально) Таджикистан. В отличие от примеров ДМС, которым уделено основное внимание в этой главе, схема МСУМС в регионе, как правило, не следует четкой политике финансирования здравоохранения или реформе, но появилась как ответ (местных сообществ, национальных или международных НПО) на провал государственной системы по оказанию гарантированных медицинских услуг определенным слоям населения. Они должны играть дополняющую роль, и их основной целью является снижение финансовых барьеров в получении медицинской помощи. В регионе в большей степени описан опыт внедрения схемы МСУМС в Армении, Азербайджане и Грузии, осуществляемого при поддержке международного НПО Оксфам (Sloggett 2002; Poletti et al. 2007). Эти схемы МСУМС охватывают на добровольной основе семьи и обеспечивают жителей бедных и изолированных сельских поселений высококачественной и доступной первичной помощью, включая важнейшие медикаменты. С момента их введения в регионах этих стран схемы расширились, но их охват по-прежнему остается незначительным, если рассматривать на уровне всего населения. Международный опыт использования МСУМС свидетельствует о том, что схемы будут по-прежнему требовать внешних субсидий со стороны финансирующих организаций или правительств (Ekman 2004). В Украине добровольные «больничные кассы» и кредитные союзы появились как один из видов МСУМС, как правило, относящегося к местной больнице. Так как Конституция Украины запрещает государственным организациям собирать взносы на финансирование медицинских услуг, которые по конституции являются бесплатными, то в рамках данной схемы сбор средств осуществляется благотворительной организацией, функционирующей как МСУМС и собирающей взносы со своих членов. Аналогично схемам Оксфам, те схемы, которые реализуются в Украине, в условиях недостаточности государственного финансирования направлены на обеспечение доступности медикаментов. Как и в ситуации на Кавказе, они не акцентируют внимание на финансировании здравоохранения на уровне всего населения, но, по всей видимости, имеют преимущества с точки зрения доступности и качества услуг (Lekhan, Rudiy and Nolte 2007).

<sup>94</sup> Другой формой добровольной предварительной оплаты медицинской помощи является медицинский накопительный счет (МНС). МНС включают регулярные платежи физических лиц, домохозяйств или компаний на эти счета для финансирования расходов на здравоохранение для отдельного получателя или домашнего хозяйства без какого-либо объединения рисков среди населения. Так как только одна страна в регионе — Венгрия (Gaál and Riesberg 2004) — реализует МНС, они не обсуждаются далее в этой главе. Ограниченное развитие рынка в Венгрии (несмотря на налоговые субсидии) и остальных странах региона может отражать отсутствие важных институциональных предпосылок для МНС, в частности значительный уровень дохода на душу населения и занятость в формальном секторе (Nichols, Prescott and Phua 1997). Международный опыт показывает, что МНС не могут быть справедливым и надежным средством замены личных платежей граждан на момент получения медицинской помощи схемами предоплаты (Nichols, Prescott and Phua 1997; Dixon 2002; Hanvoravongchai 2002).

**Таблица 11.1.** Классификация рынков добровольного медицинского страхования

Факторы развития рынка	Роль рынка	Охват
Широта государственного охвата (открытость государственной системы: доля населения, на которое распространяется страхование)	Замещающая	Группы населения, которые исключаются или могут отказаться от государственной системы
Объем государственного охвата (гарантированный государством набор медицинских услуг)	Дополняющая (услуги)	Услуги, исключенные из государственной системы
Глубина государственного охвата (доля стоимости гарантированного набора услуг, покрываемая государственным финансированием)	Дополняющая (платежи пациентов)	Обязательные платежи пациентов, устанавливаемые государственной системой
Удовлетворенность пациентов (мнение о качестве медицинских услуг)	Добавочная	Более быстрый доступ и право пациентов на более широкий выбор пациентами

Источник: Foubister et al. 2006.

2004). Таким образом, пробелы в уровне государственного охвата являются ключевыми факторами, определяющими развитие рынка ДМС (Foubister et al. 2006). Там, где ДМС компенсирует недостатки охвата государственной системы путем предоставления финансовой защиты для групп людей, которые исключены или могут отказаться от государственной системы, оно играет замещающую роль. Кроме того, оно берет на себя дополняющую роль, в которой акцентируется внимание на ограничениях в объеме и глубине гарантированного государством набора медицинских услуг, и добавочную роль в ситуациях, в которых оно реагирует на низкий уровень удовлетворенности пользователей государственной системой (см. табл. 11.1).

**Замещающее ДМС.** В Эстонии, Чешской Республике, Словении и Словакии небольшие рынки замещающего ДМС охватывают людей, которые не имеют право на страхование, финансируемое государством (Jesse et al. 2004; Rokosová et al. 2005). Эстонский рынок очень мал и охватывает лишь несколько сотен человек, и полисы замещающего страхования продаются исключительно ФОМС, ЭФМС. Чешский рынок главным образом охватывает все возрастающее число трудовых мигрантов из стран, не входящих в ЕС (Dlouhy 2009). В 2005 г. замещающее страхование, осуществляемое дочерней компанией ФОМС, охватывало около 0,3 % населения. За исключением реформы, введенной в 2007 г. в Грузии (см. ниже) (Gotsadze 2008), замещающее ДМС, по сути, не играет никакой роли в странах бывшего Советского Союза.

**Дополняющее ДМС.** Роль дополняющего ДМС, охватывающего медицинские услуги, исключенные из государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи, также ограничена. Такие рынки существуют в Украине, где они покрывают расходы на приобретение медикаментов (коммерческие формы и на уровне местных сообществ), а также в Латвии, где они покрывают расходы на стоматологические услуги и санаторно-курортное лечение (Karaskevica and Tragakes 2001; Lekhan, Rudy and Nolte 2004). Рынки дополняющего ДМС, покрывающего платежи пациентов за услуги, включаемые в гарантированный государством набор медицинских услуг, играют важную роль в Хорватии, Лат-

**Таблица 11.2.** Вопросы, влияющие на функции финансирования здравоохранения на рынках добровольного медицинского страхования

Функция	Вопросы
Сбор	Кто продает ДМС? Какова его стоимость? Влияют ли налоговые льготы на стоимость и объем использования?
Объединение	Какая часть населения приобретает/охвачена ДМС? Каким образом устанавливаются премии? Исключают ли страховщики из охватываемых групп людей с доклинической стадией болезни?
Закупка	Какие услуги включены в программу ДМС? Есть ли возможность разделения затрат? Предоставляются ли услуги в натуральной форме или путем возмещения расходов на медицинское обслуживание? Как взаимодействуют страховщики с поставщиками медицинских услуг? Каким образом страховщики обеспечивают эффективность (включая качество) управления и предоставления медицинских услуг?

Источник: собственная компиляция авторов.

Примечание: ДМС – добровольное медицинское страхование.

вии и Словении (Karaskevica and Tragakes 2001; Albreht et al. 2002; Voncina et al. 2006). Словения является единственной страной, достигшей высокого уровня охвата населения этим видом страхования (см. ниже).

**Добавочное ДМС.** Большинство рынков ДМС в странах ЦЕ/ВЕКЦА играют вспомогательную роль, покрывая медицинские услуги во время путешествия за рубежом и/или в учреждениях частного сектора (в том числе частных палат в государственных больницах). В последнем случае добавочное ДМС предоставляет застрахованным более быстрый доступ к медицинской помощи, более высокий уровень удобств в стационаре и право большего выбора поставщиков по сравнению с правами в рамках государственного сектора.

## ii. Вклад в расходы на здравоохранение

Уровни частных расходов на здравоохранение являются относительно высокими в регионе, варьируя от 15 % общих расходов на здравоохранение в нескольких странах (Чешская Республика и Хорватия) до более чем 70 % в других странах ЦЕ/ВЕКЦА (Азербайджан, Грузия и Таджикистан) в 2006 г. (WHO 2009). Несмотря на это, вклад ДМС в расходы на здравоохранение является минимальным и редко составляет более 1 % общих расходов на здравоохранение (см. табл. 11.3 ниже) (Kornai and Eggleston 2001; Kutzin and Cashin 2002). В некоторых странах нет вообще никакого рынка ДМС, в то время как в других странах, где есть данные о функционировании рынка, уровни расходов либо недоступны, либо слишком незначительны для целей отчетности (WHO 2009). Словенский рынок имеет аномальное значение с точки зрения вклада в общие расходы на здравоохранение (13 %), так как на его долю приходится почти половина частных расходов на здравоохранение.

### iii. Сбор, объединение и закупка

На рынках ДМС функции финансирования здравоохранения — сбор, объединение и закупки, как правило, интегрированы. В табл. 11.2 кратко обобщены вопросы, относящиеся к конкретной функции, которые рассматриваются более подробно ниже.

**Кто продает ДМС?** Коммерческие страховые компании являются наиболее распространенным видом продавцов полисов ДМС, особенно (но не исключительно) для рынков добавочных услуг. Однако ассоциации взаимопомощи занимают важное место в обеспечении дополняющего страхования в Венгрии и Словении; НПО, благотворительные организации и коммерческие компании покрывают расходы на лекарства в Украине; ФОМС или фондам частного медицинского страхования, участвующим в предоставлении услуг, финансируемых государством, предоставлено право осуществлять добровольное страхование в Болгарии, Хорватии, Чешской Республике, Эстонии, Польше и Словакии; частные и/или государственные медицинские поставщики на рынке предполагают предоплату за свои услуги в Узбекистане и Польше; государственные страховщики имеют право продавать полисы добавочного медицинского страхования в Албании, Беларуси и Узбекистане; а министерства здравоохранения и финансов регулируют так называемые добровольные системы медицинского страхования в Туркменистане<sup>95</sup>. Количество продавцов в разных странах колеблется от 1 в Албании и Беларуси до 80 коммерческих компаний, а также неустановленного числа НПО в Украине, и около 200 страховых компаний в Польше (Nuri and Tragakes 2002; Lekhan, Rudy and Nolte 2004; Thomson and Mossialos 2009). Но на большинстве рынков работают около 5–10 продавцов. Их количество само по себе не свидетельствует об уровне конкуренции, так как страховщики в некоторых странах могут действовать на региональном уровне. Для большинства стран недоступны данные о концентрации рынка.

**Какова стоимость ДМС?** Одной из причин низкого уровня охвата населения ДМС в странах ЦЕ/ВЕКЦА может быть ее высокая стоимость, особенно на рынках добавочных услуг, где страховщики назначают премии для получения высоких доходов, что делает ДМС недоступным для многих людей. В Азербайджане, например, премии колеблются от 600 до 17 000 долл. США в год, и самая низкая премия покрывает расходы застрахованных на получение помощи в принадлежащих страховщику больницах, а самая высокая покрывает медицинскую эвакуацию в Турцию или Российскую Федерацию (Holley, Akhundov and Nolte 2004). В Польше премии за добавочное страхование покрываются организацией медицинского страхования по цене от 12 польских злотых (4 долл. США) до нескольких сотен злотых (более 70 долл. США) в месяц (Kuszevski and Gericke 2005). Самые высокие премии рассчитаны на топ-менеджеров и богатых людей. Премии в Армении находятся в диапазоне от 50 до 670 долл. США в год, но для людей в возрасте от 35 до 40 лет премии, как правило, около 200–300 долл. США в год (Tsaturyan 2006).

<sup>95</sup> Туркменская система по сути дела является обязательной для всех официальных сотрудников сектора, и в этой главе не будет рассматриваться как ДМС



Колебания размера премий менее выражены в других странах; в Узбекистане, например, стоимость индивидуального полиса ДМС составляет от 500 долл. США в год (программа ДМС не включает проведения хирургических вмешательств) и до 875 долл. США для полиса, включающего медицинскую помощь всем членам семьи и предусматривающего оплату хирургических вмешательств (Ahmedov et al. 2007).

**Влияют ли налоговые льготы на стоимость и объем использования ДМС?** Налогообложение взносов на ДМС влияет на его стоимость. Лишь немногие страны предоставляют налоговые льготы для покупки полисов ДМС (Болгария, Хорватия, Грузия только для добавочного страхования, Венгрия, Латвия, Польша и Румыния) (Voncina et al. 2006; Gotsadze 2008; Thomson and Mossialos 2009). Налоговые льготы главным образом предоставляются в виде разрешения отдельным гражданам или работодателям на снижение налогооблагаемого дохода на величину стоимости ДМС или разрешения работникам получать ДМС от своих работодателей в качестве не облагаемых налогом пособий в натуральной форме. В других странах (Литва, Армения и Эстония) налоговые антистимулы означают, что ДМС облагается налогом для сотрудников как пособие в натуральной форме и может подлежать отчислениям по социальному страхованию для работодателей (Cerniauskas, Murauskiene and Tragakes 2000; Jesse et al. 2004; Nakobyan et al. 2006).

**Какая часть населения охвачена ДМС?** В силу слабого регулирования и несовершенных механизмов отчетности трудно получить точные данные о доле населения, на которое распространяется ДМС в большинстве стран, а в некоторых странах оценки противоречивы<sup>96</sup>. Однако в большинстве стран ЦЕ/ВЕКЦА ДМС охватывает очень небольшую часть населения, обычно менее 1 %. Основными исключениями являются Грузия (10 %), Хорватия (16 %) и Словения (74 %) (Cotman 2005; Voncina, Dzakula and Mastilica 2007; Gotsadze 2008).

**Кто приобретает полиса ДМС?** Покупатели на рынке ДМС делятся на две категории: индивидуальные и коллективные. В качестве коллективных покупателей обычно выступают работодатели (как правило, крупные фирмы, в некоторых случаях многонациональные корпорации, международные организации или конкретные отрасли, например нефтяная и газовая промышленность), покупающие ДМС для своих работников. Эта категория включает в себя другие типы покупателей, например профсоюзы, органы местного самоуправления или территориальные сообщества. Коллективные покупатели доминируют на рынках Литвы, Латвии, Болгарии и Польши. В Латвии коммерческие страховщики продают исключительно коллективные страховки и бывшая государственная страховая компания Rīgas Slimokase является единственной организацией, предоставляющей услуги индивидуального

<sup>96</sup> Эта проблема не ограничивается странами ЦЕ/ВЕКЦА. На многих рынках по всему миру регулирующие органы не собирают данные о количестве страхователей и/или числе людей, имеющих ДМС систематически. Даже там, где эти данные доступны (например, в Соединенном Королевстве), это обычно укрупненные данные, и они не свидетельствуют о различиях в уровне покрытия страховкой, приобретенной различными страхователями.

медицинского страхования (Müller et al. 2005). ДМС в первую очередь приобретали для страхования сотрудников крупных компаний в таких странах, как Хорватия (добавочное ДМС), Румыния, Армения, Азербайджан, Российская Федерация и Украина.

**Каким образом устанавливаются премии? Исключают ли страховщики из охватываемых групп людей с доклинической стадией болезни?** Величина премий, вероятней всего, изменяется в зависимости от набора медицинских услуг, предусмотренного конкретным страховым полисом. Некоторые страховщики также рассчитывают премии в зависимости от возраста, пола и состояния здоровья (оценка риска); в таких случаях страховщики также могут исключать из охватываемых групп людей с доклинической стадией болезни. Некоммерческие страховщики чаще предлагают премии, стоимость которых определяется на уровне местных сообществ (например, ФОМС в Хорватии), хотя до тех пор, пока стоимость не была закреплена на уровне местных сообществ в Словении, она использовалась как некоммерческими организациями, так и одним из коммерческих страховщиков на рынке (Voncina et al. 2006; Milenkovic Kramer, personal communication 2006). И наоборот, премии, предлагаемые государственной страховой организацией UNIC в Узбекистане, рассчитывались в зависимости от возраста, в то время как премии частных страховщиков не учитывали этот фактор (Ahmedov et al. 2007). Однако премии, предлагаемые некоммерческими страховщиками, могут быть существенно ниже, чем те, которые предлагаются коммерческими страховщиками, как в Узбекистане, где самый полный страховой полис UNIC стоит на 24 % меньше, чем полис частного страховщика для группы с самым низким уровнем риска, и на 42 % меньше для группы с высоким риском.

**Какие услуги включены в программу ДМС?** В предыдущем разделе, посвященном роли рынка, и в табл. 11.3 представлена информация о широте набора услуг, включаемых в программы ДМС на различных рынках. Замещающие полисы в целом обеспечивают услуги, аналогичные услугам ОМС, хотя в Чешской Республике они исключают лечение некоторых хронических заболеваний (например, ВИЧ/СПИД). В Грузии замещающее ДМС, как правило, охватывает меньше услуг, чем набор услуг, оказываемый в рамках государственных гарантий (Cashin et al. 2009). Хотя замещающее и дополняющее ДМС, покрывающее обязательные платежи пациентов, предназначено для повышения финансовой защиты, добавочное ДМС обычно не играет важной роли в обеспечении финансовой защиты. В условиях, когда ДМС играет не одну, а более ролей, например замещающее и дополняющее ДМС, услуги могут быть помечены в рамках каждого вида ДМС, но в единой программе или плане. Данные, касающиеся конкретных программ ДМС, крайне ограничены. Также ограничена и другая информация, характеризующая рынки ДМС: степень дифференциации страхового продукта (количество и вариация предлагаемых страховщиками страховых программ и планов); оказываются ли услуги в натуральной форме или возмещаются после получения медицинской помощи; а также уровни деления расхо-

дов посредством установления максимальных размеров покрываемых расходов (т.е. предоставление помощи до определенной максимальной суммы), франшиза или совместное страхование.

**Как взаимодействуют страховщики с поставщиками медицинских услуг?** Большинство продавцов являются страховыми компаниями, но есть и поставщики медицинских услуг, предлагающие ДМС, в частности в Польше и Узбекистане. Государственные и частные страховщики в Польше предлагают страхование для получения более быстрого доступа к медицинским услугам (в основном амбулаторным услугам) (Kuszewski and Gericke 2005). Крупные частные поставщики в Узбекистане продают ДМС с целью стимулирования развития бизнеса, а страховщики в Азербайджане имеют собственные больницы (Ilkhamov and Jakubowski 2001; Holley, Akhundov and Nolte 2004; Ahmedov et al. 2007). В 1999–2000 гг. муниципалитет Тбилиси в Грузии экспериментировал с заключением договора с частной страховой компанией для управления программой здравоохранения (Gamkrelidze et al. 2002).

**Каким образом страховщики обеспечивают эффективность управления и предоставления медицинских услуг?** Учитывая незрелость и размер многих рынков ДМС в регионе, страховщики (если не интегрированы вертикально с поставщиками) не будут иметь значительного влияния на поставщиков. Тем не менее некоторые страховщики избирательно заключают договора с целью обеспечения того, чтобы поставщики, с которыми они работают, не принимали неформальные платежи от застрахованных по ДМС.

#### iv. Регулирование

ДМС может испытывать сложности из-за сбоев на рынке<sup>97</sup>, возникающих в силу сложностей страхования людей, которые уже больны или, очень вероятно, понесут затраты на медицинское обслуживание. Это усугубляется реакцией страховщиков на ситуацию, как правило, в виде отбора благоприятных рисков и сегментации рынка (Barr 2004). Государственная политика может решить эти и другие вопросы путем прямого вмешательства на рынке (регулирование), а также косвенным путем, например предоставлением налоговых льгот. Три основные цели государственного регулирования могут быть определены (Chollet and Lewis 1997) следующим образом: (1) поддержание стабильности рынка путем установления финансовых и нефинансовых стандартов для входа на рынок и работы страховщика (включая, например, минимальные уровни платежеспособности и требования к страховщикам специали-

<sup>97</sup> В теории рынок медицинского страхования могут работать эффективно только в случае, если не существует никаких серьезных проблем с неблагоприятным выбором, моральными рисками и монополией, а также если вероятность заболевания меньше, чем единица (отсутствие хронических заболеваний), независима друг от друга (отсутствие эндемических инфекционных заболеваний) и известна или подлежит оценке (страховщики могут оценить будущие страховые убытки и скорректировать премии за риск). Проблемы морального риска и монополий могут быть актуальными как в государственном, так и частном медицинском страховании.

**Таблица 11.3. Основные черты рынков добровольного медицинского страхования в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Роль(и) рынка и примеры услуг, включаемых в программы/планы	Охват населения, 2006 г. (%)	ОЗЗ, 2006 (%)
<b>Европейский Союз</b>			
Болгария	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: палата с максимальными удобствами, отдельная палата, более быстрый доступ к услугам</li> <li>■ Дополняющее (У): стоматологические услуги, медицинские приборы, медицинские препараты для амбулаторного пациента</li> </ul>	2,0–4,6b	0,4
Чешская Республика	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: индивидуальная палата</li> <li>■ Замещающее: аналогично обязательному страхованию, но не включает лечение некоторых хронических заболеваний, например ВИЧ/СПИД, наркозависимость, психические заболевания, санаторно-курортное лечение и др.</li> </ul>	Нет данных <1,0	0,2
Эстония	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Замещающее: аналогично обязательному страхованию, но в коммерческом порядке предполагаются другие уровни оказания услуг</li> </ul>	<0,01	1,1
Венгрия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дополняющее (У): физиотерапия, помощь на дому, профилактика, терапевтические санаторно-курортные услуги, спорт/отдых, медикаменты и товары медицинского назначения, нетрадиционная медицина</li> <li>■ Добавочное: палата с максимальными удобствами</li> </ul>	Коммерческий: 2,1 Взаимный: 6,2	1,2
Латвия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дополняющее (платежи потребителей): обязательные платежи пациентов</li> <li>■ Дополняющее (У): офтальмологические и стоматологические услуги, физиотерапия и массаж, реабилитация, вакцинация, слуховые аппараты, протезы, пластическая хирургия, ЭКО, нетрадиционная медицина</li> <li>■ Добавочное: прямой доступ к специалистам, доступ к поставщикам, с которыми не заключен контракт, более быстрый доступ (консультации и клинические исследования)</li> </ul>	(2003) 15,6	1,0
Литва	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: услуги амбулаторному пациенту, включая операции, консультации, диагностику, профилактику, пренатальную помощь, визиты на дом, физиотерапию, офтальмологию и стоматологию, реабилитацию, услуги стационарному пациенту</li> </ul>	0,2	0,4
Польша	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: частная помощь, более быстрый доступ</li> </ul>	3,1–3,9 d	0,6
Румыния	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: палата с максимальными удобствами, выбор поставщика, заключение другого врача, частная помощь</li> </ul>	0,1	4,0

**Таблица 11.3. Основные черты рынков добровольного медицинского страхования в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Роль(и) рынка и примеры услуг, включаемых в программы/планы	Охват населения, 2006 г. (%)	О33, 2006 (%)
Словения	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дополняющее (платежи потребителей): обязательные платежи пациентов</li> <li>■ Дополняющее (У): нетрадиционная медицина, стоматологические услуги высокого качества, услуги по выбору (например, косметическая хирургия), медицинские амбулаторному пациенту</li> <li>■ Добавочное: палата и товары медицинского назначения высокого качества, медикаменты, не включенные в позитивный список, более быстрый доступ</li> <li>■ Замещающее</li> </ul>	(2005) 73,8 (2004) <1,0	13,1
Словакия	Замещающее	нет данных	0,0
<b>Страны, не входящие в ЕС, страны Центральной Европы</b>			
Албания	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: в основном страхование медицинских расходов лиц, выезжающих за пределы страны</li> </ul>	Нет данных	0,0
Босния и Герцеговина	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Рынок не развит</li> </ul>	Нет данных	Нет данных
Хорватия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дополняющее (платежи потребителей): обязательные платежи пациентов</li> <li>■ Добавочное: лучшие условия предоставления медицинской помощи и медицинские услуги за рубежом</li> </ul>	(2003) 16,0	1,2
БЮР Македония	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Рынок не развит</li> </ul>	Нет данных	Нет данных
Сербия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Рынок не развит</li> </ul>	Нет данных	Нет данных
<b>Российская Федерация и западные страны бывшего Советского Союза</b>			
Беларусь	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное</li> </ul>	Нет данных	<0,1
Республика Молдова	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное</li> </ul>	Нет данных	0,2
Российская Федерация	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: лучшие условия в стационарах и доступ к более престижным учреждениям</li> </ul>	5,0	3,7
Украина	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дополняющее (У) и добавочное: обычно для покрытия расходов на лекарства, но в некоторых случаях палаты в больнице с лучшими условиями</li> </ul>	1,4	0,5
<b>Кавказ и Центральная Азия</b>			
Армения	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: услуги стационарному и амбулаторному пациенту, с несколькими исключениями</li> </ul>	<0,1	0,1

**Таблица 11.3. Основные черты рынков добровольного медицинского страхования в странах ЦЕ/ВЕКЦА**

Страна	Роль(и) рынка и примеры услуг, включаемых в программы/планы	Охват населения, 2006 г. (%)	ОЗЗ, 2006 (%)
Азербайджан	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дополняющее (У) и добавочное: услуги стационарному и амбулаторному пациенту, некоторые виды лечения за рубежом</li> <li>■ Замещающее: определенный государством набор услуг, который частично финансируется государством (страховщики также предлагают дополнительные услуги, но в рамках ограничения премии, установленного государством)</li> <li>■ Замещающее: нерегулируемое</li> <li>■ Добавочное</li> </ul>	<0,1	0,1
Грузия	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Замещающее: определенный государством набор услуг, который частично финансируется государством (страховщики также предлагают дополнительные услуги, но в рамках ограничения премии, установленного государством)</li> <li>■ Замещающее: нерегулируемое</li> <li>■ Добавочное</li> </ul>	(2008) 10,0	1,1
Казахстан	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное</li> </ul>	5,0	Нет данных
Кыргызстан	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: услуги узких специалистов</li> <li>■ Рынок не развит</li> </ul>	<0,1	Нет данных
Таджикистан	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Рынок не развит</li> </ul>	Нет данных	0,0
Туркменистан	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Реальный рынок ДМС не развит</li> </ul>	Нет данных	0,0
Узбекистан	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Добавочное: более быстрый доступ, выбор поставщика, специализированные больницы, лучшие условия предоставления медицинской помощи</li> </ul>	Нет данных	0,0

*Источник:* Страны – члены ЕС – Thomson and Mossialos 2009; остальные – книги серии HIT, опубликованные Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения (доступно: <http://www.euro.who.int/observatory>) и данные WHO TEN (WHO 2010); Müller et al. 2005; Tsaturyan 2006; Waters et al. 2006; Lekhan, Rudy and Shishkin 2007; Voncina, Dzakula and Mastilica 2007; Gotsadze 2008.

*Примечания:* ЦЕ/ВЕКЦА – Центральная Европа, Восточная Европа, Кавказ и Центральная Азия; ОЗЗ – общие затраты на здравоохранение; У – услуги; ВИЧ/СПИД – вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита; ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение.

<sup>a</sup> Доминирующая роль указана первой.

<sup>b</sup> Существуют две различные оценки охвата населения. Оценки Комиссии по финансовому контролю составляют около 4,6 %; группа по правам пациентов – около 2,0 %.

<sup>c</sup> Взаимные ассоциации в Венгрии, предоставляющие дополнительное страхование, предлагают индивидуальные накопительные счета, а не стандартное страхование, включающее объединение рисков для различных групп людей.

<sup>d</sup> Эта цифра относится к предварительным взносам на получение медицинских услуг. Страхование медицинских расходов лиц, выезжающих за пределы страны, охватывает около 1,6 % населения. Частное медицинское страхование, которое приобретает наряду со страхованием жизни, охватывает примерно 76,4 % населения, но предоставляемые медицинские услуги, вероятно, при этом незначительны.

зироваться в медицинском страховании или иметь некоммерческий статус), его выхода и требования к финансовой отчетности, контролю и надзору; (2) защита потребителей путем управления маркетинговыми практиками страховщика и их отношений с поставщиками медицинских услуг; и (3) улучшение доступа к ДМС через открытую регистрацию (требование для страховщиков принимать всех заявителей), гарантированное обновление страховки (предотвращение прекращения действия договора страховщиками), рейтинг на уровне местных сообществ, обеспечение минимальной или стандартной программы ДМС и предварительного одобрения страховых продуктов и цен.

Большинство стран ЦЕ/ВЕКЦА по минимуму вовлечены в регулирование рынков ДМС. Есть, однако, некоторые исключения. Например, продажи полисов ДМС могут быть ограничены только продажами в частных учреждениях (Армения), ассоциациях взаимопомощи (для дополняющего ДМС в Венгрии) и ФОМС (Хорватия до 2004 г.). И наоборот, ФОМС не могут продавать ДМС в Латвии и Словении (Karaskevica and Tragakes 2001; Albreht et al. 2002). В Венгрии ассоциации взаимопомощи могут осуществлять ДМС только на те услуги, которые исключены из государственного страхования (Gaál and Riesberg 2004). Болгарское правительство требует предварительного одобрения страховых продуктов и цен, но эта форма регулирования не распространена широко за пределами Болгарии (Koulaksazov et al. 2003). Словенский рынок дополняющего ДМС, покрывающего обязательные платежи пациентов, является наиболее жестко регулируемым в регионе. С 2005 г. словенское правительство потребовало, чтобы все страховщики применяли открытую регистрацию и премии на уровне местных сообществ, которые сопровождаются схемой выравнивания риска для предотвращения отбора рисков (Albreht 2006). Однако внедрение схемы выравнивания риска было приостановлено в силу законодательных проблем со стороны страховщиков (см. ниже), и Европейская комиссия недавно инициировала судебное разбирательство по делу нарушений словенского правительства на том основании, что выравнивание риска на словенском рынке противоречит законодательству ЕС (третья Директива в области страхования, иного, чем страхование жизни) (Thomson and Mossialos 2009).

## **В. Реформы финансирования, охватывающие ДМС: конкретный опыт**

Реформы с вовлечением ДМС в странах ЦЕ/ВЕКЦА включают как законодательство, разрешающее введение ДМС на рынке, так и связанные с этим изменения государственной политики в области ДМС. В начале–середине 1990-х гг. большинство стран в регионе законодательно определили основы функционирования системы ДМС. В некоторых странах административные и нормативные детали никогда не были сформулированы

наряду с законодательством, которое эффективно не допускало развитие рынка ДМС, в то время как в других странах было необходимо дополнительное законодательство, чтобы стимулировать его реализацию.

Различия в экономических и финансовых условиях в странах ЦЕ/ВЕКЦА предполагают, что существуют разные причины для введения ДМС. В более богатых странах региона, характеризующихся универсальным или почти универсальным охватом, ДМС может рассматриваться как средство, ослабляющее нагрузку на государственные бюджеты, вероятно, путем поощрения богатых людей к оплате медицинских услуг (замещающая роль ДМС), или способствующее акцентированию внимания государственной системы на финансировании «необходимых» и экономически эффективных услуг (дополняющая роль) (Chollet and Lewis 1997). В этих странах соответствующий выбор политики заключается между увеличением государственных расходов или ограничением государственных бюджетных обязательств и смещением расходов на здравоохранение на тех, кто нуждается в получении медицинской помощи. Объединение смещения затрат с продвижением ДМС отражает попытку сбалансировать проблемы, связанные с финансовой устойчивостью системы, с проблемами финансовых барьеров доступности медицинской помощи, создаваемых личными платежами граждан в момент получения медицинской помощи.

Более бедные страны, которые сталкиваются с проблемой обеспечения достаточного уровня государственного финансирования в силу низкого официального уровня занятости или низкой способности сбора налогов, могут склоняться к развитию системы в силу ее потенциальной способности снизить финансовое бремя расходов, накладываемое личными платежами граждан в момент получения медицинской помощи (т.е. дополняющая или замещающая роль ДМС). В таких финансово ограниченных условиях возможности увеличения государственных расходов ограничены, следовательно, соответствующая задача политики заключается в сокращении проблем, связанных с высокими личными платежами пациентов, преобразуя последние в ту или иную форму предварительной оплаты. Долгосрочная стратегия может предусматривать введение ДМС в качестве переходного средства, способствуя по мере роста экономики и расширения ее формального сектора созданию более широких пулов рисков, финансируемых государством (Sekhri and Savedoff 2005).

Предположения, что ДМС будет заполнять пробелы в государственных системах, не всегда считались истинными ни в международном масштабе, ни в странах ЦЕ/ВЕКЦА. В отличие от многих региональных реформ, которые происходили в других социальных секторах и в некоторых частях системы здравоохранения (например, предоставление медицинских услуг в некоторых странах), которые следуют последовательной стратегии приватизации, реформы в области финансирования здравоохранения были сосредоточены на создании и обеспечении гарантированного набора медицинских услуг, финансируемого государством (Ferge 1997; Fajth 1999; Lavigne 2000; Davis 2001; Rys 2001). Отсутст-



вие государственного интереса в создании четко определенной роли для частных источников финансирования привели к тому, что за редкими исключениями, анализируемыми ниже, ДМС в большинстве стран ЦЕ/ВЕКЦА, как правило, ограничивается добавочной ролью. Тем не менее случаи, описанные ниже для Словении, Хорватии и Грузии, показывают, что в регионе есть страны, где ДМС играет (или предполагается, что играет) важную роль в политике финансирования здравоохранения.

i. Дополняющее ДМС, охватывающее обязательные платежи пациентов, в Словении и Хорватии

Рынки дополняющего ДМС, охватывающего обязательные платежи пациентов, имели определенный успех в Словении и Хорватии — двух крупнейших рынках в регионе (табл. 11.4).

**Словения.** Факторы, влияющие на размер словенского рынка, включают: высокий уровень обязательных платежей пациентов, которые распространяются на всех взрослых и составляют от 5 до 75 % стоимости большинства непрофилактических услуг, включая медикаменты (Albreht et al. 2002; MISSOC 2008); хорошо регулируемая система здравоохранения с отсутствием неформальных платежей; ограниченная неравномерность в распределении доходов населения; активное продвижение государством рынка, предназначенного для диверсификации источников финансирования; нормативно-правовая база, требующая открытой регистрации и премий на уровне местных сообществ на дополняющее добровольное страхование; а также использование ФОМС в качестве страховщика по ДМС. Хотя продажа полисов ДМС никогда не была ограничена только ФОМС, с самого начала фонд охватывал почти 90 % рынка, оставшиеся 10 % принадлежали коммерческим страховщикам (Albreht et al. 2002).

С течением времени на рынке произошел ряд изменений в государственной политике (табл. 11.5), что отражает возрастающее беспокойство в отношении роли дополняющего ДМС в системе здравоохранения Словении. Хотя рынок характеризуется высоким охватом и значительным вкладом в защиту от финансовых рисков, существует беспокойство по

**Таблица 11.4.** Основные характеристики рынков дополняющего добровольного медицинского страхования в Словении и Хорватии

Особенности	Словения	Хорватия
Год основания	1993	2002
% охвата населения	74 % в 2005 г. (более 90 % тех, кто может делать обязательные платежи)	16 % в 2003 г.
% от общих расходов на здравоохранение	13 % (2006)	1,1 % (2006)
% частных расходов	47 % (2006)	7,8 % (2006)
Число страховщиков	1 взаимный, 2 коммерческий	1 взаимный
Премии, исключаемые из налогооблагаемой базы	Нет	Да

Источник: Albreht et al. 2002; Cotman 2005, Vzajemna 2006, Voncina, Dzakula and Mastilica 2007, WHO 2009.

поводу неравенства доступа к медицинским услугам, так как, согласно определенному мнению, премии за ДМС достигли уровня, выше которого они недоступны для групп с низкими доходами (Albreht et al. 2002). Это риск, так как опыт показывает, что отсутствие ДМС представляет финансовые и организационные препятствия для доступа к медицинским услугам. Например, врачи могут не захотеть лечить тех, кто не имеет ДМС в случае, если они не в состоянии осуществить обязательные платежи за лечение (Milenkovic Kramer, personal communication 2006c). Существуют также опасения, что сочетание источников финансирования в системе является менее прогрессивным, чем было бы, если фиксированная премия ДМС была бы заменена небольшим повышением налога на заработную плату, предназначенного на ОМС. Решение об ограничении государственных обязательств и надежда на дополняющее ДМС может отражать компромисс в сфере финансовой справедливости в интересах нахождения фискального баланса; оно может также отражать относительную силу различных заинтересованных групп (см. не реализованное предложение 2003 г. в табл. 11.5).

Изменения в государственной политике также отражают озабоченность по поводу структуры рынка и поведения. После принятия оценки риска в 2004 г. совместные ассоциации и один из двух существующих коммерческих страховщиков продолжали предлагать премии на уровне местных сообществ (примерно по 20 евро в месяц), но новые коммерче-

**Таблица 11.5.** Развитие государственной политики в области добровольного медицинского страхования в Словении, 1999–2007 гг. (отдельные годы)

Год	Изменения и предложения
1999	Изменение: ДМС как часть ФОМС было создано в качестве независимой совместной ассоциации (Vzajemna)
2000	Изменение: дополняющее ДМС относилось к государственным интересам; выравнивание риска разрешалось, но не было реализовано
2003	Предложение (правительственный информационный документ): слияние обязательного и дополняющего ДМС, замена премий по ДМС на взносы, исчисляемые с дохода; около 39 % сотрудников должны были бы платить больше, но группы с более низкими доходами платили бы меньше; слияние также направлено на снижение административных расходов. Предложение не было поддержано работодателями, страховщиками и отклонено Министерством финансов из-за опасений по поводу расходов на зарплату
2004	Изменение: была разрешена оценка риска по премиям
2005	Изменение: страховщики должны предложить открытую регистрацию и премии на уровне местных сообществ; увеличение страховых взносов должно быть одобрено регулирующим органом (Агентство по страховому надзору); внедряли выравнивание риска
2005	Правовые проблемы: совместные страховщики и коммерческие страховщики возражали против схемы выравнивания риска на том основании, что она может изменять условия конкуренции; Высший суд выносит решение в пользу правительства
2007	Правовые проблемы: Европейская комиссия начинает судебные разбирательства против Словении на том основании, что схема выравнивания риска противоречит законодательству ЕС (третья Директива в области страхования, иного, чем страхование жизни).

*Источник:* Foubister, Thomson and Mossialos 2004; Slovenia Business Week 2004; Cotman 2005; Toplak 2005; Milenkovic Kramer 2006; Vzajemna 2006; Thomson and Mossialos 2009.

*Примечание:* ДМС – добровольное медицинское страхование; ЕС – Европейский Союз.

ские компании вышли на рынок с предложением премий, которые были на треть меньше для молодых людей и, два с половиной раза выше для пожилых людей, что приводит к опасениям по поводу селективного отбора рисков и дестабилизации рынка (MGEN 2006). В краткосрочной перспективе новая нормативно-правовая база (открытая регистрация, премия на уровне местных сообществ, выравнивание риска) может стабилизировать премии, и не допустить слишком быстрого увеличения размеров премий, особенно для пожилых людей (Albrecht 2006). Тем не менее озабоченность по поводу воздействия дополняющего ДМС на обеспечение справедливости и доступности медицинских услуг, вероятно, сохранится, не в самую последнюю очередь потому, что более трети застрахованных совместными ассоциациями составляют люди в возрасте 60 лет и старше.

**Хорватия.** Закон о здравоохранении 2002 г. о введении дополняющего ДМС был направлен на укрепление финансовой устойчивости государственного финансирования за счет снижения глубины государственного охвата (увеличение обязательных платежей пациентов) и смещение расходов из государственного в частный сектор. Под влиянием словенского опыта в рамках этой реформы осуществлялось продвижение ДМС в целях поощрения предварительных платежей, ограничивая тем самым потенциальное негативное влияние повышения личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи на обеспечение справедливости и финансовую защиту. Реализации ДМС способствовал тот факт, что дополняющее страхование предлагалось только ФОМС в течение первых двух лет, несмотря на присутствие коммерческого страховщика (Langenbrunner 2002). Премии определяются на уровне местных сообществ с более низкой ставкой для пенсионеров, и полностью освобожденных от налогообложения для физических лиц и коллективных покупателей, равно как и другие формы частных расходов на здравоохранение (Voncina, Dzakula and Mastilica 2007).

Как и в Словении, в Хорватии присутствует озабоченность по поводу обеспечения справедливости и стабильности на рынке (Langenbrunner 2002; Voncina et al. 2006; Voncina, Dzakula and Mastilica 2007). Введение дополняющего ДМС сделало систему финансирования здравоохранения более регрессивной, привело к росту финансовых барьеров в доступности медицинских услуг для групп с более низкими доходами и неравномерности в потреблении медицинских услуг. Сокращение глубины государственного охвата привело к дальнейшему росту личных платежей пациентов и, в отличие от подавляющего большинства словаков, которые были охвачены дополняющим ДМС, только меньшинство (около 16 %) хорватского населения смогло воспользоваться преимуществами такого страхования в 2003 г., при этом в последующие годы рост не наблюдался (Voncina, Dzakula and Mastilica 2007). Хотя более низкая премия на рынке ДМС для пенсионеров является одной из форм солидарности между разными поколениями, это также привело к проблемам неблагоприятного выбора, учитывая, что пенсионеры составляют около четверти населения, но около половины всех застрахованных по ДМС (Voncina, Dzakula and Mastilica 2007).

ii. Замещающее ДМС как часть реформы финансирования здравоохранения при низких уровнях государственных расходов: случай с Грузией

С финансовой точки зрения в Грузии происходил самый сложный переходный период после развала Советского Союза<sup>98</sup>. По оценкам МВФ, к 1995 г. общий объем государственных доходов снизился до 5 % ВВП, что соответствовало восьмикратному снижению по сравнению с уровнем 1989 г. (Cheasty 1996). Хотя после этого произошло небольшое восстановление, до 2003 г. общие государственные расходы оставались на уровне примерно 20 % ВВП. Унаследованной от советской эпохи системе здравоохранения придавалось второстепенное значение, при этом государственные расходы на здравоохранение колебались в диапазоне примерно от 4 до 8 % общего объема государственных расходов. В результате в период 1996–2003 гг. государственные расходы на здравоохранение оставались примерно на уровне 1 % ВВП (WHO 2009). Экономические реформы 2003 г. привели к значительным улучшениям в финансовых условиях, а соотношение государственных доходов в ВВП увеличилось приблизительно с 16 % в 2003 г. до примерно 30 % в 2008 г. (IMF 2009). По мере улучшения финансового положения доля государственных расходов, выделяемых на здравоохранение, снизилась до уровня менее 5 % в 2007 г. Впоследствии государственные расходы на здравоохранение остались на уровне ниже 2 % ВВП. Исторически сложилось так, что личные платежи пациентов в здравоохранении были высокими, варьируясь с 70 до 80 % от общих расходов на здравоохранения (WHO 2009).

После многолетних внутренних дискуссий о том, как решить вопрос финансирования здравоохранения, правительство Грузии начало осуществление в 2007 г. радикальной реформы. Стратегия была нацелена на использование ограниченных доступных государственных финансовых ресурсов для оказания медицинской помощи наиболее уязвимым группам населения и отход от права на медицинскую мощь, основанного на гражданстве, что привело к узкому гарантированному государством набору медицинских услуг и высокому уровню личных платежей пациентов. Это включало прямое сокращение широты охвата путем исключения части населения, которое не считалось бедным. Так как даже домохозяйства со средним доходом были подвержены риску обнищания в случае необходимости получения катастрофически дорогостоящего лечения, продвижение замещающего ДМС являлось явно выраженной частью стратегии реформы, направленной на переход от личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи к ее предварительной оплате с целью снижения финансовых барьеров для получения медицинской помощи домохозяйствам со средними доходами.

Реализация реформы, основанной на изменениях социального обеспечения, началась в 2005 г., когда грузинское правительство создало новую административную систему с использованием показателя проверки

<sup>98</sup> Описание грузинской реформы основывается на информации Gotsadze (2008), а также дополнительной информации, представленной George Gotsadze при личном общении.

нуждаемости для определения бедных домохозяйств. Первоначально система была использована для поддержания доходов этих домохозяйств, а затем и в целях предоставления медицинской помощи. Набор медицинской помощи, предоставляемый целевым группам населения, был опробован в двух регионах в 2007 г., после чего в 2008 г. был применен на общенациональном уровне. В 2007 г. порог для получения льгот был повышен с целью снижения числа получателей (Hou and Chao 2008).

Бедные домохозяйства, которые имеют право на обязательный охват, получают ваучеры, которые дают им право на свободное ОМС в одной из нескольких конкурирующих частных страховых компаний. Ежегодные премии, рассчитанные с использованием актуарных методов, определяют уровень финансирования, направляемого ежегодно из государственного бюджета страховым компаниям. Определенная правительством программа государственных гарантий, в рамках которой бедные имеют право на бесплатную помощь, покрывает расходы на медицинские услуги до установленного годового лимита за определенные услуги и включает в себя также негативный список услуг, исключенных из программы (например, услуги, финансируемые другими программами, включая первичную помощь, туберкулез и ВИЧ/СПИД; не требующие срочного вмешательства обращения к специалисту без направления; СПА-лечение; трансплантация органов и некоторые другие услуги). Объем государственных гарантий для бедных с течением времени вырос.

В настоящее время в Грузии есть два варианта замещающего ДМС. Существует регулируемая государством программа ДМС, которая может быть предложена частными страховыми компаниями для небедных домохозяйств или корпоративных клиентов, но только в рамках лимита премии, установленной государством. С 2009 г. физические лица могут получать субсидии для покупки полиса по этой программе, равные 40 грузинским лари (около 25 долл. США), если ежегодные премии составляют не более чем приблизительно 115 долл. США на человека. Программа ДМС, утвержденная государством, по-прежнему весьма ограничена, но она шире, чем гарантированный государством набор медицинских услуг до 2009 г. Данный пакет в настоящее время не распространяется на рецептурные лекарственные средства для амбулаторных пациентов — основной компонент личных платежей пациентов (Hou and Chao 2008). Однако страхование охватывает экстренное амбулаторное и стационарное лечение до определенного предела. Замещающее ДМС, в том числе нерегулируемые государством корпоративные или индивидуальные программы с обширными перечнями услуг и вариантами премий, также предлагается частными страховыми компаниями коллективам.

Грузинские реформы являются первой попыткой стран ЦЕ/ВЕКЦА с очень низким уровнем государственных расходов на здравоохранение ввести реформы путем уменьшения широты охвата (т.е. исключая небедное население, направляя государственные средства на оказание медицинской помощи самым бедным домохозяйствам и поощряя путем субсидирования приобретение остальной частью населения полисов ДМС с определяемой правительством программой). Инициативы

правительства поощрять и субсидировать минимальный набор медицинских услуг для ДМС — новое явление и его успех слишком рано оценивать. Уровень использования в 2009 г. показывает, что реализация субсидируемого ДМС проходила в меньшем объеме, чем ожидалось (Cashin et al. 2009), но был запущен важный процесс. Правительство, частные страховые компании и население начали определять правильный баланс охвата, премий и субсидий, которые могут повысить спрос на программы ДМС, который является допустимым для частных страховщиков. Достижение этого баланса может занять больше времени на новых рынках, где информация менее надежна и отсутствует страховая культура, но Грузия предприняла первые шаги. Кроме того, с момента начала реформы общее число застрахованных в рамках частного страхования, как обязательного, так и добровольного, значительно возросло. К концу 2008 г. до 1,1 млн (26 % населения) были застрахованы, из них примерно 38 % использовали ДМС (Gotsadze 2008). Это соответствует приблизительно 10%-му охвату населения по ДМС — довольно большая доля по сравнению с другими странами с аналогичными экономическими условиями и характеристикой рынка труда Грузии.

Несомненно, реформы финансирования здравоохранения в Грузии имеют свои риски, но неспособность страны к проведению эффективных реформ в предыдущие годы в сочетании с крайней зависимостью ее системы здравоохранения от личных платежей пациентов указывает на то, что отсутствие действий также относилось бы к стратегии с высокой степенью риска. Реформы могут способствовать расширению обязательного страхования по мере улучшения финансовой ситуации. Однако это может также стимулировать продолжение стратегии низкого уровня государственных расходов на здравоохранение по мере проявления изменений в пределах и объеме государственных гарантий.

### **С. Факторы, препятствующие или способствующие развитию ДМС**

Пробелы в объеме, глубине и широте охвата государственного страхования существуют в странах ЦЕ/ВЕКЦА, хотя их величина значительно варьирует в зависимости от уровня государственных расходов на здравоохранение. Однако наличия пробелов не было достаточно для обеспечения развития жизнеспособного рынка ДМС в большинстве стран региона. Огромное количество препятствий стоит на пути, например платежеспособность, отсутствие регламентирующего потенциала и продолжение использования неформальных платежей.

Ограниченная платежеспособность является главным препятствием на пути развития ДМС. В некоторых странах это усугубляется отсутствием интереса работодателя или государства в субсидировании ДМС, что призывает к более широкому использованию налоговых сти-

мулов. Тем не менее на международном уровне существует мало свидетельств того, что налоговые субсидии способствуют развитию ДМС и связанные с этим расходы могут быть значительными. На практике доверие физических лиц и работодателей на рынке является более важным фактором в стимулировании развития рынка (Colombo and Tарау 2003). Недоверие на рынках страхования особенно характерно в странах, в которых применялись финансовые пирамиды, но это также отражает более широкое недоверие среди населения, направленное на частные рынки (из-за опасений по поводу высокой стоимости и коррупции), и отсутствие опыта приобретения любой страховки. Отношение общественности к ДМС может также осложняться убежденностью в роли государства, обеспечивающего универсальный свободный доступ к медицинским услугам, что приводит к большему предпочтению государственного финансирования и оказания медицинских услуг.

Сохранение неформальных платежей вместо иных более прозрачных механизмов оплаты в государственном и частном секторах (Kornai and Eggleston 2001; Balabanova and McKee 2002; Ensor and Duran-Moreno 2002; Ensor 2004; Allin, Davaki and Mossialos 2006) может сдерживать развитие ДМС в качестве жизнеспособного варианта в трех направлениях. Во-первых, ДМС не всегда в состоянии защитить от неформальных платежей, поэтому люди могут бояться необходимости платить дважды — премии ДМС и последующие неформальные платежи — для получения доступа к конкретной услуге. Во-вторых, те, кто приобрел ДМС, должны быть уверены, что платежи поставщика через третьих лиц не поставят под угрозу скорость и качество обслуживания, на которое они будут рассчитывать при осуществлении неформальных платежей. В-третьих, если люди могут позволить себе ДМС, все еще может быть дешевле (в краткосрочной перспективе) платить из своего кармана. Отсутствие или почти полное отсутствие неформальных платежей способствовало развитию дополняющего ДМС как части финансирования системы здравоохранения в Словении, как и происходило на большей части словенского рынка ДМС.

Качество и информация являются другими проблемами, влияющими на спрос на ДМС. Если страховщики не могут обеспечить должное медицинское качество (например, если они имеют ограниченные рычаги влияния на поставщиков), люди могут не получать дополнительного преимущества при оплате за медицинские услуги через ДМС. Недостаточный объем информации о стоимости и времени ожидания услуг, финансируемых государством, может помешать людям признать необходимость ДМС.

Люди могут хотеть приобрести ДМС, но не иметь возможности делать это из-за ограничений, связанных с аспектом предложения. В некоторых странах рынки не развиты, т. к. отсутствует интерес в развитии ДМС со стороны государства или законодательство в сфере ДМС не сопровождается четкой административной и нормативно-правовой базой, что приводит к неопределенности и инерции среди страховщиков. Так, неадекватное регулирование (такое как требования к резервным фондам) ослабляет рынки ДМС, что в некоторых странах привело к банкротству страховщиков (Dixon, Langenbrunner and Mossialos 2004), а отсутствие регулирующей

базы для обеспечения сбора данных и предоставления информации для потребителей может препятствовать эффективной конкуренции.

Слабое регулирование — не единственный фактор со стороны предложения, влияющий на развитие ДМС. Страховщики могут быть сдержаны отсутствием операционных способностей, таких как страхование ноу-хау, особенно в отношении медицинского страхования (что ограничивает разработку ими соответствующих продуктов), а также человеческими ресурсами, административной деятельностью, бухгалтерским учетом и практикой управления. Эти проблемы могут усугубляться ограниченной частной инфраструктурой, неопределенностью государственных субсидий. Страховщики, которые полагаются на частных производителей медицинских услуг, могут бороться, если частные поставщики сталкиваются с высокими первоначальными расходами или если частный сектор предоставления услуг не развит, как это обычно бывает за пределами крупных городских центров. Если государственные гарантии в сфере предоставления медицинской помощи недостаточно четко определены или гарантии меняются из года в год, то страховщики могут столкнуться с трудностями разработки страховых продуктов, и люди не смогут определить, какое дополнительное страхование им необходимо. Ясность относительно того, кто страхует и что страхуется из государственных источников, как в случае Словении и Грузии, может быть жизненно важным шагом в содействии ДМС как инструменту заполнения пробелов в охвате населения за счет государственных средств. Но ясности может быть недостаточно. Страховщики иногда настороженно относятся к объединению рисков для определенных видов услуг (например, лекарства, стоматологические услуги и обязательные платежи пациентов) из-за опасений неблагоприятного отбора. В Эстонии, где стоматологические услуги для взрослых были исключены из государственных гарантий, рынок дополняющего ДМС не был реализован (Thomson and Mossialos 2009).

В недавнем докладе определены следующие факторы, способствующие развитию рынка ДМС: укрепление среднего класса, потенциал для нормативного контроля и управления, жизнеспособные финансовые рынки, в которые следует инвестировать резервы, а также наличие других источников финансирования здравоохранения (Gottret and Schieber 2006). К этому списку можно добавить общественное доверие к страховым компаниям и поставщикам медицинских услуг, заинтересованность работодателей в предоставлении льгот для работников и политическую волю развивать и поддерживать рынок ДМС.

## **D. Проблемы политики здравоохранения**

Этот обзор ДМС в странах ЦЕ/ВЕКЦА показывает, что политики в регионе сталкиваются с большими проблемами в расширении применения ДМС. Они также сталкиваются с трудностями в обеспечении того,



чтобы расширение не ставило под угрозу достижение целей в области политики финансирования здравоохранения. Региональный опыт вызывает беспокойство по поводу обеспечения эффективности, справедливости и жизнеспособности, которые кратко описаны ниже.

**Эффективность.** Сегодня опасения по поводу ограниченного объема большинства рынков ДМС снижаются, но при расширении охвата ДМС они будут возрастать. Основные задачи — предотвращение инфляции, обусловленной ростом затрат, возникающих из-за отсутствия покупательной способности страховщиков и ограничения конкуренции на рынках ДМС, а также обеспечения того, чтобы существующее ДМС не искажало приоритетов национальной системы здравоохранения, т. е. совершенствование закупок, повышение эффективности затрат и координации помощи. По мере большей зрелости рынков и большей компетентности страховщиков в ценообразовании и разработке продукта регулирующим органам необходимо будет предотвращать жесткую конкуренцию из-за неспособности потребителей сравнивать продукты, соотнося цены и качество.

**Справедливость.** Беспокойство в отношении справедливости включает в себя вопросы финансовой защиты, доступности и неравенства в доступе к медицинской помощи. Если политики ставили целью обуздать государственные расходы для поддержания финансового баланса путем переноса расходов на здравоохранение на домашние хозяйства (как в Словении и Хорватии), то влияние заключалось в снижении финансовой защиты и справедливости. Хотя ДМС (особенно в Словении) снижает неблагоприятный эффект личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи, увеличение государственного финансирования, возможно, служит обоснованной альтернативой, которая могла бы способствовать достижению целей финансовой защиты и справедливости. Согласно международному опыту, преимуществами ДМС чаще пользуются более привилегированные группы в обществе; более бедные группы населения с меньшей вероятностью воспользуются ДМС, так как его не обеспечивает работодатель или они не могут позволить себе индивидуальное страхование. Возможно, по этой причине политики в регионе до грузинских реформ не пытались явным образом развивать ДМС как средство снижения финансового бремени при высоком уровне личных платежей пациентов. Анализ в ближайшие годы покажет, окажутся ли грузинские реформы успешными в преобразовании личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи в предварительные выплаты.

**Жизнеспособность.** Жизнеспособность рынков ДМС в настоящее время находится под угрозой проблем, связанных с неблагоприятным выбором, который может, в свою очередь, иметь серьезные последствия, при которых ФОМС предоставляют ДМС и правила, требующие разделения обязательного и добровольного страхования, не соблюдаются строго. Разработка соответствующей нормативно-правовой базы требует политического и технического потенциала. Регулирующие органы должны реагировать на изменения в поведении страховщиков по мере развития рынков и личной заинтересованности страховщиков в

развитии системы здравоохранения. Нормативная база также должна быть адаптирована к международным событиям, например вступлению в ЕС, что ведет к членству в едином европейском рынке. Например, с течением времени влияние третьей Директивы Европейской комиссии в области страхования, иного, чем страхование жизни, на свободу центральных правительств в определении нормативной базы по ДМС, вероятно, будет возрастать (Thomson and Mossialos 2003, 2007).

## **Е. Выводы**

В этой главе не пропагандируется ДМС. Действительно, минимальная роль ДМС в регионе на сегодняшний день в сочетании с хорошо известными недостатками рынка, влияющими на добровольное страхование, предполагает рассматривать его расширение с большой осторожностью. Тем не менее ДМС остается частью политической дискуссии во многих странах ЦЕ/ВЕКЦА. Поэтому полезно извлечь уроки из более длительного опыта некоторых стран региона в реформе финансирования здравоохранения с введением ДМС, лучше информировать политиков при рассмотрении вопроса о том, какую роль могло бы играть ДМС.

Для проведения любой реформы два момента являются важными: условия, или отправная точка, и ясность целей. Для таких стран, как Чешская Республика, которые достигли всеобщего охвата населения и существенного уровня глубины и объема предоставления услуг, финансируемых государством, ДМС, вероятно, мало чем может помочь (действительно, играет лишь незначительную роль). В Словении и Хорватии в условиях, когда правительства могут расходовать больше, ДМС было представлено как часть более широких реформ финансирования здравоохранения, направленных на ограничение государственных расходов на здравоохранение посредством переноса расходов на плечи домашних хозяйств и в то же время на уменьшение неблагоприятных последствий личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи. В Грузии замысел был несколько иной. Учитывая уже высокий уровень личных платежей пациентов и реформы, направленные на концентрацию государственных расходов для предоставления медицинской помощи беднейшим слоям населения, целью продвижения ДМС была попытка улучшить финансовую защиту для небедных домохозяйств, которые не имеют право на получение полностью субсидированных услуг. Таким образом, в каждом случае роль ДМС зависела от конкретных условий.

Факторы, представленные во врезке 11.1, могут также служить руководством для политиков при реализации изменений, связанных с ДМС. Это акцент на повышении финансовой защиты, а не просто попытке расширить охват; усилия на обеспечение взаимодополняемости государственных и частных источников доходов для сферы здравоохранения и применение четкой стратегии регулирования рынка.

### **Врезка 11.1. Политические подходы к реформе финансирования здравоохранения, охватывающей добровольное медицинское страхование**

- Повышение финансовой защиты, а не расширение охвата.
- Выявление пробелов в охвате государственными услугами и финансовой защите и других барьеров в доступности.
- Акцент на усилия по укреплению финансовой защиты тех, кто в ней нуждается больше всего, а не на расширении охвата групп, которые живут лучше, например государственные служащие и другие работники официального сектора экономики.

#### *Обеспечение взаимодополняемости между государственными и частными источниками финансирования здравоохранения*

- Выявление пробелов в охвате государственными услугами до принятия решения о роли ДМС.
- Попытка формировать рынок ДМС с самого начала, чтобы избежать проблем узкоспециализированного развития, что часто происходит в случае плохо регулируемого и исключительно добавочного рынка.
- Убедиться, что ДМС поддерживает, а не нарушает национальные приоритеты в секторе здравоохранения.
- Рассмотрение вариантов защиты государственных источников финансирования, если ДМС призвано дополнять, а не замещать государственное финансирование.
- Определение границы обязательного и добровольного страхования, которое может предлагаться одним и тем же объектом/агентством/компанией.
- Рассмотрение последствий для обеспечения справедливости и эффективности субсидирования ДМС из налоговых поступлений.
- Развитие ДМС в качестве неотъемлемой части более широкой системы финансирования здравоохранения.

#### *Укрепление нормативно-правовой базы для обеспечения финансовой защиты и защиты прав пациентов*

- Создание структуры с четкими целями и сферами ответственности, предпочтительно с участием МЗ, с акцентом на конкретные характеристики медицинского страхования.
- Рассмотрение роли специалиста и некоммерческого страховщика; первый из них обеспечивает финансовую жизнеспособность, второй — поддержание низкого уровня премий и справедливой стоимости. Однако если применять дифференцированный подход к страховщикам, то он должен быть основан на поведении страховщика, а не статусе по отношению к прибыли.
- Иметь в виду потенциальную напряженность между конкурентами, справедливость и выбор потребителя.
- Рассмотрение роли централизованных источников сопоставимой информации для потребителей для содействия ценовой конкуренции.
- Рассмотрение вопроса о важности централизованного сбора данных для обеспечения прозрачности.
- Необходимо помнить о нормативно-правовой базе ЕС для необязательного медицинского страхования и потенциале юридических проблем для национального регулирования.
- Быть готовым к адаптации нормативно-правовой базы в ответ на изменения на рынке.

## Литература

---

- Ahmedov M et al. (2007). Uzbekistan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(3):1–206.
- Albrecht T (2006). *Risk-equalizing schemes: the next chapter*. Gutersloh, Health Policy Monitor (<http://www.healthpolicymonitor.org>, accessed 16 March 2009).
- Albrecht T et al. (2002). *Health care systems in transition: Slovenia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Allin S, Davaki K, Mossialos E (2006). *Paying for 'free' health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe*. Global corruption report 2006. Berlin, Transparency International.
- Balabanova D, McKee M (2002). Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy*, 62:243–273.
- Barr N (2004). *The economics of the welfare state*, 2nd edition. Oxford, Oxford University Press.
- Cashin C et al. (2009). *Georgia private insurance-based health financing reform: 3 policy briefs*. CoReform Project. Tbilisi, Abt Associates.
- Cerniauskas G, Murauskiene L, Tragakes E (2000). *Health care systems in transition: Lithuania*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Cheasty A (1996). The revenue decline in the countries of the former Soviet Union. *Finance and Development*, June:32–35.
- Chollet D, Lewis M (1997). Private insurance: principles and practice. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank Conference*, 10–11 March 1997. Discussion Paper Number 365. Washington, DC, World Bank.
- Colombo F, Tapay N (2003). *The Slovak health insurance system and the potential role for private health insurance: policy challenges*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Cotman P (2005). Slovenia: risk equalisation scheme in the complementary health insurance. *Aim Flash Extra*, 3:7.
- Davis C (2001). Reforms and performance of the medical systems in the transition states of the former Soviet Union and eastern Europe. *International Social Security Review*, 54(2–3):7–56.
- Dixon A, (2002). Are medical savings accounts a viable option for funding health care? *Croatian Medical Journal*, 43(4): 408–416.
- Dixon A, Langenbrunner J, Mossialos E (2004). Facing the challenges of health care financing. In: Figueras J et al., eds. *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe:51–83.
- Dlouhy M (2009). *Private health insurance in the Czech Republic: a study for the European Commission*. London, LSE Health.
- Ekman B (2004). Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 19(5):249–270.
- Ensor T (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science and Medicine*, 58(2):237–246.
- Ensor T, Duran-Moreno A (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepre-*

*neurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press:106–124.

Fajth G (1999). Social security in a rapidly changing environment: the case of the post-communist transformation. *Social Policy and Administration*, 33(4):416–436.

Ferge Z (1997). The changed welfare paradigm: the individualization of the social. *Social Policy and Administration*, 31(1):20–44.

Foubister T, Thomson S, Mossialos E (2004). *Health care financing in ten central and eastern European countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Foubister T et al. (2006). *Private medical insurance in the United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Gaal P, Riesberg A (2004). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Gamkrelidze A et al. (2002). *Health care systems in transition: Georgia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Gotsadze G (2008). Health care financing reforms in Georgia. *Presentation to GTZ, Frankfurt, 28 October 2008*.

Gottret P, Schieber G (2006). *Health financing revisited*. Washington, DC, World Bank.

Hakobyan T et al. (2006). Armenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(6):1–180.

Hanvoravongchai P (2002). *Medical savings accounts: lessons learned from international experience*. EIP/HFS/PHF Discussion Paper No. 52. Geneva, World Health Organization.

Holley J, Akhundov O, Nolte E (2004). *Health care systems in transition: Azerbaijan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Hou X, Chao S (2008). *An evaluation of the initial impact of the medical assistance program for the poor in Georgia*. Policy Research Working Paper 4588. Washington, DC, World Bank.

Ilkhamov FA, Jakubowski E (2001). *Health care systems in transition: Uzbekistan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

IMF (2009) [web site]. Georgia and the IMF links to Article IV consultation and other reports containing government financial operations data. Washington, DC, International Monetary Fund (<http://www.imf.org/external/country/GEO/index.htm>, accessed 31 August 2009).

Jesse M et al. (2004). *Health care systems in transition: Estonia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Karaskevica J, Tragakes E (2001). *Health care systems in transition: Latvia*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Kornai J, Eggleston K (2001). *Welfare, choice and solidarity in transition: reforming the health sector in eastern Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.

Koulaksazov S et al. (2003). *Health care systems in transition: Bulgaria*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Kuszewski K, Gericke C (2005). *Health Systems in Transition: Poland*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Kutzin J, Cashin C (2002). Health system funding. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press:92–107.

Langenbrunner J (2002). Supplemental health insurance: did Croatia miss an opportunity? *Croatian Medical Journal*, 43(4):403–407.

Lavigne M (2000). Ten years of transition: a review article. *Communist and Post-Communist Studies*, 33:475–483.

Lekhan V, Rudy V, Nolte E (2004). *Health care systems in transition: Ukraine*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Lekhan V, Rudy V, Shishkin S (2007). *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Division of Country Health Systems (<http://www.euro.who.int/document/E90754.pdf>, accessed 20 November 2008).

MGEN (2006). *Missions of economic general interest carried out by mutual societies in Europe, between economic activity and social services*. Brussels, Mutuelle Generale de l'Education Nationale.

Milenkovic Kramer A (2006). *Is voluntary health insurance in Slovenia really a success story?* [dissertation]. London, London School of Economics and Political Science.

MISSOC (2008). *Comparative tables on social protection: situation on 1 July 2008*. Brussels, European Commission ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en](http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do?lang=en), accessed 22 April 2009).

Mossialos E, Thomson S (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Müller K et al. (2005). *Transforming the Latvian health system: accessibility of health services from a pro-poor perspective*. DIE Studies No. 7. Bonn, Deutsches Institut für Entwicklungspolitik.

Nichols LM, Prescott N, Phua KH (1997). Medical savings accounts for developing countries. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing*. Washington, DC, World Bank:233–246.

Nuri B, Tragakes E (2002). *Health care systems in transition: Albania*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

OECD (2004). *Private health insurance in OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Poletti T et al. (2007). The desirability and feasibility of scaling up community health insurance in low-income settings: lessons from Armenia. *Social Science and Medicine*, 64(3):509–520.

Rokosová M et al. (2005). *Health care systems in transition: Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Rys V (2001). Social protection in central and eastern Europe ten years after. *International Social Security Review*, 54(2–3):3–6.

Sekhri N, Savedoff W (2005). Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(2):127–134.

Sloggett A (2002). *A report on the revolving drug fund schemes originated by Oxfam UK in Armenia, Azerbaijan and Georgia*. Oxford, Oxfam.

Slovenia Business Week (2004). *Insurance association opposes elimination of complementary health insurance*. Ljubljana, Slovenia Business Week (<http://www.gzs.si/eng/news/sbw/head.asp?idc=14304>, accessed April 2004).

Thomson S, Mossialos E (2003). The regulatory framework for voluntary health insurance in the European Union: implications for accession countries. In: den Exter A, ed. *EU accession and its consequences for candidate countries' health systems*. Rotterdam, Erasmus University.

Thomson S, Mossialos E (2007). Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. *Journal of European Integration*, 29(1):89–107.

Thomson S, Mossialos E (2009). *Private health insurance in the European Union*. Brussels, European Commission.

Toplak S (2005). Constitutional court failed to please Vzemna and Adriatic. *The Finance Business Daily Newspaper*, 18 November 2005 (<http://www.finance-on.net/show.php?id=137526>, accessed 16 March 2009).

Tsaturyan S (2006). *Concept paper on development of voluntary health insurance in the Republic of Armenia*. Unpublished document. Yerevan.

Voncina L, Dzakula A, Mastilica M (2007). Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80:144–157.

Voncina L et al. (2006). Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(7):1–106.

Vzemna (2006) [web site]. Ljubljana, Vzemna (<http://www.vzemna.si>, accessed July 2006).

Waters H et al. (2006). *Health care modernization in central and eastern Europe*. Washington, DC, Johns Hopkins University and the Center for Strategic and International Studies.

WHO (2009) [web site]. *National Health Accounts Series*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/>, accessed 31 August 2009).

WHO (2010) [web site]. *WHO statistical information system: health system resources*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=\[Indicator\].\[HSR\].Members](http://www.who.int/whosis/data/Search.jsp?indicators=[Indicator].[HSR].Members), accessed 29 March 2010).

## **Стратегии, направленные на решение проблемы неформальных платежей в здравоохранении**

*Peter Gaál, Melitta Jakab, Sergey Shishkin*

### **А. Введение**

*Политики практически всех стран ЦЕ/ВЕКЦА сталкиваются с проблемой неформальных платежей за медицинскую помощь.* Это явление — наследие системы здравоохранения до переходного периода, в которой хорошо было известно, что пациенты платили врачам за предоставленные медицинские услуги, которые официально должны были быть бесплатными для пользователей (Ádám 1985; Feeley, Sheiman and Shishkin 1999; Włodarczyk and Zajac 2002). Как свидетельствуют данные, в коммунистический период неформальные платежи были широко распространены за исключением лишь отдельных стран, таких как ГДР и, возможно, Словения (Ádám 1989a; Masopust 1989; Marrée and Groenewegen 1997; Gaál, Evetovits and McKee 2006). Тем не менее вопрос привлек значительный международный интерес только после окончания коммунистической эпохи, когда во многих странах неформальные платежи стали более распространенными и приняли формы не только денежных выплат медицинским работникам (Delcheva, Balabanova and McKee 1997; Ensor and Savelyeva 1998; Thompson and Witter 2000; Ensor and Witter 2001; Lewis 2002; Ensor 2004; Falkingham 2004). Возможно, именно по этой причине неформальные платежи часто рассматриваются как особый феномен переходного периода (Lewis 2000), хотя данные свидетельствуют о том, что они не являются исключительно продуктом политических, социальных и экономических изменений в регионе.



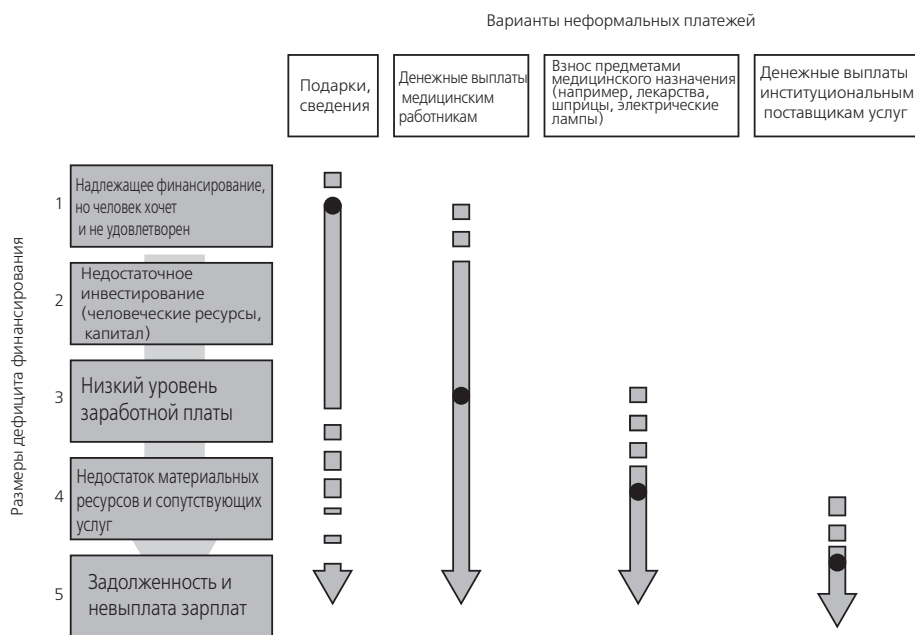
***В большинстве стран сокращение неформальных платежей явным или неявным образом составляет часть реформы.*** Неформальные платежи часто рассматриваются как нежелательные в силу предполагаемого отрицательного воздействия на цели политики финансирования здравоохранения, в частности прозрачность, финансовую защиту, доступность медицинской помощи и, вероятно, эффективность. Но иногда они рассматриваются только в качестве неправомерной практики, неудобной для пациентов и врачей. В других странах усилия по сокращению неформальных платежей осуществляются в рамках более широкой государственной политики, связанной с борьбой с коррупцией в правительстве. Реформы в этой сфере иногда ставились под сомнение на том основании, что не всегда неформальные платежи рассматриваются в качестве негативного явления. Предполагается, что неформальные платежи могут обеспечить непрерывное предоставление врачами услуг; что они могут не нарушать доступ к услугам, поскольку врачи могут устанавливать и реально устанавливают различный уровень цен в зависимости от возможности пациента платить; и что они могут даже улучшить отзывчивость медицинского персонала (Delcheva, Balabanova and McKee 1997; Shahriari, Belli and Lewis 2001; Gaál and McKee 2005; Szende and Cuyler 2006). Эти противоречивые взгляды не были полностью изучены с точки зрения строгой эмпирической оценки, создавая условия неопределенности для разработки политического курса (Gaál and McKee 2005).

***Несмотря на широкомасштабные реформы в секторе здравоохранения, лишь немногие страны смогли добиться значительного прогресса в сокращении объема неформальных платежей.*** И это не совпадение, что успешные истории встречаются редко. Феномен сам по себе является сложным, и его происхождение и влияние являются спорными. Не существует общепринятого определения неформальных платежей, они с трудом поддаются измерению, и даже сам термин употребляется неправильно, поскольку не все неформальные платежи являются неофициальными в том смысле, что они не проходят проверку и не указываются в отчетах (Gaál et al. 2006). Таким образом, цель этой главы заключается в пояснении концепций и обобщении данных путем анализа последних теоретических достижений и эмпирических результатов, исследующих характер неформальных платежей, а также оценке опыта реализации реформы неформальных платежей. В разделе В дается определение и типология неформальных платежей. В разделе С неформальные платежи рассматриваются во взаимосвязи с целями политики финансирования здравоохранения посредством изучения имеющихся эмпирических данных. В разделе D содержится описание выбранных реформ, проводимых в Венгрии, Российской Федерации, Кыргызстане и Таджикистане. В разделе E анализируются эти случаи, иногда со ссылкой на другие страны, а в разделе F представлено заключение и обобщение полученного опыта.

## **В. Определение, типология и происхождение неформальных платежей**

*Исследования показывают, что наиболее распространенной формой неформальных платежей является оплата медицинскому персоналу, но в странах ЦЕ/ВЕКЦА применяются и другие виды таких платежей в денежной и натуральной форме.* Платежи могут быть в денежной или натуральной форме и выплачиваться различным категориям медицинского персонала, участвующим в процессе лечения пациента: лечащий врач, хирург, анестезиолог, медсестры, лаборанты и другой персонал, проводящий диагностику и т.д. В некоторых странах получение стационарной помощи сопряжено с необходимостью оплаты пациентами (в денежной или натуральной форме) необходимых для лечения принадлежностей, включая медикаменты, предметы медицинского назначения (шприцы, внутривенные трубки) и даже немедицинского назначения (электрические лампы, мыло, белье). Кроме того, в силу нехватки медицинского персонала родственникам приходится обеспечивать питание и уход, частичное администрирование медикаментов и инъекций (Thompson and Witter 2000; Ensor and Witter 2001; Shahriari, Belli and Lewis 2001; Шишкин и др. 2003; Ensor 2004; Falkingham 2004).

*По всему региону наблюдается большое разнообразие форм неформальных платежей, величина и тип которых связаны с уровнем экономического спада и сокращением финансирования в начале переходного периода* (см. рис. 12.1). Лишь в немногих странах региона неформальные платежи отсутствуют или уровень их распространения невысок: Чешская Республика, Словения (Masopust 1989; Lewis 2000, pp. 5–6; Central and Eastern European Health Network 2002) и, вероятно, Эстония. В этих системах здравоохранения зарплаты являются относительно высокими и нет нехватки материалов. В других странах платежи медицинским работникам, осуществляемые в денежной форме, широко распространены, в то время как оплата лекарств, медицинских и других материалов редко применяются, например в Венгрии, Словакии, Хорватии и Литве. Хотя переходный период сильно повлиял на экономику и бюджеты этих стран, в реальном выражении происходило ограниченное снижение финансирования здравоохранения. Как правило, заработная плата медицинского персонала была низкой и не соответствовала уровню повышения заработной платы в коммерческом секторе, но система здравоохранения не страдала от отсутствия предметов первой необходимости. В отличие от этого, в большом числе других стран неформальные платежи не ограничиваются платежами медицинским работникам, но включают оплату (в денежной и/или натуральной форме) предметов, необходимых для лечения, таких как медикаменты и материалы медицинского назначения (например, в Польше, Российской Федерации, Украине, Таджикистане, Армении, Кыргызстане и Грузии). Кроме того, в некоторых из этих стран в начале переходного периода кризис был настолько серьезен,



**Рис. 12.1.** Аспекты финансовых затруднений и типология неформальных платежей

Источник: Gaál et al. 2006.

что даже зарплата персонала задерживалась или вообще не выплачивалась (Lewis 2000).

**Несмотря на общее согласие о том, какие типы платежей относятся к «неформальным платежам», не достигнуто согласие об общем определении и концептуальной структуре.** Исследователи предлагали различные определения, которые подчеркивают различные отличительные особенности неформальных платежей, такие как коррупция, незаконность и нарушение формальных требований (Lewis 2000; Shahriari, Belli and Lewis 2001; Ensor 2004). Однако в зависимости от правового контекста страны такие платежи могут не быть (рассматриваться как) коррупцией, не являться незаконными и даже могут не быть неформальными (Gaál 2004a). Например, в Кыргызстане и в последнее время в Таджикистане неформальные платежи не рассматриваются политиками как коррупционная практика, их существование было частью политического диалога, они интегрированы в систему мониторинга деятельности национальной системы здравоохранения и за них не наказывают. В Венгрии медицинские работники обязаны декларировать доходы от неформальных платежей. Если они делают это, то платежи перестают носить неформальный характер. Кроме того, не все неформальные сделки классифицируются как неофициальные платежи. Незаявленные платежи в частной практике во избежание налогообложения не относятся официально к неформальным платежам (Lewis 2000).

**Какова характерная черта неформальных платежей, которая отличает их от других личных платежей пациентов?** На

основе критического анализа ранних определений и обзора вариантов неформальных платежей в регионе Gaál and colleagues (2006) утверждают, что базой для определения неформальных платежей являются права на получение медицинской помощи, включающие в себя определение услуг, которые могут быть предоставлены пациенту, а также определение того, что включается в эти услуги и сколько официально пациент в момент получения помощи должен заплатить за собственный счет. Они утверждают, что все неформальные платежи являются формой прямых выплат в дополнение к тому, что требуется формально; т. е. то, что определяется правовыми условиями. Они приходят к определению, которое подчеркивает характер этой сделки: «Неформальные платежи — это прямые выплаты, которые выполняются в дополнение к любым выплатам, определяемым правовыми условиями, в денежной или натуральной форме, пациентами или другими лицами, действующими от их имени, поставщикам медицинских услуг за услуги, на которые пациенты имеют право» (Gaál et al. 2006, p. 276). Преимущество этого определения заключается в том, что оно носит описательный характер, охватывает все виды неформальных платежей, описанных выше, и не основывается на суждении о характере и мотивации таких выплат (например, подарки в благодарность, вынужденная оплата, коррупция). Оно также согласуется с тем, каким образом неформальные платежи рассматриваются политиками в странах ЦЕ/ВЕКЦА.

*Существуют различные объяснения происхождения неформальных платежей с различными последствиями для процесса формирования политики.* Неформальные платежи являются подсистемой личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи с той отличительной особенностью, что официальные платежи предусмотрены в правовых рамках, в то время как неформальные платежи производятся в дополнение к ним<sup>99</sup>. Но почему же люди платят больше, чем требуется? Являются ли неформальные платежи особой традицией «благодарности»? Являются ли неформальные платежи симптомом людей, не знающих о своих правах? Или такие платежи являются симптомом неспособности системы здравоохранения предоставлять то, что было обещано? Ответы на эти вопросы имеют решающее значение для процесса формирования политики, не только потому, что они определяют, какие действия могут и должны быть предприняты в отношении неформальных платежей, но и потому, что они указывают на то, нужно ли это вообще делать. В этом отношении наиболее важное различие объясняется культурной (подарков) и другими (правовыми, рациональными экономическими, общественного капитала, «inxit») теориями неформальных платежей (Szabó 1973; Petschnig 1983; Ádám 1986;

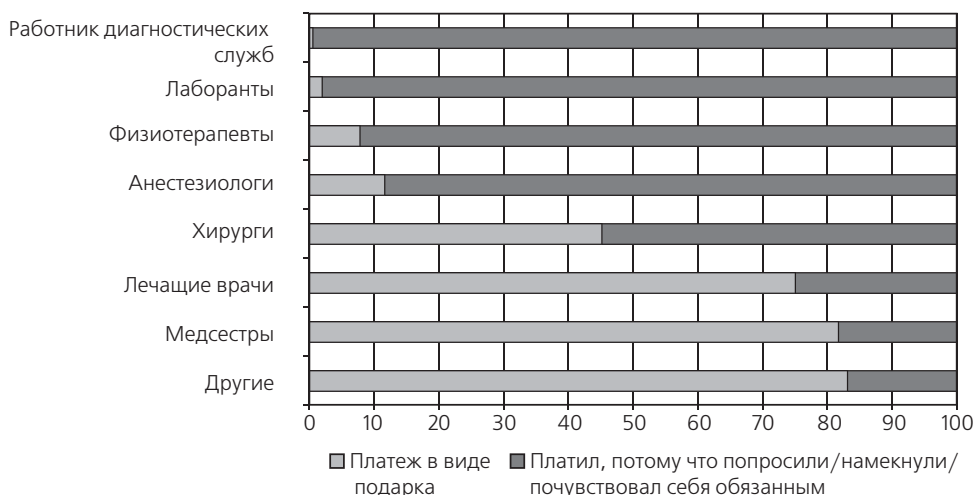
<sup>99</sup> Как упоминалось выше, еще одним важным элементом личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи является «сугубо частное» получение услуг, оказываемых на сугубо частных условиях, например если кто-то платит за посещение частного врача, что не входит в программу государственных гарантий. Конечно, этот вид личных платежей пациентов не считается неформальным платежом. В таких случаях это частный поставщик, который определяет право на получение помощи; следовательно, все платежи, выполненные соответствующим образом, считаются официальными частными платежами граждан.

Ensor and Duran-Moreno 2002; Lewis 2002; Gaál and McKee 2004, 2005; Gaál et al. 2006). Объяснение, касающееся культуры, по сути дела, исходит из того, что неформальные платежи являются милосердным, культурным феноменом, мотивированным благодарностью, которую пациенты выражали добровольно после предоставления услуг (Szabó 1973). Если это верно для большей части неформальных платежей, то причины неформальных платежей находятся вне компетенции системы здравоохранения, и единственный способ их снижения — это изменение культуры общества. Однако это вовсе не обязательно, учитывая то, что благодарность не сказывается негативно на деятельности системы здравоохранения. В отличие от этого, все другие теории предполагают, что неформальные платежи являются проблемой из-за того, что они аналогичны плате за услуги, с ее хорошо известным отрицательным влиянием на обеспечение справедливости, эффективности и других целей политики финансирования здравоохранения (Gaál and McKee 2005). Тем не менее есть небольшое, но важное различие между правовым и этическим объяснением (коррупция) и остальными моделями в рамках подхода платы за услуги. Последствие для коррупционной структуры государственного сектора (Ensor and Duran-Moreno 2002; Lewis 2002) заключается в том, что неформальные платежи являются одной из форм взяточничества, и главная ответственность за это лежит на коррумпированных государственных служащих, которые должны быть наказаны с целью снижения объема неформальных платежей. И наоборот, экономические теории, теории общественного капитала и «inXit» относят происхождение неформальных платежей к определенным структурным и функциональным особенностям системы здравоохранения (Gaál and McKee 2004, 2005; Gaál et al. 2006). В частности, теория «inXit» (рис. 12.2) включает в себя все, кроме одного объяснения, в единую, объединенную модель.

***Прямые и косвенные доказательства свидетельствуют о том, что теория культуры (благодарность) не объясняет большинство неформальных платежей.*** Во-первых, было высказано предположение, что выплаты, осуществляемые медицинским работникам после предоставления услуг, мотивированы благодарностью, в отличие от платежей, которые осуществлялись до момента предоставления услуги.

Однако невозможно четко определить начало и окончание лечения для многих медицинских услуг, особенно в контексте первичной помощи и лечения хронических заболеваний (Petschnig 1983; Ádám 1986; Buda 1992; Delcheva, Balabanova and McKee 1997; McKee and Chenet 1997). Во-вторых, платежи, осуществляемые в натуральной форме, например медикаменты и товары медицинского и немедицинского назначения, несовместимы с объяснением неформальных платежей культурными традициями. Скорее, они отражают условия, в которых громоздкая инфраструктура больницы, унаследованная от советской эпохи, поглотила большую долю резко сократившегося государственного бюджета, оставив ограниченные ресурсы на закупку лекарственных препаратов





**Рис. 12.3.** Причины осуществления неформальных платежей за право доступа к необходимой помощи, Кыргызстан, 2006 г.

Источники: собственные расчеты авторов на основе выборки из 5337 ранее госпитализированных больных с репрезентативной выборкой всех госпитализаций в октябре 2006 г., в работе Jakob and Kutzin 2008 представлено описание исследования выписанных пациентов, которое проводилось в Кыргызстане.

## С. Являются ли неформальные платежи настоящей проблемой?

*В какой мере неформальные платежи являются проблемой политики, зависит от того, как они влияют на деятельность системы здравоохранения.* Неформальные платежи часто считаются проблемой сами по себе. Но есть ли необходимость политикам беспокоиться, если неформальные платежи не влияют отрицательно на достижение целей политики в области здравоохранения, изложенных в главе 1? В целом убедительные доказательства причастности неформальных платежей ко всем важным целям политики ограничены. Появляется все больше доказательств о воздействии неформальных платежей на финансовую защиту, обеспечение справедливости и прозрачности. Однако данные о качестве и эффективности являются скудными или остаются неопубликованными.

*Неформальные платежи непропорционально обременяют бедные слои населения.* Неформальные платежи за лекарства и предметы медицинского и немедицинского назначения аналогичны любым другим официальным личным платежам граждан в момент получения медицинской помощи, и нет сомнений, что они являются регрессивными. Активно обсуждаемый вопрос о влиянии неформальных платежей на справедливость состоит в том, являются ли они справедливыми, учитывая практику ценовой дискриминации, применяемой врачами (на-

значать более низкую стоимость для более бедных и более высокую стоимость для более богатых пациентов). Первоначальные доказательства противоречивы и базируются на ограниченной информации с точки зрения возможности получения одновременно данных о неформальных платежах и социально-экономическом статусе, соответствующих стандарту (Szende and Cuyler 2006). Jakab (2007) преодолел ограниченность информации, используя уникальную базу данных 4533 респондентов, опрошенных на дому спустя шесть месяцев после их выписки из больницы. Опрос проводился в Кыргызстане. Исследование показало, что бедные осуществляют неформальные платежи не реже, чем небедные слои населения, но когда они платят, то платят немного меньше, контролируя некоторые другие переменные спроса и предложения. Неформальные платежи медицинскому персоналу за одну госпитализацию составили 11,9 % от ежемесячного дохода бедных домохозяйств, 7,7 % — домохозяйств со средним уровнем доходов и 3,5 % — домохозяйств с высоким уровнем дохода (табл. 12.1). Таким образом, ценовая дискриминация, практикуемая со стороны медицинского персонала, не является достаточной, чтобы компенсировать разницу в платежеспособности. В Венгрии результаты повторного анализа исследований, проведенных до начала переходного периода, показали, что бедные реже, чем богатые, осуществляли неформальные платежи, но при этом не было существенной разницы в средней сумме неформальных платежей за одну услугу (Gaál 2004a). Таким образом, исследования групп с низкими и высокими доходами показывают, что неформальные платежи медицинскому персоналу не являются справедливыми со встроенным целевым механизмом, как это утверждалось.

**Таблица 12.1.** Прогнозируемые неформальные платежи медицинскому персоналу и годовое потребление в Кыргызстане в 2004 г.

	Прогнозные неофициальные платежи среди тех, кто платит (сом)	Годовое подушевое потребление (из ККИД) (сом)	Неформальные платежи в процентах от ежемесячного потребления (KGS)
Бедный	534,76	4501,70	11,9
Средний	665,63	8674,30	7,7
Богатый	668,12	18 998,82	3,5
<b>Итого</b>	<b>641,63</b>	<b>10 431,60</b>	<b>6,2</b>

Источник: Jakab 2007.

Примечание: сом — национальная валюта; ККИД — Киргизское комплексное исследование домохозяйств.

*Механизмы, используемые бедными домохозяйствами в ответ на высокие неформальные платежи, могут сказываться на уровне жизни столь же пагубно, как и механизмы, используемые в ответ на высокие уровни официальных личных платежей пациентов.* Например, в исследовании о неформальных платежах, проводимом в четырех районах Таджикистана, более 70 % госпитализированных пациентов сообщили, что им очень трудно собрать деньги



для лечения, и более 30 % опрошенных пришлось отложить госпитализацию, чтобы найти необходимые средства. Чтобы найти деньги на стационарное лечение, люди вынуждены одалживать деньги, продавать имущество, домашних животных, использовать свои сбережения, снижать личное потребление и/или обращаться за помощью к родственникам (Jakab et al. 2008). Аналогичные показатели были также зарегистрированы в Кыргызстане до проведения реформы. Подобная ситуация наблюдается в Венгрии, где значительная часть домохозяйств (одно из пяти) использует нерегулярные источники доходов (в основном сбережения и пожертвования и в меньшей степени продажу имущества) для уплаты неформальных платежей (Gaál 2004a). Аналогичные результаты были зарегистрированы в Польше и Румынии (Central and Eastern European Health Network 2002, pp. 38–39).

*Существуют доказательства того, что неформальные платежи затрудняют доступ к медицинской помощи в разной степени в различных странах.* Данные об уровне и распределении неформальных платежей не отражают в полной мере их реальное бремя, возлагаемое на бедные слои населения, если большая сумма ожидаемых выплат препятствует или задерживает обращение за медицинской помощью, как в случае с официальными платежами потребителей. Существуют доказательства в странах региона с более низким уровнем доходов, что именно так и происходит. В Кыргызстане 14 % респондентов в репрезентативном исследовании домашних хозяйств в 2000 г. сообщили, что им нужна, но они не обращаются за медицинской помощью, и 11 % из них не обращались за помощью по финансовым или географическим причинам. Опять же, симптомом гораздо более тяжелого финансового положения в Таджикистане является то, что барьеров к доступу, созданных системой личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи (все выплаты государственным медицинским учреждениям в Таджикистане считаются неформальными), больше, чем в соседнем Кыргызстане. Как видно из табл. 12.2, 24 % из тех, кто не обращался за необходимой для них медицинской помощью, сообщили, что это произошло по финансовым причинам, а этот показатель в два раза выше, чем в Кыргызстане (Falkingham 2004). Как и ожидалось, этот процент намного выше среди бедных двух квинтилей — 41–42 %. Напротив, в странах ЦЕ неформальные платежи, похоже, не являются серьезным препятствием для доступа к медицинской помощи, по крайней мере, что касается первичной помощи (Central and Eastern European Health Network 2002, pp. 36–38). Сравнительное межстрановое (хотя и не в национальном масштабе) исследование показало, что в 2001 г. неформальные платежи не играли никакой роли в задержке или отказе от лечения в Чешской Республике и Венгрии. В Польше, однако, 5 % из тех, кто с задержкой обращался за медицинской помощью, делали это по финансовым причинам. В Румынии этот показатель составлял 30 %. Кроме того, 10 % тех, кто не обращался за помощью в Румынии, делали это по финансовым причинам. Важно отметить, что факт того, что неформальные платежи не сдерживают пациентов от об-

ращения за помощью в Венгрии, не означает, что неформальные платежи не препятствуют доступу к определенным услугам (например, специальные диагностические исследования, лекарственные средства или плановая операция) во время получения медицинской помощи. Например, повторный анализ данных опроса 1996 г. в части получения первичной помощи показал, что неформальные платежи связаны с добровольными посещениями на дому, а также отказом в оплате, что приводило к отказу от помощи на дому и запросам о госпитализированных пациентах от врачей первичной помощи (Gaál 2004a). Кроме того, качественные исследования в Венгрии показали, как можно манипулировать графиками операций так, чтобы пациенты, которые не платят, на самом деле получали отказ от плановой операции до тех пор, пока пациенты не решатся заплатить (Gaál 2004a).

**Таблица 12.2.** Причины, по которым респонденты не обращаются за медицинской помощью, по доходным квинтилям, Таджикистан, 2000 г.

	Процент с указанием причины				
	Бедный квинтиль	Квинтиль 2	Квинтиль 3	Квинтиль 4	Богатый квинтиль
Не могут себе позволить	42	41	28	30	24
Слишком далеко/учреждение закрыто/плохое обслуживание	1	2	4	5	3
Считают, что проблема разрешится сама	11	3	16	5	6
Самолечение	42	49	50	55	65
Другое	5	5	2	5	2

Источник: Falkingham 2004.

**Неформальные платежи, по определению, не являются прозрачными, и, следовательно, на них не распространяется политика исключений.** Основной проблемой неформальных платежей с точки зрения прозрачности является то, что пациенты не знают заранее, сколько они должны будут заплатить в период их госпитализации. Это дополняется фактором непредсказуемости возникновения заболевания. Кроме того, пациенты не защищены от того, что врач может потребовать неразумную плату за данную услугу. В Таджикистане, например, в двух районах, в которых не были проведены реформы, только 21 % госпитализированных пациентов знал заранее, сколько они должны платить за госпитализацию (Jakab et al. 2008). Поэтому, несмотря на то что неформальные платежи по сравнению с формальными личными платежами пациентов имеют несколько меньшее негативное воздействие с точки зрения справедливого распределения финансового бремени и доступа к медицинской помощи, все же они находятся вне контроля государства, и невозможно создать систему с прозрачными правовыми механизмами и исключением отдельных групп из системы оплаты. Однако формализация неформальных платежей не всегда при-

водит к улучшению ситуации для бедных, так как разработка и реализация системы обязательных платежей пациентов, предусматривающей освобождение отдельных категорий от оплаты, является не менее сложной задачей сама по себе. Переходный период, в течение которого неформальные и официальные платежи сосуществуют, неизбежен, и в этот период очень трудно установить прозрачность прав. Действительно, есть свидетельства в странах ЦЕ/ВЕКЦА, что пациенты часто не разбираются в том, какие права они имеют, особенно в случае сложных и часто меняющихся правил (Lewis 2000, p. 16; Thompson and Witter 2000; Shahriari, Belli and Lewis 2001, p. 10).

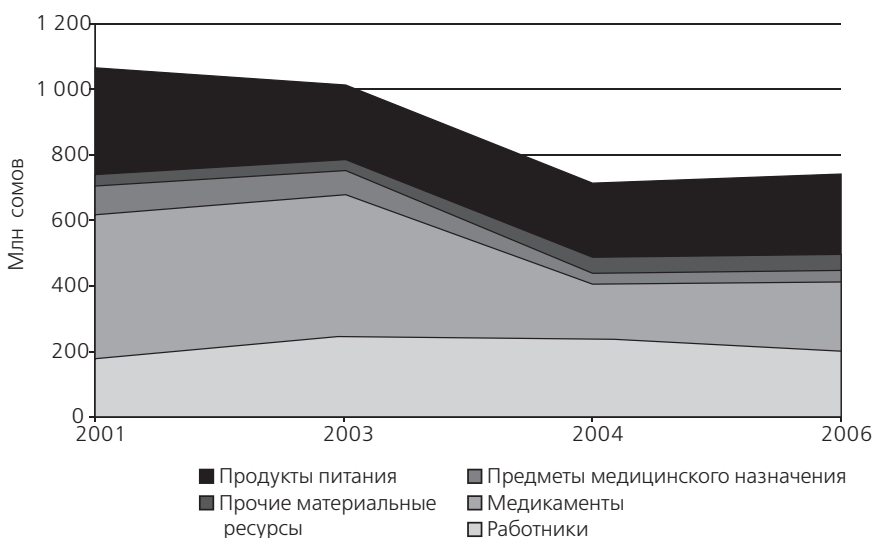
## **D. Реформы с целью сокращения неформальных платежей**

*Почти два десятилетия в переходный период многие страны пытаются сократить объем неформальных платежей, некоторые с большим, некоторые с меньшим успехом.* В этом разделе мы рассмотрим четыре страны, и по мере необходимости обратимся к опыту других стран для того, чтобы обобщить полученные данные с целью формирования политики. История успеха Кыргызстана показывает значительное снижение частоты и уровня неформальных платежей, как осуществляемых медицинским работникам, так и связанных с оплатой медикаментов и других необходимых для лечения товаров. Киргизский случай интересен тем, что он основан на общем, последовательном и реализованном плане реформы здравоохранения, которая была внедрена в контексте жесткой фискальной политики и при отсутствии механизмов наказаний. И наоборот, Таджикистан сосредоточивался исключительно на внедрении программы государственных гарантий предоставления медицинской помощи, предусматривающей относительно высокие со-платежи граждан, и не был успешен в сокращении объема неформальных платежей. Опыт Российской Федерации показывает переменные успехи с сокращением неформальных платежей медицинскому персоналу первичного звена, но их ростом на уровне специалистов и больниц. Российский подход также контрастирует с Кыргызстаном, так как реформы были менее масштабными и универсальными, но произошло значительное увеличение государственных средств, что позволило повысить заработную плату и ввести серьезные наказания за получение неформальных платежей. Примером страны ЦЕ является Венгрия, где не удалось сократить неформальные платежи персоналу, но, по крайней мере, был успешно искоренен вариант неформальных платежей в натуральной форме. Интересно, что Венгрия внедряла аналогичные киргизским реформы, но это происходило в период существенного снижения государственного финансирования, изымания из сектора здравоохранения всей экономики, полученной за

счет более эффективного использования ресурсов отрасли и отсутствия возможностей адекватного повышения заработной платы и финансирования ремонта медицинских учреждений.

#### i. Кыргызстан

*Кыргызстан является одной из самых успешных стран в регионе с документальным подтверждением того, что с течением времени сократились как неформальные платежи, так и общее финансовое бремя пациентов.* Неформальные платежи были снижены (рис. 12.4) благодаря внедрению широкомасштабной реформы, направленной на получение от внутренней экономии за счет повышения эффективности деятельности сектора здравоохранения и сохранения полученных в результате этого средств в секторе в целях снижения финансового бремени пациентов. Киргизская реформа системы здравоохранения началась в 1996 г., и ее реализация ускорилась в результате значительных изменений в финансировании здравоохранения в 2001 г., позднее в 2006 г. она была уточнена посредством обновления изначальной стратегии реформ. Стратегия предусматривала мероприятия по сокращению неформальных платежей с целью сокращения общего финансового бремени пациента и повышения прозрачности системы.



**Рис. 12.4.** Общий объем неформальных платежей в Кыргызстане, 2001–2004 гг., в постоянных ценах (цены 2001 г.)

Источник: Jakab and Kutzin 2008.

Примечание: Совместное WHO-DFID-CHSD исследование выписанных пациентов включало опрос 2913 госпитализированных респондентов в 2001 г., 4533 госпитализированных больных в 2004 г. и 5337 госпитализированных больных в 2006 г. Все они были опрошены после выписки домой с целью получения более точных ответов на вопросы, касающиеся неформальных платежей.

**Для достижения сокращения неформальных платежей необходимо выделить больше ресурсов на зарплату, медикаменты и предметы медицинского назначения.** Сокращение избыточных мощностей больниц, которые поглощали 80 % постоянного снижающегося объема государственных расходов на здравоохранение, было основным источником перераспределения средств с коммунальных и других постоянных затрат на переменные затраты, например лекарственные средства. Однако унаследованные системы финансирования и организации медицинских услуг не способствовали реструктуризации<sup>100</sup>. Во-первых, финансирование здравоохранения было фрагментировано, на каждом административном уровне создавался собственный бюджет и финансировались собственные учреждения без возможности объединения средств на различных административных уровнях. Во-вторых, платежи в больницы выполнялись на основании исторического постатейного бюджета, при этом процесс формирования бюджета был связан с существующими мощностями (койки и работники), что служило прямым сдерживающим фактором для сокращения. Таким образом, стратегия сектора здравоохранения была направлена на полный пересмотр финансирования и организации предоставления услуг.

**Реформы финансирования здравоохранения предусматривали постепенно внедряемые в масштабе всей страны в 2001–2004 гг. мероприятия, направленные на реализацию трех основных целей: централизация объединения средств, введение новых методов оплаты поставщиков и прозрачное, но реалистичное право на получение медицинской помощи**<sup>101</sup>. Реформы объединения создавали организации по закупке на *областном* уровне, которые объединяли все *областные, районные* и городские налоговые поступления в сектор здравоохранения. Это решало предыдущую проблему фрагментированного финансирования здравоохранения и содействовало процессу рационализации на уровне *области*. Второй шаг заключался в изменении механизма оплаты медицинских учреждений — переход от финансирования по статьям бюджетной сметы к подушевому финансированию амбулаторного звена и финансированию стационарного звена по законченному случаю. Наконец, введение четко определенного права на получение медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, предусматривавшей бесплатное предоставление амбулаторной помощи для всего населения и предоставление стационарной помощи с фиксированными со-платежами населения. Уровень со-платежей определяется рядом критериев, также предусмотрены две основные льготные группы. Учреждения обязаны выделять 80 % поступивших от уплаты со-платежей средств на приобретение лекарств, предметов медицинского назначения и продуктов питания, а оставшиеся 20 % могут использоваться для выплаты бонусов работникам.

<sup>100</sup> См. главы 2 (историческое наследие), 5 (объединение) и 6 (закупка) для анализа проблем, связанных с унаследованной системой здравоохранения.

<sup>101</sup> См. главы 5 (объединение), 6 (закупка) и 7 (права на получение медицинской помощи).

**Такой комплексный подход начал давать результаты в середине 2000-х гг.** В 2001–2004 гг. материально-техническая база сократилась с 1464 до 784 зданий, что повлекло за собой изменение в используемой медицинскими учреждениями площади, расходах на коммунальные услуги и эксплуатационных расходах (Checheibaev 2004). В результате реструктуризации внутреннее распределение средств в больницах также изменилось: прямые медицинские расходы (лекарства, материалы и продукты питания) повысились с 20 до 32,7 % в период с 2004 по 2007 г. по сравнению с расходами на персонал и коммунальные услуги (Ministry of Health of the Kyrgyz Republic 2008). Увеличение расходов на медикаменты и предметы медицинского назначения, явившееся следствием повышения эффективности и получения со-платежей, наряду с увеличением расходов на заработную плату и премии, осуществляемых за счет государственных средств и средств, поступивших от со-платежей, привели к постепенному сокращению неформальных платежей. Детальный анализ показывает, что объем неформальных платежей значительно снизился на лекарства и предметы медицинского назначения, но не оплату услуг медицинских работников (Jakab and Kutzin 2008).

## ii. Таджикистан

**В отличие от Кыргызстана, в Таджикистане была введена программа государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи, аналогичная по своей структуре программе соседней страны (с целью сокращения такого же большого объема неформальных платежей), но без сопровождающих реформ в сферах объединения, закупок и реструктуризации.** Программа государственных гарантий была введена в 2007 г. и регулирует права граждан Республики Таджикистан на получение медицинских услуг (Jakab et al. 2008). Реализация программы государственных гарантий началась в 2007 г. в экспериментальном режиме в четырех районах. Скорая и первичная помощь предоставлялась бесплатно, за исключением некоторых лабораторных и диагностических исследований. Были введены со-платежи за амбулаторную специализированную помощь. Медикаменты при амбулаторном лечении предоставляются бесплатно в рамках лечения восьми приоритетных групп заболеваний. Стационарное лечение предусматривает уплату официальных со-платежей. Уровень со-платежей зависит от клинических групп (предусмотрено восемь групп, включая абдоминальную хирургию, педиатрию, роды и др.) и категорий пациентов (выделяются три группы — полностью освобожденные от уплаты со-платежей, уплачивающие соответственно 30 и 70 % установленной средней стоимости за услугу), что в целом создает 24 уровня со-платежей. Льготная группа граждан полностью освобождается от уплаты со-платежей и получает медицинскую помощь бесплатно. Остальные группы оплачивают либо 30 % средней стоимости лечения в случае наличия у пациента направления лечащего врача или

70 % — в случае отсутствия направления. Пациенты, проживающие вне зоны обслуживания данного медицинского учреждения, наряду с гражданами других стран выплачивают полную стоимость лечения. Роды проводятся бесплатно, если женщина была зарегистрирована у лечащего врача во время беременности и регулярно проходила дородовое наблюдение. Со-платеж за роды составляет 30 %, если женщина имеет письменное направление, но не проходила дородовое наблюдение; в противном случае его уровень составляет 70 %. Женщины, рожаящие в районах, в которых они не проживают, не имеют права на какие-либо льготы и должны выплачивать полную стоимость. Для стационарного лечения нет отдельной платы за лекарства.

*В предварительных оценках влияния введения программы государственных гарантий на общее финансовое бремя пациентов сравнивали тенденции оплаты пациентами стационарной помощи до и после реализации политики в двух экспериментальных районах с двумя контрольными районами. Они не показали снижения общего финансового бремени пациентов.* Учитывая все категории оплаты (со-платежи, плату медицинскому персоналу, плату за медикаменты, предметы медицинского назначения, лабораторные исследования и т.д.), введение программы государственных гарантий не смогло значительно сократить долю пациентов, которые платят за обслуживание. При этом также не произошло снижения финансового бремени пациентов в абсолютном выражении, за исключением родов и пациентов, полностью освобожденных от уплаты со-платежей. Позитивным результатом введения программы государственных гарантий стали более низкие темпы роста платежей граждан в пилотных регионах по сравнению с «контрольными» районами (Jakab et al. 2008). Выводы в данном случае заключаются в том, что программа государственных гарантий сама по себе не является полноценным средством сокращения финансового бремени пациентов.

### iii. Российская Федерация

*Опыт Российской Федерации показывает переменные успехи в решении проблем неформальных платежей: сокращение неформальных платежей при получении первичной помощи, но их увеличение при получении амбулаторной специализированной и стационарной помощи.* Существуют различные оценки распространенности личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи и неформальных платежей за получение медицинской помощи (табл. 12.3). Данные одного из крупнейших исследований (Национальное обследование благосостояния домохозяйств и участия в социальных программах (НОБУС)), проведенного весной 2003 г., показывают, что 11 % пациентов платили неформально при амбулаторном лечении и 35 % при стационарном лечении (Бесстремьянная и Шишкин 2005). Доля плативших неформально домохозяйств составляла 17 и 29 % при получении соответственно амбулаторного и стационарного лечения, в то время как 18 % пациентов приобретали за свой

счет лекарства во время стационарного лечения. В соответствии с данными Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, доля пациентов, приобретающих препараты во время госпитализации, составила 43 % в 2004 г., но в отличие от исследования НОБУС, данные этого исследования включают в себя не только лекарства, оплаченные в стационаре, но и медикаменты, купленные в аптеках. Согласно этим данным, Российская Федерация занимает промежуточное положение в регионе с точки зрения распространенности неформальных платежей в специализированной помощи, в то время как реформы привели к существенным улучшениям в первичной помощи. Данные социологического опроса врачей, проведенного в апреле–июле 2007 г. в Саратовской и Ярославской областях (объем выборки — 630 врачей), свидетельствуют о снижении неформальных платежей в первичной помощи (Чернец, Чирикова и Шишкин 2008).

**Таблица 12.3.** Частота осуществления личных платежей пациентов и неформальных платежей по данным национальных социологических опросов, Российская Федерация, 1998–2008 гг. (отдельные годы)

	1998	2001	2003	2004	2006	2008
<b>Личные платежи пациентов</b>						
Процент респондентов, амбулаторное лечение	29,6	10,3	11,2	12,6	42,2	46,0
Процент респондентов, стационарное лечение	69,2	55,4	35,4	47,2	53,8	53,7
<b>Неформальные платежи</b>						
Процент респондентов, амбулаторное лечение	7,7	5,4	1,9	6,7	15,8	17,3
Процент респондентов, стационарное лечение	30,2	7,1	10,1	9,0	24,4	22,8
Процент респондентов, приобретающих лекарства при стационарном лечении	45,5	50,8	18,4	43,0	n/a	n/a
Исследование	ЦСИ-ЦМЗБУ	PMЭЗ	НОБУС	PMЭЗ	ИПН	ИПН
Единица исследования	Домохозяйство	Домохозяйство	Домохозяйство	Домохозяйство	Взрослые (16+)	Взрослые (16+)
Объем выборки	2200	4528 (12 121)	44 500 (117 200)	4715 (12 651)	2500	2000

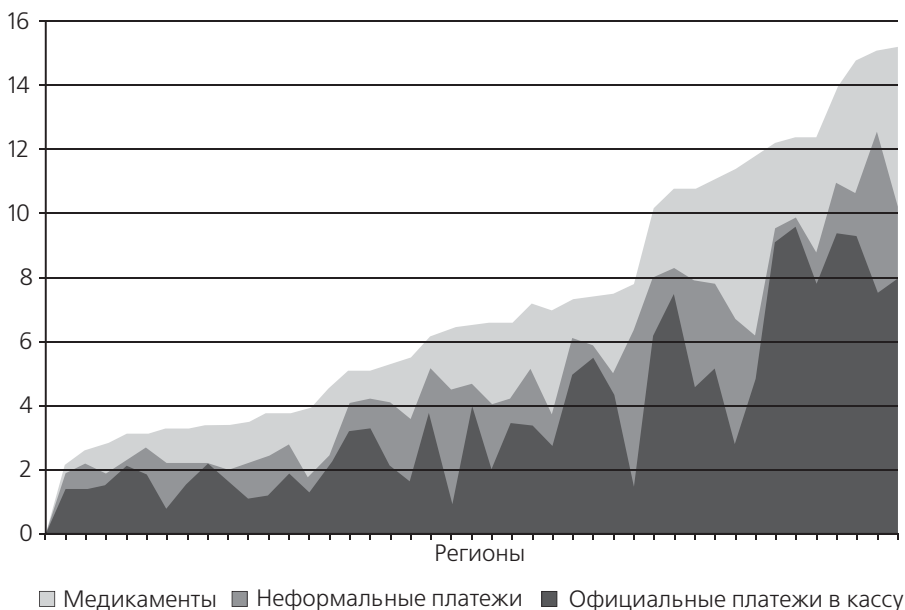
Источник: Falkingham 2004.

*Примечания и источники:* ЦСИ-ЦМЗБУ — Центр социальных исследований (Москва) и Центр международного здравоохранения Бостонского университета (Feeley, Boikov and Shishkin 2001) — процент домохозяйств, период опроса — один месяц, подарки были включены в неформальные платежи; PMЭЗ — Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (PMЭЗ 2004) — процент пациентов, недавние консультации для амбулаторного лечения, период опроса — три месяца для стационарного лечения; НОБУС (NOBUS 2203; Бесстремьянная и Шишкин 2005) — процент пациентов, период опроса — три месяца для амбулаторного лечения и 12 месяцев для стационарного лечения, подарки были включены в неформальные платежи; ИПН — индекс потребительского настроения (CSI 2008) — процент пациентов, период опроса — три месяца для амбулаторного лечения и 12 месяцев для стационарного лечения.



*Российская Федерация применила политику кнута (наказание) и пряника (повышение зарплаты), чтобы снизить объем неофициальных платежей в условиях быстро растущей экономики и увеличения государственного финансирования здравоохранения.* Экономический рост, наблюдавшийся с 2000 г., создал предпосылки для изменения государственной политики в области здравоохранения. В период 2000–2007 гг. государственные расходы на здравоохранение увеличились в реальном выражении более чем в 1,8 раза. Национальная программа «Здоровье» была запущена в 2006 г. Расходы на реализацию этой программы из федерального бюджета и ФСС составляли около 10 % от общего объема государственных расходов на здравоохранение в 2006 и 2007 гг. Программа включала большой комплекс мероприятий в секторе государственного здравоохранения, в том числе расходы на оказание первичной и скорой помощи, а также третичной помощи. Дополнительное финансирование из федерального бюджета, предназначенное на повышение уровня оплаты труда врачей и медицинских сестер первичной помощи, было беспрецедентным. В результате за два года зарплаты врачей и медицинских сестер участковой службы увеличились почти в три раза, составив в 2007 г. 880 долл. США в месяц для участковых врачей. Отношение государственных органов к неформальным платежам менялось по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения. Прокуратура начала применять санкции в отношении всех видов неформальных платежей (включая подарки), а также требований самостоятельного обеспечения пациентами лекарств при стационарном лечении. Однако пациентам по-прежнему разрешено приобретать более современные и эффективные препараты, не включенные в стационарные формуляры. Кроме того, развитие правового рынка частных медицинских услуг позволило врачам зарабатывать деньги другими способами, не прибегая к неформальным платежам.

*Практика неформальных платежей сократилась в первичной помощи благодаря использованию серьезных санкций, увеличению зарплаты и развитию легального рынка медицинских услуг, но не сократилась в сфере предоставления специализированной помощи, в которой не происходило такого же существенного увеличения государственного финансирования.* В качестве приоритетов увеличения государственного финансирования было выбрано повышение заработной платы врачей и медсестер первичного звена. Увеличение финансирования не коснулось сфер предоставления медицинской помощи с наивысшим уровнем распространенности неформальных платежей (хирургия, акушерство и гинекология, проктология, урология и т.д.). В результате распространенность и размеры неформальных платежей увеличились, они стали считаться более легитимными среди специалистов и институционально укоренились в их среде. Рост неформальных платежей рассматривался специалистами как средство «восстановления справедливости» в государственной системе оплаты труда. Появление возможностей у пациентов платить



**Рис. 12.5.** Средние месячные подушевые расходы населения на оплату стационарной помощи по регионам Российской Федерации, 2003 г., в рублях

Источник: оценка на основе данных НОБУС (Бесстремьянная и Шишкин 2005).

за медицинские услуги также способствовало увеличению неформальных платежей в этих секторах.

***В Российской Федерации существуют значительные региональные различия в размере неформальных платежей, что предполагает наличие отрицательной связи между государственными расходами на здравоохранение и неформальными платежами.***

Соотношение максимального и минимального объемов общих личных расходов граждан в момент получения медицинской помощи по регионам составляет 7:1, в то время как по неформальным платежам это соотношение составляет 10:1 (рис. 12.5). Такие вариации отражают социально-экономический статус и государственные расходы, а также политику в отношении неформальных платежей. В более бедных регионах практика формальных и неформальных платежей является гораздо более частым явлением, чем в более богатых регионах. Это можно объяснить более низким уровнем государственного финансирования программы государственных гарантий в более бедных регионах. Общая тенденция заключается в том, что чем ниже подушевые государственные расходы на здравоохранение в регионах, тем больше доля тех, кто платит за медицинские услуги из собственного кармана. Однако важно отметить различия в политике регионов в части предоставления платных услуг (официальная плата за услуги). В более бедных регионах местные органы власти предоставляли государственным медицинским учреждениям больше возможностей по предоставлению

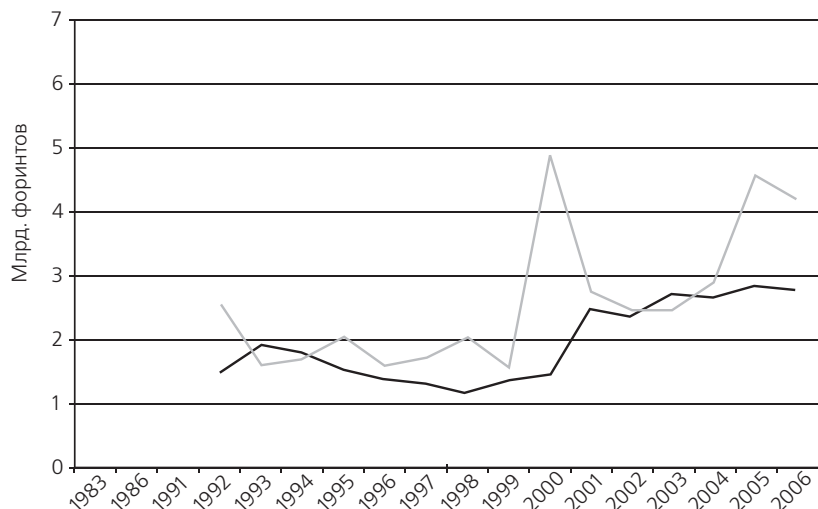
официальных платных медицинских услуг, что повышало уровень неформальных платежей.

#### iv. Венгрия

***Венгерский случай служит примером того, что неформальные платежи не сократились в течение переходного периода, а реформы по снижению распространенности этой практики не увенчались успехом.*** Неформальные платежи в Венгрии существовали во время социалистического периода, упомянутого в официальных документах еще в 1948 г. (Ádám 1985) и исследованиях 1969 г. (Tóth, Kádár and Balogh 1971). Исследование бюджетов домашних хозяйств Центрального статистического управления обеспечивает наиболее полную информацию о неформальных платежах, хотя существовали важные методологические изменения в 2000 и 2001 гг., снижающие возможность проведения сравнительного анализа во временном разрезе. Совместно с другими исследованиями, данные свидетельствуют о том, что за период 1983–2006 гг. не наблюдалось значительных сокращений неформальных платежей (рис. 12.6). Кроме того, если данные сопоставимы, то в период с 2001 по 2006 г. наблюдается небольшое повышение.

***Реализуемые реформы социалистического режима не были успешными в сокращении неформальных платежей.*** Во время коммунистического периода политики пытались разделить неформальные платежи на две категории: (1) оплата в качестве благодарности, которая допускалась, но ожидалось, что она будет устранена в результате реализации просветительских кампаний; и (2) все другие неформальные платежи, относящиеся к коррупции, которые должны были быть устранены путем выявления и строгого наказания нарушителей. Официальные меры политики для данного дифференцированного подхода оказались неудачными, так как масштаб неформальных платежей с течением времени увеличивался (Ádám 1986, pp. 62–213, 232–233). Как признание поражения решающим мероприятием коммунистического режима была попытка обложить налогом неформальные платежи (Ministerial Council of Hungary 1987, p. 17(7); National Assembly of Hungary 1987; Ádám 1989b, pp. 58–91). В 1988 г. в рамках представленной новой системы подоходного налога с физических лиц платежи в качестве благодарности были включены в налоговые декларации как отдельный пункт. С момента введения налоговой политики существовали различия между суммой, заявленной в налоговой декларации, и сведениями о расходах, полученными в результате проведения опросов. Кроме того, число налогоплательщиков, заявлявших о получении неформальных доходов, а также заявленные суммы уменьшались с течением времени вплоть до 1997 г., когда налоговые органы исключили из налоговой декларации пункт о платежах в качестве благодарности (Gaál, Evetovits and McKee 2006).

***Переходные реформы также потерпели неудачи при сокращении неформальных платежей.*** Венгерские реформы в области здра-



Неформальные платежи в соответствии с другими исследованиями уровня расходов  
 Неформальные платежи в соответствии с Национальными счетами здравоохранения ЦСУВ  
 Неформальные платежи в соответствии с Исследованиями бюджетов домохозяйств ЦСУВ  
 Личные платежи за частные медицинские услуги в соответствии с Исследованиями бюджетов домохозяйств ЦСУВ

**Рис. 12.6.** Неформальные платежи врачам и личные платежи за частные медицинские услуги в постоянных ценах 1990 г. (с использованием индекса потребительских цен) в Венгрии, 1983–2006 гг. (отдельные годы)

*Источники:* другие исследования, включая GKI-1986 (Ékes 1987), SZGTI-1992 (Ékes 1993), SZGTI-1994 (Bondár and Ékes 1994), KSH-1997 (Hungarian Central Statistical Office 1998a), TÁRKI-1998 (Bognár, Gál and Kornai 1999); National Health Accounts data (Hungarian Central Statistical Office 2002a); Hungarian Central Statistical Office Household Budget Surveys (Hungarian Central Statistical Office 1984, 1993, 1994, 1995, 1996a,b, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002b,c, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007).

*Примечания:* Существуют/существовали методологические различия и изменения в разные годы при проведении Исследования бюджетов домашних хозяйств Центральным статистическим управлением Венгрии (ЦСУВ): 1983 – выделенный компонент сферы здравоохранения; 2000 – медицинские услуги включены в ежегодное исследование уровня расходов; 2001 – официальные и неофициальные платежи разделены в ежегодном исследовании уровня расходов.

воохранения в 1990-х гг. предусматривали полный пересмотр программы финансирования здравоохранения и механизмов оказания услуг в контексте больших политических, социальных и экономических изменений (Gaál 2004b). Структурные реформы, представленные к 1994 г., создавали новую модель договора с разделением функций закупки и предоставления. Покупатель (один плательщик – НФМС) заключал договор преимущественно с государственными поставщиками, владение которыми было передано местным органам власти, но первичная помощь (услуги семейного врача) функционально была приватизирована. Были введены стимулы повышения эффективности функционирования системы здравоохранения, заключавшиеся во внедрении новых систем оплаты производителей медицинской помощи (подушевой принцип оплаты амбулаторной помощи и оплата за законченный случай для стационарного лечения). Последующие реформы в период с 1995 по 2001 г. сопровождалась жесткой политикой по сдерживанию

расходов, которые характеризовались централизацией и прямым государственным вмешательством (например, мощность стационаров была сокращена примерно на 20 %). Относительно «счастливого периода» начался в 2002 г. с 50%-го повышения заработной платы в среднем, но за этим последовала другая волна сдерживания расходов, которая началась осенью 2006 г. Мощность стационаров краткосрочного лечения была сокращена на 27 % (самое большое сокращение в переходный период), были ограничены объемы оказания услуг врачами — узкими специалистами, была введена система со-платежей пациентов. Эти меры были введены в период резкого сокращения государственных расходов (на 0,6 % от ВВП в 2007 г., с дальнейшим сокращением в 2008 и 2009 гг.), что сказалось на снижении эффективности системы здравоохранения.

*Попытка формализовать неформальные платежи путем введения механизмов распределения расходов была предпринята довольно поздно в процессе реализации реформы с сомнительным последствием.* Со-платежи были введены в феврале 2007 г. в качестве одной из мер, чтобы повысить эффективность системы и компенсировать поставщикам уменьшение государственного финансирования. Это было временным решением, которое позднее в апреле 2008 г. было отменено в результате всенародного референдума. Хотя со-платежи были относительно невысокими (300 форинтов за амбулаторное посещение и 300 форинтов в день за пребывание в больнице), они довольно неожиданно оказались серьезным средством сдерживания потребления медицинской помощи, особенно для людей с более низкими уровнями образования и доходов (Gfk Hungaria 2007; Szinapszis Kft 2007). Последнее исследование также касалось врачей, 30 % из которых сообщили, что введение со-платежей привело к снижению неформальных платежей. Однако это, похоже, не подтверждается пациентами: только 6,6 % из них сообщили, что с момента введения со-платежей пациентов они вообще не платили неформально или платили меньше. Другое исследование обнаружило 25%-е снижение общей величины неформальных платежей (Medián 2008), но точные масштабы сокращения следует учитывать с осторожностью. В результате небольшого размера выборки и выборки общего населения указанное снижение не является статистически значимым, и уровень неформальных платежей в значительной степени зависит от способности домохозяйств платить, которая существенно ухудшилась в период проведения исследования (реальная заработная плата снизилась на 4,8 % в 2007 г.), особенно среди бедных слоев населения. Кроме того, важно отметить, что введение платы пациентов не оказало существенного влияния на доходы поставщиков. Хотя доходы от со-платежей пациентов оставались в распоряжении поставщиков, они напрямую шли в бюджет учреждения и были недостаточными для компенсации мероприятий по сдерживанию расходов, которые привели к сокращению расходов на амбулаторную и стационарную помощь на 0,3 процентных пункта (с 3 до 2,7 % ВВП в 2007 г.) (Government of Hungary 2007). Единственным исключением была первичная помощь, в кото-

рой большинство семейных врачей являются частными предпринимателями, получающими оплату напрямую из НФМС, в результате введения платы пациентов их средний доход номинально увеличился на 19 % в 2007 г. (Hungarian Minister of Health 2008). Если расставить все по своим местам, эта сумма в реальном выражении по-прежнему ниже уровня финансирования 2003 г.

***Реформы ограничено влияли на зарплату медицинских работников, которая в переходный период осталась ниже среднего показателя по стране, в то время как неформальные платежи по-прежнему являются значительным дополнительным источником их дохода.*** На рис 12.7 показаны данные о заработной плате в секторе здравоохранения в течение 12 лет по сравнению с некоторыми другими секторами экономики. В течение этого периода зарплаты работников здравоохранения оставались ниже среднего показателя по стране. Зарплата большинства медицинских работников соответствует уровню государственных служащих, который устанавливается руководством в соответствии с законодательно установленной шкалой заработной платы. Внедрение в 1993 г. новой системы оплаты специализированной амбулаторной помощи и стационарной помощи в зависимости от результатов деятельности не повлияло на заработок, несмотря на то что шкала заработной платы определяет только минимум и не определяет верхний предел оплаты труда, и руководство по собственному усмотрению использует сэкономленные в результате повышения эффективности средства. Функциональная приватизация в первичной помощи также не смогла заметно повлиять на официальные доходы семейных врачей, которые продолжали полагаться на неформальные платежи от пациентов. Резкое повышение в 2003 г. было результатом 50%-го (в среднем) повышения заработной платы для государственных служащих осенью 2002 г. Однако это было единовременное повышение, и более чем 20%-й разрыв по-прежнему оставался между уровнем зарплаты работников здравоохранения и служащих, занятых в других отраслях экономики (рис. 12.7). Повышение заработной платы также не имело значительного влияния на общую величину неформальных платежей. Напротив, почти 20%-е увеличение в реальном выражении произошло в период 2002–2005 гг. (рис. 12.6), что указывает на то, что повышение заработной платы такого масштаба само по себе было недостаточно для снижения неформальных платежей.

## **Е. Анализ опыта внедрения реформ**

***Для более успешных и менее успешных случаев реализации реформ здравоохранения можно выделить некоторые ключевые характеристики и особенности.*** Успешная реформа требует системного подхода с использованием масштабной и четко определенной

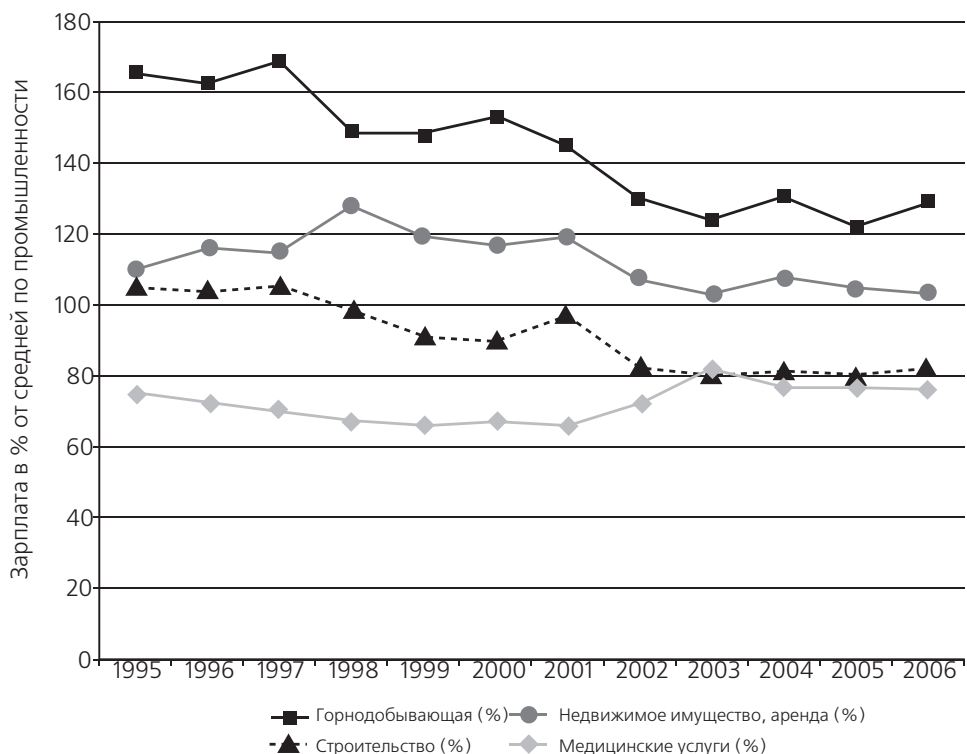
политики, включая четкое и реалистичное определение прав на получение медицинской помощи, реструктуризацию и реинвестирование полученной в результате повышения эффективности деятельности экономики, наличие стабильного и адекватного государственного финансирования и отсутствие культуры осуждения (табл. 12.4). Инструменты реформирования вряд ли эффективно работают изолированно, как показывает опыт двух схожих стран с противоположными фактическими результатами. Киргизский подход с общей и последовательной реформой привел к сокращению неформальных платежей с течением времени, в то время как таджикский подход к формализации неформальных платежей посредством введения программы государственных гарантий и со-платежей без сопровождающих реформ в сферах объединения, закупки и реструктуризации не имел существенного влияния. Кроме того, венгерский случай показывает, что реалистичное обеспечение прав на получение медицинской помощи и их финансирование, а также реинвестирование полученной в результате повышения эффективности экономики являются краеугольным камнем политики снижения неформальных платежей. Российская Федерация является ярким примером того, когда не существовало никакого планомерного реформирования финансирования здравоохранения, и подход к снижению неформальных платежей базировался на наказаниях, что, по-видимому, работало только в случае значительного повышения зарплаты, но не работало в любом другом случае.

***Стабильное государственное финансирование и повышение эффективности посредством реструктуризации процесса предоставления услуг создает необходимые, хотя и недостаточные, условия для снижения общего финансового бремени пациентов.*** Региональный опыт показывает, что неформальные платежи связаны с недостаточным государственным финансированием медикаментов и предметов медицинского назначения и/или значительно более низкой заработной платой медицинского персонала по сравнению со средней зарплатой по экономике. Неформальные платежи заполняют пробел между расходами на обеспечение прав и имеющимися ресурсами. Увеличение государственных средств и повышение эффективности могут длительное время пытаться заполнить этот пробел в финансировании, до тех пор пока сэкономленные средства реинвестируются в сферу здравоохранения. Ранний этап реформы в Кыргызстане происходил на фоне значительного сокращения государственных расходов. Хотя экономия, полученная в результате реструктуризации коммунальных услуг, была перенаправлена на приобретение лекарств и повышение зарплаты, этого было недостаточно для компенсации снижения государственных средств, и финансовое бремя пациентов не изменилось. Как только государственное финансирование стало стабильным и даже начало возрастать и сэкономленные в результате повышения эффективности средства стали полностью реинвестироваться в закупку лекарств, предметов медицинского назначения и заработную плату, общее финансовое бремя пациентов начало

снижаться. Хотя Венгрия внедрила в переходный период комплексные реформы, в том числе мероприятия, которые имели благоприятное воздействие, неформальные платежи не снижались по ряду причин. Проводимые реформы мало соответствовали имеющимся финансовым ресурсам (обеспечение прав, не соответствующее реальности) и были недостаточными для повышения эффективности использования этих ресурсов, благодаря которому сэкономленные средства могли непосредственно использоваться для улучшения условий труда и повышения официальных доходов работников здравоохранения (повышение эффективности было вполне реальным). Хотя в этот период были введены некоторые мероприятия по повышению эффективности и наблюдалось значительное сокращение, масштабное сокращение государственных расходов довольно быстро исключило возможность повышения эффективности в сфере здравоохранения и ограничило возможность повышения зарплаты работников сферы здравоохранения. И наоборот, Эстония (как Кыргызстан) реализовывала масштабную реструктуризацию системы оказания услуг, а сэкономленные в результате повышения эффективности средства были перенаправлены на повышение заработной платы работников здравоохранения (в частности, чтобы предотвратить их иммиграцию в более богатые страны Северной Европы). Кстати, Эстония является одной из немногих стран региона с незначительным уровнем неформальных платежей.

***Адекватное вознаграждение работников здравоохранения, особенно врачей, играет важную роль в объеме неформальных платежей, но небольшой рост зарплаты врачей вряд ли снизит их уровень.*** Любая политика, направленная на повышение заработной платы для сокращения неформальных платежей, должна, по крайней мере, учитывать три важные характеристики: масштаб, источник и метод. В большинстве стран ЦЕ/ВЕКЦА заработная плата медицинских работников значительно ниже средних показателей по экономике страны в целом. В Венгрии, например, официальный уровень заработной платы в секторе здравоохранения составлял 75 % от средней заработной платы служащих в 1995 г. и снизился до 66 % к 2001 г. из-за жестких мер по сдерживанию расходов в сфере здравоохранения. Последующее повышение заработной платы сократило разрыв до 76 % от среднего уровня зарплаты к 2006 г., но никогда позже не приближалось к среднему по стране (рис. 12.7). Венгерский пример показывает, что в странах, где зарплаты в секторе здравоохранения постоянно низкие, даже относительно существенное (50 %) повышение заработной платы не может влиять на распространение неформальных платежей, в то время как успех Российской Федерации в секторе первичной помощи показывает, что реальное воздействие может быть достигнуто при повышении в два или три раза. Случай Венгрии поучителен в том смысле, что включение большего объема частного финансирования должно было бы привести к дополнительным доходам поставщиков, а не замене государственных ресурсов, и значительная часть из них должна была бы идти непосредствен-





**Рис. 12.7.** Средняя зарплата служащих в отдельных отраслях экономики в процентах от среднего по промышленности (100 %) в Венгрии, 1995–2006 гг.

но медицинским работникам, а не в бюджет медицинского учреждения. Наконец, «неограниченное» повышение зарплаты вряд ли будет лучшим средством борьбы с неформальными платежами, так как это производит однократный эффект, который с течением времени проходит. Повышение доходов врачей вместо этого должно быть связано с улучшением деятельности как с точки зрения эффективности, так и отзывчивости к ожиданиям пациентов. Это может создать положительный усиливающий цикл, в котором мотивация пациентов осуществлять неофициальные платежи уменьшается и происходит дальнейшее повышение эффективности; это, в свою очередь, может быть использовано для дальнейшего увеличения уровня вознаграждения работников сферы здравоохранения, улучшения условий труда и т.д.

**Осуждение неформальных платежей как коррупционных методов и применение политики наказания в рамках правовой системы или медицинской этики учреждения вряд ли является успешным способом, если большинство поставщиков и пациентов считают условия функционирования несправедливыми и нереалистичными.** Действия людей находятся под влиянием действий других людей, и массовое несоблюдение правил подрывает законность правил и приводит к практической невозможности их ис-

полнения (Galasi and Kertesi 1991; Csaba 1993; Roberts et al. 1998). Как показывает венгерский и российский опыт, подход с применением наказания не дал положительных результатов, за исключением случая первичной помощи в Российской Федерации, где введение политики непринятия платежей было связано с беспрецедентным ростом заработной платы и увеличением государственного финансирования этого сектора системы оказания медицинской помощи.

***Создание реалистичной, четкой и прозрачной программы государственных гарантий предоставления медицинской помощи является важным инструментом политики в контексте общей системной реформы. Однако просто введение платежей с пациентов, исключение услуг и стимулирование развития частного сектора вряд ли приведет к снижению общего финансового бремени пациентов.*** Киргизский случай является хорошим примером того, что прозрачные и реалистичные права на получение медицинской помощи являются важным компонентом успешного проведения реформ, но введение программы государственных гарантий и со-платежей в отрыве от всего остального, как это происходило в Таджикистане, не является достаточным для сокращения неформальных платежей. Кроме того, сокращение государственных гарантий создает благодатную почву для развития частного сектора, который в странах с переходной экономикой неразрывно связан с государственным сектором (Shahriari, Belli and Lewis 2001, p. 4; Gaál 2004a; Gaál et al. 2006). Предварительные платежи, отбор пациентов для частной практики и частная практика с неполным рабочим днем в государственных учреждениях являются примерами размывания границ между этими двумя секторами. В Польше «медицинские фонды» предоставляют частные услуги посредством найма государственных учреждений и сотрудников, для которых назначенные приемные часы и оплата остаются единственным различием между двумя видами услуг (Ensor and Witter 2001; Shahriari, Belli and Lewis 2001, pp. 13, 21). Рост этого уникального частного сектора трудно контролировать, и он может привести к неожиданным результатам, как показывает опыт более бедных регионов Российской Федерации, при этом возможность государственных учреждений предоставлять платные услуги увеличилась в контексте не только масштабов формальных личных платежей пациентов, но и неформальных платежей. Следовательно, простое рыночное решение, которое может быть выходом из положения, вряд ли даст наилучший результат для бедных.

***Создание реалистичной программы государственных гарантий является непростой задачей, так как доступность необходимо сбалансировать с четкими и прозрачными правами на получение медицинской помощи. Однако даже если потребитель четко знает свои права и система в состоянии обеспечить их, неформальные платежи могут сохраняться, если к системе относятся с недоверием.*** Опыт реформ в регионе показывает, что прозрачность является важным фактором успеха для реформ неформаль-

**Таблица 12.4. Сравнение опыта четырех стран**

Виды неформальных платежей	Всеобъемлющая и последовательная реформа здравоохранения	Прозрачная программа государственных гарантий с четким определением уровня разделения затрат пациентами	Значительное сокращение и перераспределение расходов на повышение эффективности средств в секторе здравоохранения	Стабильное или увеличивающееся государственное финансирование в период внедрения реформы	Наказание за неформальные платежи как за коррупционную практику	Влияние на неформальные платежи
<b>Кыргызстан</b>						
Работники Лекарства Предметы медицинского назначения Предметы немедицинского назначения	Да Разделение поставщик-покупатель Централизация объединения средств Система оплаты медицинских учреждений на основе прикреплённого населения и результатов деятельности Сокращение инфраструктуры Определение программы государственных гарантий	Да Программа государственных гарантий определяет права и обязанности пациентов	Да Произошло сокращение и появилась экономия в результате повышения эффективности расходов после того, как были решены первоначальные проблемы	Частично (с 2006 г.)	Нет Открытые дискуссии и мониторинг неформальных платежей	Снижение
<b>Таджикистан</b>						
Работники Лекарства Предметы медицинского назначения Предметы немедицинского назначения	Нет	Да (в 4 экспериментальных районах)	Нет	Нет	Да	Смешанный

Таблица 12.4. Сравнение опыта четырех стран

Виды неформальных платежей	Всеобъемлющая и последовательная реформа здравоохранения	Прозрачная программа государственных гарантий с четким определением уровня разделения затрат пациентами	Значительное сокращение и перераспределение средств в секторе здравоохранения	Стабильное или увеличивающееся государственное финансирование в период внедрения реформы	Наказание за неформальные платежи как за коррупционную практику	Влияние на неформальные платежи
	Нет	Нет	Нет	Частично (с 2006 г.)	Да	Смешанный
<b>Российская Федерация</b>						
Работники Лекарства	Нет	Нет	Нет	Частично (с 2006 г.)	Да	Смешанный
<b>Венгрия</b>						
Работники	Да Разделение поставщик-покупатель Система оплаты медицинских учреждений на основе прикреплённого населения и результатов деятельности Независимые поставщики Сокращение инфраструктуры	Нет Отсутствие прозрачности, не-реалистичная программа государственных гарантий Со-платежи были введены в 2007 г. и отменены через год	Нет Произошло сокращение, но полоченная экономия была поглощена в результате существенного сокращения государственных расходов	Нестабильное Три основных волны сдерживания расходов Увеличение расходов в годы проведения выборов	Нет (Во время коммунистического режима часть неформальных платежей считались коррупционными)	Сокращения не наблюдались

Источник: собственная компиляция авторов.

ных платежей (Shahriari, Belli and Lewis 2001; Falkingham 2004). За время существования коммунистического режима появились новые условия прав на получение медицинской помощи, которые не совпадали с официальными правилами и риторикой (Gaál and McKee 2004). Поэтому не удивительно, что изменения в официальных правах могут вызвать путаницу и стать благотворной почвой для развития неформальных платежей, особенно если эти правила сложные и часто меняются. Это наблюдалось в Польше, где пациенты жаловались на официально введенные платежи пациентов, и в то же время врачи требовали оплаты за услуги, которые должны были предоставляться бесплатно (Shahriari, Belli and Lewis 2001). Введение в 2007 г. со-платежей за посещение и пребывание в больнице в Венгрии является хорошим примером ситуации, при которой даже относительно простая схема со-платежей с четкими исключениями может создать путаницу среди пациентов и привести к повышению уровня неформальных платежей (которые представлялись как официальные личные платежи пациентов). Тем не менее относительно простых, прозрачных прав, о которых все проинформированы, не достаточно. Учитывая информационную асимметрию между пациентами и поставщиками, отсутствие доверия к деятельности поставщиков может вызывать и поддерживать неформальные платежи, даже если предоставляются медицинские услуги хорошего качества. Например, по данным исследования, проведенного в Российской Федерации, 25 % тех, кто пользовался частными услугами, делали это потому, что «они не были уверены в профессиональной квалификации врачей государственного сектора» (Lewis 2000, p. 18). Попыток ликвидировать разрыв между правами и имеющимися финансовыми ресурсами, следовательно, не достаточно для решения проблемы неформальных платежей, они должны быть дополнены мероприятиями, направленными на повышение доверия к деятельности системы здравоохранения (Gaál et al. 2006).

## **Г. Выводы и обобщение полученного опыта**

*Не существует «волшебной палочки», с помощью которой можно сократить уровень неформальных платежей в системе здравоохранения; любой инструмент реформирования, реализуемый в отрыве от хорошо продуманного и последовательного комплексного плана реформы, скорее всего, обречен на провал.* Успех реформ Кыргызстана в этой связи показывает положительный пример. Было понятно, что один инструмент не сможет решить структурных проблем в финансировании и организации системы здравоохранения, которые приводят к появлению неформальных платежей. Комплексная реформа финансирования здравоохранения и предоставления услуг была необходима для устранения основ-

ных недостатков и перераспределения полученной в результате повышения эффективности экономии на выплаты заработной платы и закупки лекарств, которые в свою очередь приводили к сокращению не только неформальных платежей, но и в целом личных платежей пациентов.

***Этот урок по поводу необходимости проведения комплексных реформ особенно важен для тех стран, которые рассматривают возможность введения или улучшения программ государственных гарантий с введением со-платежей в качестве ведущего или единственного инструмента, направленного на снижение неформальных платежей.*** Четкая программа государственных гарантий и политика со-платежей может способствовать сокращению уровня неформальных платежей, если она вписывается в общую программу реформ. Если же это единственный инструмент, то он не позволит разрешить проблемы неэффективности и отсутствия средств на выплату заработной платы и закупку медикаментов, которые в первую очередь привели к росту неформальных платежей. Хотя неформальные платежи в этом случае могут сократиться в силу ограничений платежеспособности населения, общее финансовое бремя может повыситься и люди вынуждены будут платить не только официально, но и за лекарства и другие предметы медицинского назначения, которые остаются без государственного финансирования. Этот подход был применен в Таджикистане, где программа государственных гарантий предполагала введение со-платежей, но в отрыве от реформ в других сферах (объединение средств и система оплаты медицинских учреждений).

***Решение проблемы недостаточного государственного финансирования для выплаты зарплаты, закупки медикаментов и предметов медицинского назначения является ключевым фактором, который позволяет сокращать объем неформальных платежей либо путем реинвестирования получаемой путем повышения эффективности экономии, либо путем повышения государственного финансирования.*** Кыргызстан опирался на оба механизма, но на раннем этапе реформы акцент был сделан на реинвестирование получаемой за счет повышения эффективности экономии в секторе здравоохранения. Снижение расходов на коммунальные услуги позволило увеличить расходы на медикаменты и зарплату. Поддержание устойчивого государственного финансирования при сокращении размера инфраструктуры было серьезной проблемой, так как Министерство финансов продолжало формировать бюджет, основываясь на мощностях, хотя сектор здравоохранения перешел на финансирование стационарной помощи по результатам деятельности. Этот вопрос создал значительную напряженность между реформой здравоохранения и реформой государственного финансирования<sup>102</sup>. Тем не менее Кыргызстан успешно справился с задачей обеспечения устойчивого государственного финансирования в реальном выражении в пери-

<sup>102</sup> См. главу 10, где рассматривается этот вопрос.

од реструктуризации (2001–2004 гг.), после некоторых первоначальных колебаний, что позволило реинвестировать некоторые сэкономленные средства. Государственные расходы начали возрастать после 2006 г., что позволило улучшить финансирование заработной платы и медикаментов, а также в дальнейшем сократить неформальные платежи. Российский опыт также показывает, что резкое повышение заработной платы медицинского персонала может уменьшить объем неформальных платежей. И наоборот, если государственные расходы во время реструктуризации снижались, как это происходило в Венгрии, изъятие из сектора здравоохранения полученной в результате повышения эффективности сэкономленных средств препятствовало реинвестированию в зарплату и медикаменты, и в результате это вряд ли каким-либо образом повлияло на уровень неформальных платежей.

*Эффективное управление является важным фактором успеха.* В Кыргызстане МЗ и правительство проявляли здравый смысл в отношении неофициальных платежей. По сути, эта практика рассматривалась как симптом общего состояния системы здравоохранения, а не как проблема сама по себе или как коррупционные методы, которые должны быть наказаны. Эта открытость позволила определить масштабы неформальных платежей на регулярной основе, обеспечивая тем самым важным инструментом для оценки реформ в направлении снижения уровня их распространенности. В то же время открытость и акцент на неформальных платежах не превратились в неэффективную навязчивую идею: акцент был сделан на общее финансовое бремя пациента, а не на неформальные платежи как таковые. Поскольку зарплата медицинского персонала оставалась постоянно ниже, чем средняя зарплата по стране, применение только наказания лишь снизило бы и без того низкий моральный дух медицинских работников во многих странах и могло бы способствовать потере человеческих ресурсов в странах региона с более низким доходом. Интересно, что только в Российской Федерации проводились реформы, которые включали наказания за практику неформальных платежей, но это шло рука об руку с существенным повышением зарплат для медицинского персонала первичного звена.

*Таким образом, успешные реформы основываются на правильном сочетании ключевых компонентов в комплексном и последовательном плане реформ, но что конкретно должно и может быть сделано, зависит от культурного, политического, экономического контекста, а также сектора здравоохранения заинтересованных в этом стран.* Платежеспособность страны определяет границы сферы здравоохранения, в то время как готовность граждан платить налоги ограничивает степень, с которой может быть уменьшено финансовое бремя пациентов. Эти характеристики также оказывают глубокое влияние на усилия по повышению эффективности системы здравоохранения. В то время как Кыргызстан имел крайне неэффективную систему, которая могла бы быть существенно улучшена посредством введения механизмов централизованного объедине-

ния средств и сокращения больниц, Венгрия начала реформы с централизованного объединения средств и четко разработанного плана и пилотов, например внедрение системы КСГ для оплаты стационарной помощи в больницах краткосрочного лечения. Суть проблемы в Венгрии была такой же, как и в Кыргызстане, хотя для ее решения использовались разные инструменты. Венгрии пришлось объединить в одну модель реформы стимулы для получения экономии в результате повышения эффективности, доходов работников здравоохранения и готовности пациентов вносить плату в качестве потенциального источника частных доходов. Причины того, почему Венгрии, в отличие от Кыргызстана, в конце концов, не удалось решить проблемы, вероятно, связаны с более широкомасштабным финансовым и политическим контекстом, и это не должны игнорировать руководители сферы здравоохранения.

## Литература

---

- Ádám G (1985). Az orvosi hálapénz története Magyarországon [The history of medical gratitude payment in Hungary]. *Mozgó Világ*, (3,4):56–69; 49–61.
- Ádám G (1986). *Az orvosi hálapénz Magyarországon [Medical gratitude payment in Hungary]*. Budapest, Magvető Kiadó.
- Ádám G (1989a). Gratuity for doctors and medical ethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 14:315–322.
- Ádám G (1989b). *Adóztatás után (Még egyszer az orvosi hálapénzről) [After taxation (medical gratitude payment revisited)]*. Budapest, Magvető Kiadó.
- Бесстремьянная Г., Шишкин С. (2005). Доступность медицинской помощи. В книге Овчарова Л. Ред., *Доходы и социальное обеспечение: неравенство, уязвимость, бедность*. Москва, Издательский дом Государственного университета — Высшей школы экономики: стр. 141–167.
- Bognár G, Gál RI, Kornai J (1999). *Hálapénz a magyar egészségügyben [Gratitude payment in the Hungarian health care system]*. Budapest, TARKI.
- Bondár É, Ékes I (1994). *Életmód, egészségi állapot és vélemények az egészségbiztosításról [Lifestyle, health status and opinion about the health insurance]*. Budapest, SZGTI.
- Buda B (1992). A hálapénz-szindróm; A magyar egészségügy különleges tünete nyomában [The gratitude payment syndrome; on the track of the special symptom of the Hungarian health care system]. *Replika*, 3(1–2):80–87.
- Central and Eastern European Health Network (2002). *Formal and informal household spending on health: a multicountry study in central and eastern Europe*. Boston, MA, Harvard School of Public Health International Health Systems Group.
- Checheibaev E (2004). *Did hospital restructuring lead to savings on utility expenditures?* WHO Health Policy Analysis Research Paper No. 27. Bishkek, World Health Organization.
- Чернец В., Чирикова А., Шишкин С. (2008). Неформальные платежи за медицинскую помощь: тенденции институциональных изменений. В кн. Под ред Шишкина С. *Российская система здравоохранения: мотивация врачей*



*и доверие населения.* Москва, Независимый институт социальной политики, стр.229–284.

Csaba I (1993). A hálapénz közgazdasági értelmezéséhez [To the economic interpretation of gratitude payment]. *Replika*, 95–107.

CSI (2008). *Consumer sentiment index project.* Moscow, Independent Institute for Social Policy (<http://ipn.socpol.ru/>, accessed 29 August 2008).

Delcheva E, Balabanova D, McKee M (1997). Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 42:89–100.

Ékes I (1987). *A lakosság egyes láthatatlan jövedelmei [The invisible incomes of the population]*. Budapest, Gazdaságkutató Intézet Statisztikai Kiadó Vállalat.

Ékes I (1993). A magyarországi rejtett gazdaságra vonatkozó 1992. évi felmérés és becslés [Estimation and survey on the hidden economy in Hungary in 1992]. In: Ékes I ed. *Rejtett gazdaság - láthatatlan jövedelmek [Hidden economy — invisible incomes]*. Budapest, Ékes Ildikó.

Ensor T (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science and Medicine*, 58(2):237–246.

Ensor T, Duran-Moreno A (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press:106–125.

Ensor T, Savelyeva A (1998). Informal payments for health care in the former Soviet Union: some evidence from Kazakstan. *Health Policy and Planning*, 13(1):41–49.

Ensor T, Witter S (2001). Health economics in low income countries: adapting to the reality of the unofficial economy. *Health Policy*, 57:1–13.

Falkingham J (2004). Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*, 58(2):247–258.

Feeley FG, Boikov V, Shishkin S (2001). *Household health expenditures in the Russian Federation*. Boston, MA, Boston University Center for International Health (<http://dcc2.bumc.bu.edu/RussianLegalHealthReform/ProjectDocuments/n1030.IIB3.Analysis.pdf>, accessed 20 September 2008).

Feeley FG, Sheiman IM, Shishkin S (1999). *Health sector informal payments in Russia*. Boston, MA, Boston University Press.

Gaál P (2004a). *Informal payments for health care in Hungary*. London, University of London, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Department of Public Health and Policy Health Services Research Unit.

Gaál P (2004b). *Health care systems in transition: Hungary*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems Policies.

Gaál P, McKee M (2004). Informal payments for health care and the theory of ‘inixit’. *International Journal of Health Planning and Management*, 19:163–178.

Gaál P, McKee M (2005). Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science and Medicine*, 60(7):1445–1457.

Gaál P, Evetovits T, McKee M (2006). Informal payments for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*, 77(1):86–102.

- Gaál P et al. (2006). Informal payments for health care: definitions, distinctions and dilemmas. *Health Politics, Policy and Law*, 31(2):251–293.
- Galasi P, Kertesi G (1991). A hálapénz ökonómiája [The economics of gratitude payment]. *Közgazdasági Szemle*, 37(3):260–278.
- Gfk Hungaria (2007). *Lakossági egészségfelmérés és gyógyszerhasználat 2007*. [Population health survey and the use of pharmaceuticals]. Budapest, GfK Hungaria Market Research Institute.
- Government of Hungary (2007). *Magyarország aktualizált konvergencia programja 2007–2011*. [The updated convergence programme of Hungary 2007–2011]. Budapest, Government of Hungary.
- Hungarian Central Statistical Office (1984). *Lakossági egészségügyi kiadások 1983* [Household health expenditures 1983]. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1993). *Household budget survey, 1989, 1991 (Data of 12 000 households)*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1994). *Household budget survey 2nd half of 1992 (Data of 5000 households)*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1995). *Household budget survey (Data of 8000 households)*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1996a). *Household budget survey 1994 II, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1996b). *Household budget survey 1995, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1997). *Household budget survey 1996, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1998a). *Rejtett gazdaság Magyarországon [Hidden economy in Hungary]*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1998b). *Household budget survey 1997, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (1999). *Household budget survey 1998, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2000). *Household budget survey 1999, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2001). *Household budget survey 2000, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2002a). *A magyar Nemzeti Egészségügyi Számlák (NESZ), 1998–2000 [Hungarian national health accounts (NHA), 1998–2000]*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2002b). *Household budget survey 2000, annual report*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2002c). *Yearbook of household statistics, 2001*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2003). *Statistical yearbook of Hungary 2002*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.

- Hungarian Central Statistical Office (2004). *Statistical yearbook of Hungary 2003*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2005). *Statistical yearbook of Hungary 2004*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2006). *Statistical yearbook of Hungary 2005*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Central Statistical Office (2007). *Statistical yearbook of Hungary 2006*. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.
- Hungarian Minister of Health (2008). *A Fidesz ígéretéseiről [About the promises of Fidesz]*. Budapest, Minister of Health of Hungary (<http://www.eum.hu/main.php?foldesID=35392&objectID=6003049>, accessed 18 January 2008).
- Jakab M (2007). *An empirical evaluation of the Kyrgyz health reform: does it work for the poor?* Cambridge, MA, Harvard University, Harvard School of Public Health Department of Health Policy and Management.
- Jakab M, Kutzin J (2008). *Improving financial protection in Kyrgyzstan through reducing informal payments: evidence from 2001–2006*. WHO Health Policy Analysis Research Paper No. 57. Bishkek, World Health Organization.
- Jakab M et al. (2008). *The basic benefit package and patient financial burden at the hospital level: an intermediate investigation*. WHO Working Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Lewis M (2000). *Who is paying for health care in eastern Europe and central Asia?* Washington, DC, World Bank Europe and Central Asia Region Human Development Sector Unit.
- Lewis M (2002). Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy explanations. In: Mossialos E et al. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press:184–205.
- McKee M, Chenet L (1997). Informing the market: the strengths and weaknesses of information in the British National Health Service. *Health Care Analysis*, (5):149–156.
- Marrée J, Groenewegen P (1997). *Back to Bismarck: eastern European health care systems in transition*. Aldershot, Avebury.
- Masopust V (1989). Bribes in health care and the patients' opinions. *Cesk-Zdrav*, 37:299–307.
- Medián (2008). *Zsebből menő egészség [Health out-of-pocket]*. Budapest, Medián (<http://www.median.hu/object.5f0ad37d-6ea6-4483-8e8c-fd851cabf721.ivy>, accessed 18 January 2010).
- Ministerial Council of Hungary (1987). 38/1987. (X. 12.) MT rendelet a magánszemélyek jövedelemadójáról szóló 1987. évi VI. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról [Decree No. 38/1987. (X. 12.) MT on the implementation of certain provisions of Act VI of 1987 on personal income tax]. Budapest, Ministerial Council of Hungary.
- Ministry of Health of the Kyrgyz Republic (2008). *Mid-term review report: Manas Talimi health sector strategy*. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.
- National Assembly of Hungary (1987). 1987. évi VI. törvény a magánszemélyek jövedelemadójáról [Act VI of 1987 on personal income tax]. Budapest, National Assembly of Hungary.

NOBUS (2003) [web site]. *NOBUS Russian Households Survey*. Washington, DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/VWPUL3S9F0>, accessed 14 February 2004).

Petschnig M (1983). Az orvosi hálapénzről — nem etikai alapon [About medical gratitude payment — not on a moral basis]. *Valóság*, 11:47–55.

RLMS (2004) [web site]. *Russia Longitudinal Monitoring Survey*. Chapel Hill, NC, University of North Carolina, Carolina Population Center (<http://www.cpc.unc.edu/rllms/>, accessed 31 March 2005).

Roberts MJ et al. (1998). *Diagnostic approaches to assessing strength, weaknesses, and change of health systems*. Washington, DC, Harvard University Economic Development Institute of the World Bank.

Shahriari H, Belli P, Lewis M (2001). *Institutional issues in informal health payments in Poland: report on the qualitative part of the study, health, nutrition and population*. Washington, DC, Population Reproductive Health Thematic Group of the World Bank.

Shishkin S et al. (2003). *Informal out-of-pocket payments for health care in Russia*. Moscow, Moscow Public Science Foundation Independent Institute for Social Policy.

Szabó F (1973). *Orvosetikai kérdésekről [Issues in medical ethics]*. Budapest, Medicina.

Szende A, Cuyler AJ (2006). The inequity of informal payments for health care: the case of Hungary. *Health Policy*, 75(3):262–271.

Szinapszis Kft (2007). *Átfogó egészségpolitikai kutatás Magyarországon a 2007-es törvényi változások tükrében [Comprehensive health policy research in Hungary in light of the legal changes of 2007]*. Debrecen, Szinapszis Kft.

Thompson R, Witter S (2000). Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform. *International Journal of Health Planning and Management*, 15:169–187.

Tóth I, Kádár T, Balogh J (1971). Vizsgálatok a lakosság és az egészségügyi ellátás kapcsolatainak szociológiai megközelítésére a fővárosban [Sociological research on the relationships between the people and the health services in the capital]. *Népegészségügy*, 52:333–338.

Włodarczyk WC, Zajac M (2002). Poland. In: Fried BJ, Gaydos LM. *World health systems: challenges and perspectives*. Chicago, IL, Health Administration Press and AUPHA Press:279–299.



## **Улучшение подотчетности в учреждениях финансирования здравоохранения**

*William D. Savedoff, Hernan L. Fuenzalida-Puelma*

### **А. Введение**

Структуры систем здравоохранения стран ЦЕ/ВЕКЦА претерпели радикальные изменения как в плане оказания медицинских услуг, так и в плане их финансирования. В основном реформы фокусировались на мобилизации ресурсов для испытывающих нехватку средств систем, поиске новых способов управления персоналом и учреждениями и разрушении централизованных форм руководства. Эти насущные вопросы здравоохранения остаются актуальными, в то время как указанные страны боролись с последствиями грандиозной перестройки своих обществ в результате заката эры коммунизма, которая зачастую сопровождалась экономическим кризисом, политической нестабильностью и даже конфликтами с применением силы.

Непросто решить эти насущные вопросы финансирования и управления здравоохранением. Для того чтобы эти системы здравоохранения хорошо функционировали и легко адаптировались к изменяющимся обстоятельствам, ими необходимо эффективно управлять. Это, в свою очередь, требует надлежащего функционирования механизмов прозрачности, т.е. генерирования и распространения полезной информации о результатах деятельности, и подотчетности, т.е. передачи информации о результатах деятельности заинтересованным сторонам, имеющим полномочия требовать надлежащего управления.

Системы здравоохранения в мире достаточно неоднородны, даже среди стран с переходной экономикой есть значительные различия. Поэтому не существует самого хорошего метода управления. Но, по крайней мере, можно выделить три общих модели управления, связанные с разными структурами систем здравоохранения. Первая основывается главным образом на политических процессах и наблюдается в системах здравоохранения с преимущественно общественной системой оказания медицинской помощи (например, Швеция, Коста-Рика). Вторая модель основывается на комбинации механизмов частной подотчетности и общественного регулирования (например, кодексы корпоративного управления и органы, регулирующие медицинское страхование, в США или Чили). Третья модель включает в себя смесь политических и социальных процессов, управляющих автономными субъектами социального страхования, и в основном наблюдается в большинстве стран Западной Европы.

Среди стран ЦЕ/ВЕКЦА некоторые (например, Эстония) совершенно определенно движутся к модели с автономными субъектами социального страхования. Другие страны (такие как Кыргызстан и Республика Молдова) имеют преимущественно общественную систему, управляемую посредством политических процессов, с учреждением национального страхового фонда, которая имеет много общего с субъектами, управляемыми посредством сочетания политических и социальных механизмов. Там, где система государственного финансирования распалась и преобладают личные платежи пациентов (например, в Таджикистане), кажется, что невозможно достичь надлежащего уровня подотчетности посредством методов политического руководства, общественного регулирования или рыночных механизмов. Большинство стран с переходной экономикой создали институт медицинского страхования с различной степенью автономности и отвели им роль ключевых участников систем здравоохранения. Управление этими новыми институтами страхования — непростая задача.

В данной главе мы будем исходить из того, что независимо от принятой модели все из рассматриваемых стран могут выиграть непосредственно от решения проблемы прозрачности и подотчетности учреждений финансирования здравоохранения и их улучшения. Сфокусируемся на управлении автономными учреждениями медицинского страхования, как с точки зрения их структурных характеристик, так и их отношений с другими важными участниками, такими как МЗ и поставщики услуг здравоохранения<sup>103</sup>. В данной главе не рассматривается весь спектр вопросов управления. Вместо этого делается акцент на том, как учреждения медицинского страхования

<sup>103</sup> Фокус на учреждениях медицинского страхования неизбежно привлекает внимание к финансированию медицинских услуг, оказываемых на индивидуальном уровне, направленных на профилактику, лечение и контроль заболеваний и поддержание душевного и физического благополучия, в отличие от учреждений, финансирующих услуги, оказываемые на популяционном уровне, такие как эпидемиологический надзор, общественное просвещение или мероприятия по защите окружающей среды.

могут быть привлечены к ответственности за свою деятельность, одновременно пытаясь не уйти от обсуждения вопросов подотчетности в более широком контексте вопросов управления.

Глава начинается с краткой исторической дискуссии о том, как модели финансирования здравоохранения и способ их управления развивались в разных частях мира, отмечая тот факт, что страны с переходной экономикой реформируют свои системы в абсолютно разных контекстах. Далее в главе рассматриваются вопросы развития подотчетности, в частности о том, как развивалась система подотчетности финансовых учреждений как в секторе здравоохранения, так и за его пределами. Затем глава описывает заинтересованных лиц и отношения, которые обуславливают управление учреждениями финансирования здравоохранения, после чего представляет конкретные механизмы, используемые на местах для управления этими конкурирующими силами.

## **В. Эволюция финансирования здравоохранения и управления**

Изначально медицинские услуги либо добровольно предоставлялись традиционными целителями и акушерками, либо оплачивались подарками или денежными средствами. По мере развития медицинских профессий появлялись новые учреждения для компенсации непредвиденных расходов, будь то в форме обществ взаимопомощи, медицинских кооперативов или предварительных платежей. В конце XIX века, эти частные добровольные механизмы финансирования здравоохранения продолжают развиваться, но в более богатых странах мира их постепенно заменило создание и расширение общественных систем финансирования здравоохранения. Позже в частной сфере появились коммерческие страховщики, предлагавшие схемы возмещения расходов в случае госпитализации, несчастных случаев и необходимости в других видах медицинской помощи. Управление такими частными финансовыми механизмами было (и остается) различным, отражающим многообразие механизмов и множественность законов, которые регулируют их деятельность.

Частное финансирование в большинстве более богатых стран мира было заменено появившимися двумя ключевыми инновациями в общественной сфере здравоохранения. Первая — создание системы социального страхования, которое началось в конце XIX века в Западной Европе и широко распространилось в Америке в XX веке. Основные характеристики такого вида финансирования включают обязательные взносы, начисляемые с заработной платы, управляемые некоммерческими автономными страховщиками. Обычно страховщик возмещает расходы поставщикам медицинских услуг, которые



являются независимыми учреждениями. Также в основном страховые компании подотчетны двух- или трехсторонним комитетам, состоящим из представителей работодателей, рабочих и, возможно, государства (Busse, Saltman and Dubois 2004; Saltman and Dubois 2004).

Вторая инновация заключалась в создании служб общественного здравоохранения на национальном уровне. Впервые она появилась в Советском Союзе в 1920-х гг. и позже — в измененной форме — в Британии и других частях Соединенного Королевства. Основные характеристики такого вида финансирования включают интеграцию финансового управления в процесс составления государственного бюджета и бюджетное финансирование, управляемое правительственными агентствами, подотчетными исполнительным органам власти (Mossialos et al. 2002; Savedof 2004).

Эти две главные инновации в системе финансирования здравоохранения — социальное страхование и национальные службы общественного здравоохранения — появились из основных социальных тенденций, в том числе индустриализации и сопутствующей трансформации трудовых отношений; расцвета профсоюзов и коллективных переговоров, политической борьбы за повышение роли государства в регулировании общества и обеспечении безопасности. Период их появления также характеризовался ограниченными возможностями и относительно недорогими медицинскими технологиями. Фактически медицинское страхование занимало гораздо меньшую долю в затратах на социальное обеспечение по сравнению с выплатами по безработице, пенсиями и потере кормильца.

На сегодняшний день опыт стран с переходной экономикой абсолютно отличается от опыта стран Западной Европы или Латинской Америки последнего века. Вместо того, чтобы развиваться из систем добровольного и частного финансирования, страны с переходной экономикой движутся по направлению от высоко централизованных систем<sup>104</sup> к децентрализованным или даже рыночным. Следовательно, они сталкиваются с необходимостью создания новых организационных структур там, где на протяжении десятков лет отсутствовали механизмы прозрачности и подотчетности, необходимые для управления финансированием здравоохранения. Более того, у них в принципе не хватает тех движений, которые привлекали гражданское общество к управлению социальным страхованием в Западной Европе и Латинской Америке. Там, где в XX веке расцветало социальное страхование, это происходило на фоне растущего благосостояния стран и уверенности в роли государства в качестве гаранта базовых социальных прав. На сегодняшний день в странах ЦЕ/ВЕКЦА, напротив, учреждения финансирования здравоохранения создаются в обстановке осторожного, если не враждебного, отношения общества к решениям, требующим централизации на уровне государства, из-за ассоциаций с эрой коммунизма.

<sup>104</sup> Даже если — особенно что касается большинства стран ЦЕ, как отмечено в Davis (Глава 2), — эта перемена будет означать частичное возвращение к системе, появившейся до 1945 г.

В общем, базовые модели управления финансированием здравоохранения в странах с переходной экономикой схожи с моделями, впервые испытанными в Европе, Северной и Южной Америке: политические процессы внедряются в системы финансирования, управляемые государством, механизмы частной подотчетности существуют наряду с государственным регулированием в рыночных системах, и регулируемое представительство социальных участников управляет квази-общественными учреждениями. В зависимости от структуры финансирования здравоохранения наиболее подходящими будут уроки из опыта одной или нескольких из этих моделей. Тем не менее в процессе улучшения управления финансированием страны с переходной экономикой обязательно столкнутся с проблемами, отличными от тех, с которыми сталкивались страны других регионов, из-за явно разных исходных точек (таких как разрушение высоко централизованных служб общественного здравоохранения) и значительных различий в политической обстановке (например, скептицизм в отношении участия правительства).

## **С. Эволюция корпоративного управления и ее уроки**

Важные уроки можно извлечь из разного опыта управления финансированием здравоохранения в странах, которые первыми испытали эти учреждения: управление финансовыми учреждениями, поставщиками медицинских услуг, государственными и частными корпорациями. Организации финансирования здравоохранения в первую очередь являются финансовыми учреждениями. Если они не регулируются таким же образом, что и другие финансовые институты (такие как банки, страховые компании), то нельзя ожидать, что они покажут хорошие результаты в тех конкретных аспектах, которые являются уникальными для страхования и финансирования здравоохранения. Опыт управления финансового сектора может иметь самое непосредственное отношение к системам финансирования здравоохранения с многочисленными участниками и рыночными механизмами, но также полезен в системах, в которых участвуют прямые государственные расходы.

Организации финансирования здравоохранения должны отвечать не только за свои финансовые показатели (например, платежеспособность, административную эффективность), но и за обеспечение «реальной ценности деге». В данном случае «ценность» означает *«качественные медицинские услуги для тех, кто включен в охват услугами»*. Таким образом, уроки регулирования управления предоставлением услуг и закупки также важны.

Поскольку государственные средства в целом играют значительную роль в области финансирования здравоохранения, уроки по управлению *государственными учреждениями* также чрезвычайно важны. Финансирование здравоохранения государственными и квазиобщественными учреждениями уязвимо для многих из тех же проблем неэффективности, захвата или коррупции, которые возникают в других общественных секторах (Savedoff and Hussmann 2006). Таким образом, опыт улучшения общественных услуг путем обеспечения большей гласности, прозрачности и подотчетности является также действительно актуальным (World Bank 2004).

С середины 1990-х гг. во всем мире появился интерес к *корпоративному управлению*, ставший доминирующей темой для корпораций, надзорных/регулирующих органов и широкой общественности. Были использованы многие подходы для повышения эффективности управления, в основном с упором на конкретные механизмы подотчетности и связанные с ними требования к прозрачности. Например, Международная финансовая корпорация Всемирного банка определяет корпоративное управление как структуры и процессы, напрямую управляющие компаниями и контролирующие их (World Bank 1994). Таким образом, управление касается отношений между руководством, советом директоров, контролирующими акционерами, мелкими акционерами и другими заинтересованными сторонами. Надлежащее корпоративное управление способствует устойчивому экономическому развитию путем улучшения производительности компаний и расширения их доступа к «внешнему» капиталу.

Усилия по улучшению управления финансовыми учреждениями, как правило, сосредоточены на банковской и страховой сферах, практически игнорируя медицинское страхование (не важно, понимается ли оно при этом как медицинское страхование в общем, как социальное обеспечение или как prepaid планы и другие схемы финансирования здравоохранения). Например, в Принципах корпоративного управления ОЭСР медицинское страхование даже не упомянуто, так же как и в Нормах и методических рекомендациях Международной ассоциации органов страхового надзора (МАОСН). Такая ситуация с отсутствием внимания начинает исправляться с помощью исследований Всемирного банка по адаптации норм страхования МАОСН к медицинскому страхованию.

Из четырех различных видов управления (финансового, поставщиков медицинских услуг, государственных и частных корпораций) решение вопросов управления в финансовом и частном корпоративных секторах имеет самую длинную историю. Начиная с XIX века во многих странах начало развиваться законодательство для защиты интересов акционеров. Оно разрабатывалось исходя из того, что акционеры должны адекватно контролировать директоров, которых они назначили (и могут уволить). Следовательно, как минимум, нужны были требования, кодексы и правила управления, касающиеся по-

ведения директоров. Случаи злоупотребления или плохого управления директорами фактически рассматривались как ответственность акционеров, которые их назначили.

По мере того как публичные учреждения диверсифицировали свою структуру собственности и директора становились все более удаленными от своих акционеров, разрабатывались законы и нормативные акты для защиты интересов мелких акционеров и повышения отчетности директоров путем четкого определения их квалификации и сферы ответственности. Получившиеся в результате концепции и практики, определяющие обязанности директора перед акционерами и общественностью, проникли и в государственные, и в частные компании и во многих случаях включали личную ответственность за нарушение обязанностей при подписании документов без учета их целей (таких как передача корпоративных активов, бланки разрешения исполнительному руководству). В большинстве стран директора в настоящее время несут ответственность за активное выполнение своих обязанностей и расследование случаев бесхозяйственности или злоупотребления со стороны менеджеров компаний. Также были разработаны условия для делегирования полномочий, согласно которым их делегирование должно быть обоснованным и конкретным.

В дополнение к разработке законов и нормативных актов, направленных на усиление отчетности директоров, правительства расширили надзор за поведением компаний с помощью таких мер, как лицензирование, минимальные требования к капитализации, платежеспособности и отчетности; сдерживание использования положения об ограниченной ответственности, защита кредиторов, а также уголовная ответственность за противоправную и мошенническую деятельность. Эти меры реализуются либо одним объединенным органом (например, Комиссия по финансовым услугам Соединенного Королевства), либо различными отдельными контролирующими и регулируемыми органами (страхового надзора, банковского надзора, надзора медицинского страхования). Эти учреждения имеют право проводить аудит и расследования, штрафовать, закрывать или возбуждать судебные разбирательства против корпораций в суде.

Принятие необязательных кодексов является одной из самых последних разработок в управлении финансовыми и частными корпоративными учреждениями. Такие кодексы определяют границы ответственности акционеров, директоров и менеджмента и, как правило, являются необязательными. Тем не менее такие кодексы становятся широко признанной нормой, они могут получить юридическую силу, когда регулирующие органы и суды начнут использовать их в качестве ссылки при принятии решений по делам о должностных преступлениях. Заинтересованность в улучшении управления в настоящее время принимает международные масштабы благодаря таким инициативам, как Принципы корпоративного управления ОЭСР (OECD 2004) и Методические рекомендации по управлению страхованием (OECD 2005).

## **D. Управление, прозрачность и подотчетность учреждений финансирования здравоохранения**

Несмотря на все это внимание, уделяемое руководству, прозрачности и подотчетности, не существует однозначно общепринятых определений. Кроме того, импорт понятий и терминов из других правовых, экономических и институциональных областей и включение их в новые настройки является сложным процессом, к которому следует подходить с осторожностью. Например, Wyatt (2004) утверждал, что одним из серьезных препятствий на пути совершенствования руководства в странах с переходной экономикой является проблема перевода слова «governance» на местные языки.

Принимая во внимание эти предупреждения, для наших целей *руководство* (governance) может быть определено как социальные институты, которые влияют на поведение организации. Что касается учреждений медицинского страхования, эти социальные институты включают в себя государственное законодательство, регулирование и надзор, каналы для обеспечения представительства налогоплательщиков, работодателей, работников и других групп в директивных органах, а также отношения с организованными поставщиками медицинских услуг (обзоры множества значений руководства в области здравоохранения можно найти в Dodgson, Lee and Drager 2002; Chinitz, Wismar and Le Pen 2004; and Kempa, Shearing and Burris 2005).

Определенное таким образом руководство имеет по крайней мере, два различных уровня (Svedoff 2008). На самом широком уровне политические дебаты, общественные движения и переговоры между основными заинтересованными сторонами отстаивают правила, согласно которым будут работать учреждения финансирования здравоохранения. Этот уровень включает в себя характеристики отношений между учреждением финансирования здравоохранения (страховщиком или государственным учреждением) и исполнительной, судебной и законодательной ветвями власти, ее членами, любыми другими плательщиками (такими как работодатели), поставщиками медицинских услуг и другими страховщиками (например, конкурентами, если таковые имеются). На этом уровне социальные игроки принимают решения, касающиеся, например, того, является ли финансирование здравоохранения ответственностью государственного органа или автономного страховщика; или будут ли цены на медицинские услуги устанавливаться посредством технических формул или процесса коллективных переговоров.

На втором уровне руководство предполагает реализацию этих правил, уделяя внимание механизмам, которые используются для подотчетности учреждений финансирования здравоохранения. Эти механизмы включают в себя такие аспекты, как процесс выборов членов совета директоров, масштаб и стиль государственного надзора, сфера управленческой компетенции при определении льгот, уровня взносов

и заключении контрактов; вместе с требованиями к финансовой отчетности и аудиту.

Здесь руководство имеет два ключевых интересующих нас аспекта: прозрачность и подотчетность. *Прозрачность* подразумевает институты, обеспечивающие полезную информацию о своих действиях широкому кругу заинтересованных сторон, в том числе советам, инвесторам, руководителям, регулирующим органам и широкой общественности. При этом недостаточно просто опубликовать непроверенные данные о деятельности учреждения. Должна быть распространена надежная и точная информация, имеющая отношение к принятию решений и постановлений в отношении результатов деятельности, причем в понятной и доступной для использования всеми участниками форме. Что касается корпораций, это влечет за собой отчетность по всем видам деятельности, финансового и нефинансового характера, таким образом, чтобы деятельность корпорации легко прослеживалась и документально подтверждалась при проверке со стороны независимых технических комитетов и аудиторов, а также наглядно демонстрировала соблюдение корпорацией требований регулирования и надзора. Без прозрачности менеджеров, директоров и сотрудников нельзя привлечь к ответственности за их действия из-за недостатка информации, по которой можно судить о результатах их деятельности.

*Подотчетность* основывается на том, что отдельные лица могут быть привлечены к ответственности за свои действия, влияющие на деятельность организации или филиалов, которыми они управляют. Она включает в себя предоставление надежной информации о результатах деятельности организации тем, кто непосредственно заинтересован в хороших результатах, в основном акционерам, членам совета или налогоплательщикам, и в особенности тем, у кого есть полномочия нанимать и увольнять главных должностных лиц или пересматривать и устанавливать обязательные политики организации. В этом состоит одно из существенных отличий ФМС в странах ЦЕ/ВЕКЦА от фондов Западной Европы. Так как правительство в целом создавало эти фонды с небольшой долей участия других социальных участников, у них не хватает независимых спонсоров. Следовательно, правительство по-прежнему остается ключевой заинтересованной стороной с властью над ФМС, даже если они номинально являются независимыми. Такой механизм может быть выгодным, когда с его помощью фонды становятся подотчетными эффективному представительному правительству. Однако ограниченной независимостью могут также злоупотреблять правительства, которые хотят вмешиваться в управление ФМС с целями, не связанными со сферой полномочий фонда. В Казахстане, например, автономный ФОМС был подотчетен управляющему совету, который подчинялся непосредственно премьер-министру Казахстана. Тем не менее состав и деятельность совета не были прозрачными, и ФОМС использовался для других целей. Обвинения в коррупции были одной из ключевых причин, по которым система медицинского страхования была отменена после всего лишь двух лет существования (Kutzin and Cashin 2002). Такому вмеша-

тельству способствуют трудности установления четких целей в секторе здравоохранения и в рамках процесса мониторинга.

В контексте сложной матрицы вопросов руководства механизмы подотчетности играют центральную роль. В случае с частными корпорациями эти механизмы имеют тенденцию к прямоте и делимости. Руководство корпорации подотчетно перед своими акционерами через назначение ими членов совета директоров и их решениями относительно продажи или покупки акций. Оно также подотчетно перед обществом через механизм государственной регуляции принятых экологических, трудовых и рыночных поведений.

Учреждения медицинского страхования также имеют ряд механизмов отчетности, но они обычно не такие прямые и не такие четкие. Например, страховщик может иметь членов совета, представляющих бенефициаров, работодателей и правительственные агентства, и в то же время он является субъектом правительственного надзора и регулирования, находится под давлением бенефициаров, которые могут воспользоваться своим правом и выбрать другой фонд, одновременно ведя переговоры с ассоциациями поставщиков по условиям оплаты и качеству предоставляемых медицинских услуг<sup>105</sup>.

Не существует очевидного метода категоризации различных механизмов достижения подотчетности, хотя общие правила довольно просты: скоординировать стимулирующие факторы и обеспечить доступность и прозрачность информации. Можно предложить множество разных схем для организации анализа механизмов подотчетности. Для наших целей имеют особое значение три параметра (по Preker and Harding 2003; World Bank 1997; Williamson 1999; World Bank 1996):

- механизмы представительства;
- формы и объемы государственного надзора;
- прозрачность и информационные требования.

*Конкретный механизм представления интересов*, в том числе владельцев, а иногда и незаинтересованных сторон, потребителей, работников или поставщиков медицинских услуг, будет иметь важное влияние на подотчетность страховщика. Представление интересов потребителей и работников может быть косвенным, как в случае, когда страховые агентства напрямую работают как часть правительства, или прямым, как в случае с потребительскими или медицинскими кооперативами. Обычно страховые компании управляются советом директоров, чьи члены избираются акционерами, работодателями или бенефициарами. Выборы могут проводиться напрямую или опосредованно через профсоюзы и ассоциации работодателей. Срок может быть длинным или коротким, замена может осуществляться синхронно или по скользящему графику. Срок полномочий, этические нормы и размер компенсации также варьируются. При принятии решения о механизмах выбора и руководства советом необходимо учитывать, что каждый вариант влияет на степень независимости, предоставляемую членам

<sup>105</sup> Остальная часть данного раздела взята из Savedoff 2008.

совета, и стимулы, на которые они ориентируются при управлении учреждением. Например, при коротких сроках члены совета могут быть более чувствительны к требованиям тех, кто выбрал или избрал их. Но при этом они могут фокусироваться на краткосрочных результатах, а не на обеспечении долгосрочной устойчивости.

*Государственный надзор* — еще одно средство привлечения к ответственности страховщика за его деятельность. В некоторых странах страховщики работают на относительно неограниченном рынке, а государственный надзор ограничивается контролем исполнения контрактов и следования базовым фидуциарным обязательствам. Как другая крайность, страны с законами и/или нормативными актами, устанавливающими строгие условия деятельности, включая стандартизацию контрактов, определение базового плана медицинского страхования, требования к страховщикам принимать любого заявителя независимо от его состояния здоровья, установление премий, и/или требования к наемным поставщикам услуг, чтобы они соответствовали стандартам качества обслуживания (Saltman, Busse and Mossialos 2002).

Государственный надзор может осуществляться посредством прогнозных оценок либо реального аудита. Функция надзора может быть возложена на конкретное правительственное агентство, квазиправительственное агентство или делегирована частному учреждению. Финансирование надзорного агентства может осуществляться из государственных бюджетов, из налогов на премии или через прямые взносы регулируемых страховщиков (Maarse, Paulus and Kuiper 2005).

И наконец, *прозрачность* является очень важным фактором для подотчетности. Степень подотчетности страховщиков может регулироваться через виды информации, которую они должны собирать и либо опубликовывать, либо предоставлять регулирующим органам. В общем, чем больше степень открытости информации, тем сильнее ответственность страховщика; однако сбор и публикация информации в готовом к использованию виде может дорого стоить. В большинстве случаев политики пытаются установить стандарты предоставления информации, которые позволяют и потребителям, и регулирующим органам привлекать страховщиков к ответственности за принятие добросовестных решений на временной основе без накопления неподъемной ноши. Стандарты финансовой отчетности могут быть простыми и ориентированными на доказательство факта ликвидности страховщика. Однако в настоящее время стандарты отчетности в медицинских учреждениях находятся на примитивном уровне развития и являются более сложными.

В общем, способ руководства страховщиком зависит существенно от механизма предоставления интересов в его совете, форм и объемов государственного надзора и информации, касающейся требований к отчетности. Хотя в литературе и на жизненном опыте предлагается масса идей о преимуществах и недостатках тех или иных мер, большинство из таких «уроков» на самом деле являются гипотезами, требующи-



ми проверки на практике. В следующих разделах мы рассмотрим по порядку эти три аспекта руководства.

## Е. Представление интересов

Страны с переходной экономикой имеют разный опыт использования правлений (управляющих советов) для контролирования ФМС. Они также расходятся в развитии надлежащего корпоративного управления в частном секторе.

ЭФМС имеет совет, который на первый взгляд функционирует довольно эффективно, получая высокие оценки за прозрачность в смысле информационной отчетности и административной эффективности (Habicht 2008)<sup>106</sup>. И наоборот, наблюдательный совет бывшего единого государственного ФСС, который управлял государственным финансированием здравоохранения в Грузии с 1997 по 2007 г., редко эффективно справлялся (фактически бездействовал) с оперативными и административными задачами (интервью автора в 2005 г. с действующим в то время заместителем генерального директора бывшего государственного единого ФСС).

Часть этих трудностей могут вытекать из отсутствия традиции эффективного коллективного принятия решения в этих странах. Несмотря на повсеместное использование комитетов в бывших советских странах, только немногие люди в каждом случае эффективно доминировали в процессе принятия решений. Пассивность являлась нормой для членов комитетов, их задача больше заключалась в том, чтобы разбавить ответственность, нежели усилить ее. Следовательно, во многих странах сильные личности, назначенные посредством политических процессов, продолжают контролировать по большому счету формальные и пассивные советы. В других странах культура коллективного принятия решений только развивается, активно втягивая лиц, представляющих конкурирующие интересы и перспективы.

Другая отличительная черта правлений, которые с трудом развивались в странах с переходной экономикой, — разделение функций, а именно функций надзора и по принятию решений на политическом уровне от функций управления, таких как планирование, администрирование и функционирование. Обычной ролью главного должностного лица или генерального директора является участие в собраниях правления с правом голоса или без; выполнение функций официального *секретаря собрания*; подготовка повестки дня и протоколов и ис-

<sup>106</sup> Например, ЭФМС пять раз получал звание «флагман финансовой отчетности среди организаций общественного сектора» за предоставление наиболее прозрачной и понятной ежегодной отчетности в общественном секторе Эстонии. Он также удостоивался признания за отличное руководство европейским фондом управления качеством, который присвоил ЭФМС звание «Признанное высокое качество» (ENIF 2007, 2008).

полнение решений правления. Предоставление руководителям права голоса на правлении создает конфликт интересов, потому что при таких обстоятельствах они фактически исполняют роль наблюдательного органа в отношении самих себя. Основные функции правления — привлекать руководителей к ответственности за их деятельность, рассматривать и выбирать курс действий на основании критики их деятельности и принимать решения по вопросам компенсаций, найма и увольнения. Ни один руководитель не должен иметь возможности влиять на решения правления по этим вопросам.

Назначение врачей в правления, иногда даже в качестве председателей, противоречиво. В некоторых странах обязательно участие врача при управлении учреждениями финансирования здравоохранения, для внедрения в директивные органы процесса технической экспертизы медицинского обслуживания. Однако врачи зачастую имеют ряд личных и профессиональных интересов, которые влияют на решения ФМС, тем самым приводя к конфликту интересов. Были зафиксированы случаи, когда конкретный врач искажал информацию, чтобы получить дотацию себе, своей больнице или производителям фармацевтических товаров или оборудования, с которыми у него есть контракты (Transparency International 2006). Даже если у врача нет определенного личного интереса, зачастую он может просто доминировать в обсуждении вопросов повестки дня, ссылаясь на свой профессиональный опыт, а также влиять на решения в пользу интересов поставщика, а не бенефициаров или налогоплательщиков. Таким образом, каждая страна должна взвесить все преимущества и недостатки привлечения врачей в управление финансированием здравоохранения. Как минимум, кодексы управления должны четко определять конфликты интересов и процедуры, которым необходимо следовать в отношении раскрытия информации, дисквалификации и отстранения врачей, работающих на таких ответственных должностях.

Конфликты интересов усложняются и компрометируют надлежащее управление, когда генеральные управляющие учреждений финансирования общественного здравоохранения также являются врачами. Когда врачи также являются генеральными управляющими государственных и частных больниц, интересы поставщиков представлены широко и не уравновешиваются сильными лидерами, представляющими пациентов, их семьи или налогоплательщиков.

Конфликт других интересов возникает в отношениях между государственным надзором и деятельностью автономных ФМС. В большинстве случаев политические силы преодолевают барьеры, созданные в структуре управления. Например, фонды не должны отклоняться от функций, явно отнесенных к миссии страхователя, в направлении политической власти, что, к сожалению, произошло в некоторых странах ЦЕ/ВЕКЦА. Вместо этого учреждения медицинского страхования должны быть ответственны за исполнение своих мандатов, т.е. направлять свои средства на покупку медицинских услуг для своих членов и на мероприятия, необходимые для поддержки эффективно-

го руководства и управления страховым обеспечением. В зависимости от мандата страховщика, он может также осуществлять финансирование профилактических мероприятий, которые компенсируют будущие обязательства страхового фонда путем сокращения рисков заболеваемости среди застрахованных лиц.

Законы о целях управляющих органов должны быть четкими, определяя в том числе правила деятельности, права и обязанности директоров; отношения между правлением и руководством; а также конкретные роли и обязанности правлений в обеспечении прозрачности, подотчетности и ответственности руководства. В некоторых случаях кажется, что министры здравоохранения только разглагольствуют об автономии фондов и их правлений, в то же время давая прямые указания руководству о том, что финансировать и для кого. Будучи бдительными в деле защиты от такого вмешательства, важно также убедиться, что фонды несут ответственность перед общественностью и не слишком изолированы от внешнего контроля.

## **Г. Государственный надзор и регулирование**

Надзор и регулирование важны для руководства. В большинстве стран законодательная власть отвечает за обеспечение общего направления государственного надзора в отношении учреждений медицинского страхования. В том числе она устанавливает обязанности медицинских страховщиков, процесс развития норм и инструментов, доступных регулирующим органам в процессе контроля и обеспечения выполнения соответствующих требований. Последние функции обычно являются обязанностью министерств здравоохранения и финансов или специализированных агентств, но в случае, если вовлечены социальные партнеры (например, профсоюзы или ассоциации работодателей), они также могут играть значительную роль. Здесь возникает одна сложность в том, что техническая экспертиза при осуществлении надзора за институтами медицинского страхования зачастую делится между агентствами, занимающимися финансовой экспертизой (министерства финансов), и агентствами по экспертизе в отношении защиты прав потребителей и надлежащего качества медицинской помощи.

Существуют различные методы, используемые странами для организации надзора и регулирования учреждений финансирования здравоохранения: (1) медицинское страхование может быть поручено (генеральному) органу страхового надзора; (2) медицинское страхование может контролироваться и регулироваться специализированными автономными органами надзора; (3) медицинское страхование может быть предметом надзора специальных объединенных ведомств по страхованию и здравоохранению; (4) все формы финансирования здравоохранения (государственные и частные), а также поставщики

медицинских услуг могут контролироваться и регулироваться одним органом; либо (5) МЗ или региональные/местные органы власти могут контролировать схемы медицинского страхования сами.

Многие правительства стран ЦЕ/ВЕКЦА высоко централизованны и с трудом передают полномочия автономным надзорным и регулирующим органам. Однако некоторая доля автономии, возможно, очень важна для успешного надзора и регулирования. Тем не менее автономия не должна быть полной или применяться ко всем функциям. Например, при выполнении более общих функций, таких как установление правил, меньше шансов злоупотребления — и их можно сохранить за правительством, — чем при исполнении более узких функций, таких как проведение проверок и аудита.

По мере развития учреждений финансирования здравоохранения также менялись и надзирающие и регулирующие их государственные институты. В этом отношении в большинстве стран мира отмечается тенденция к консолидации как учреждений финансирования здравоохранения, так и соответствующих надзорных органов. Среди стран ЦЕ/ВЕКЦА как пример можно привести Эстонию и Польшу, которые обе объединили свои бывшие региональные больничные кассы (см. главу 5). В некоторых странах кульминацией стало создание единого надзорного органа для всех форм медицинского страхования, общественного и частного, коммерческого и некоммерческого. Все чаще эти надзорные органы также несут ответственность за контроль квалификации медицинского персонала и качества медицинских услуг. Например, орган финансирования здравоохранения Словакии контролирует и регулирует все общественные медицинские страховые компании и всех поставщиков медицинских услуг. Так же и в Нидерландах в рамках последней реформы здравоохранения были созданы автономные органы регулирования финансовых и медицинских аспектов медицинских страховщиков страны. В других случаях регулирование финансовых аспектов ФМС совмещено с регулированием других финансовых институтов, в то время как ответственность за аспекты, непосредственно касающиеся качества медицинских услуг, остается за другим органом. Независимо от своей организации регулирующим органам необходима соответствующая экспертиза для решения и финансовых, и медицинских вопросов.

Функции государственного надзора варьируются от страны к стране. Значительнее всего различия между странами с одним медицинским страховщиком и странами с множеством медицинских страховщиков. Обычно такие функции включают в себя:

- соблюдение законодательства для создания соответствующих норм, требований или условий для деятельности учреждения финансирования здравоохранения;
- поддержание диалога с регулируемыми учреждениями в целях улучшения соблюдения законодательства;
- предоставление технической помощи для соответствия с законодательством;

- установление стандартов для предоставления доступной для общественности информации;
- установление стандартов для отчетности перед надзорными органами (которая может носить конфиденциальный характер);
- проведение периодических и регулярных проверок для выявления проблем;
- проведение случайных проверок и расследований для целей информационной политики и стратегий обеспечения выполнения требований, а также
- управление процедурами рассмотрения жалоб или передачи дел на судебное рассмотрение.

Это не исчерпывающий перечень, и не все эти функции являются необходимыми при конкретных обстоятельствах. Тем не менее этот перечень отображает ряд инструментов, которые входят в компетенцию государственных учреждений надзора. Многие из них, включая диалог и отчетность, играют роль в обеспечении прозрачности.

## G. Элементы прозрачности

До сих пор отчетность обсуждалась с точки зрения прямых обязанностей членов правления и правительства запрашивать информацию, оценивать деятельность, а также принимать решения о политике, компенсации и найме/увольнении руководителей. Прозрачность в таких прямых механизмах ответственности требует особых форм отчетности для того, чтобы правления могли адекватно определить, придерживается ли руководство установленной политики.

Однако чтобы убедиться, что ФМС действуют надлежащим образом, необходимы дополнительные проверки и балансы. Для этого информация о деятельности и мероприятиях должна быть распространена за пределы прямой цепи подотчетности для привлечения других заинтересованных сторон — общественности, средств массовой информации и групп гражданского общества.

Регулярные общественные слушания о работе учреждений финансирования здравоохранения могут предоставить клиентам и широкой общественности возможность ознакомиться с корпоративным поведением и результатами деятельности. Вещание парламентских слушаний на радио и телевидении может быть эффективным каналом для распространения информации, но общественные слушания, в которых могут непосредственно участвовать потребители и представители общественности, могут повысить прозрачность еще в большей степени, укрепляя полномочия таких слушаний для привлечения ФМС к ответственности.

Публикации о доходах, управленческих решениях и расходах могут быть широко раскрыты для информирования средств массовой инфор-

мации, организаций гражданского общества, политических партий и граждан. Сам факт публикации проверенной отчетности может стать эффективным средством сдерживания злоупотреблений и поощрять добросовестное управление лицами, принимающими решения. Такая отчетность может быть наиболее эффективной, если она опубликована в различных формах — более или менее технической и более или менее универсальной, в зависимости от аудитории. В любом случае публичное раскрытие информации для потребителей и широкой общественности должно быть представлено в ясной, простой форме с точными и незапутанными данными. Как пример такой отчетности можно привести ежегодную отчетность ЭФМС, которая проверяется крупнейшей международной аудиторской фирмой и публикуется как в печатном виде, так и онлайн<sup>107</sup>: она была названа в числе лучших общественных отчетных документов в стране.

В некоторых случаях медицинские страховщики и поставщики медицинских услуг пытались препятствовать публикации отчетности, утверждая, что раскрытием такой информации они нарушают неприкосновенность личной информации. Тем не менее существует множество подходов, с помощью которых обеспечивается защита персональных данных, не препятствуя раскрытию важной информации о деятельности учреждений медицинского страхования и поставщиков медицинских услуг, которым они возмещают расходы или платят.

И наконец, последний элемент прозрачности, требующий внимания, относится к конфликту интересов. Наиболее эффективный способ избежать конфликта интересов — исключить назначение на важные распорядительные должности лиц, имеющих существенный личный интерес, который может повлиять на принятие ими решений. Однако в большинстве случаев лица с достаточным опытом и знаниями для работы в составе правления директоров или в структуре надзорных органов будут иметь потенциальные конфликты интересов, или конфликты интересов будут возникать при рассмотрении конкретных вопросов или принятии решений. В таких случаях прозрачность является особенно важным инструментом для оптимизации процесса принятия решений и ограничения потенциального ущерба. Члены правления и руководители должны быть обязаны докладывать о возможных конфликтах интересов, например, через раскрытие информации о соответствующих финансовых холдингах, контрактах с фармацевтическими компаниями или производителями медицинского оборудования, профессиональных объединениях и любых подарках или выгодах, получаемых ими от заинтересованных лиц. Кодексы руководства должны четко определять процедуру самоотвода членов правления и руководителей при принятии решений, а также устанавливать формальные механизмы расследования конфликтов интересов и определения соответствующих санкций или действий при обнаружении конфликтов. Раскрытие такой информации позволяет с помощью социально-

<sup>107</sup> См. <http://www.haigekassa.ee/eng/ehif/annual>.

го давления обеспечить честность правлений и руководителей. Если члены правления или руководители скрывают информацию, подлежащую раскрытию, тем самым они переходят определенный порог, что может служить объективной причиной их отстранения от должности.

## Н. Кодексы корпоративного управления

Кодексы корпоративного управления — это важные инструменты для повышения сознательности и изменения норм, влияющих на результативность общественных и частных учреждений. Эти кодексы не являются обязательными правилами, не имеют законодательную силу, учитывают условия конкретной страны и часто превышают стандарты, установленные международными рекомендациями. Объектами таких кодексов обычно являются элементы подотчетности и прозрачности, рассмотренные выше, в том числе разделение и определение ролей (например, между правительством, правлением и руководством), требования к отчетности и конфликты интересов. С момента выхода Отчета Кэдбери<sup>108</sup> в Соединенном Королевстве в 1992 г. стандарты корпоративного управления и кодексы стали более распространенными и более заметными (табл. 13.1).

Так как такие кодексы не являются обязательными, они должны основываться на убеждении. К счастью, опыт показывает, что с момента применения на корпоративном уровне предписанные кодексами нормы поведения имеют тенденцию сохраняться, усиливаясь новыми социальными нормами, а также становиться стандартами для исполнения контрактов и постановлений. Например, как только кодексы принимаются во всеуслышание, финансовые институты и их директора, руководители, брокеры и агенты могут столкнуться со штрафами, в том числе приостановлением или отзывом лицензии, если они не будут соответствовать кодексам. Несмотря на свой необязательный характер, кодексы часто становятся фактически стандартами при определении халатности или персональной ответственности в криминальном или гражданском судопроизводстве.

Разработка национальных кодексов в соответствии с международными стандартами, таких как Основные принципы МАОСН для страховых организаций, имеет существенные преимущества. Директора, менеджеры и клиенты могут использовать опыт других стран в качестве основы для интерпретации кодексов и понимания того, что от них ожи-

<sup>108</sup> Адриан Кэдбери, Председатель Комитета по финансовым аспектам корпоративного управления, Лондон, 1992 г. Рекомендации комитета фокусируются на контрольных и отчетных функциях правлений и на роли аудиторов, что отражает цель комитета — рассмотрение тех аспектов корпоративного управления, которые относятся непосредственно к финансовой отчетностью и ответственности.

дается. Эффективность также, вероятно, следует ожидать везде, где кодексы влияют на требования к отчетности и административным задачам. Кроме того, общественность может использовать международный опыт для оптимизации привлечения страховщиков и агентов к ответственности. И наконец, регулирующие органы могут использовать другие концептуальные и практические рекомендации для вмешательства и наложения санкций там, где это необходимо.

**Таблица 13.1.** Кодексы/принципы/рекомендации корпоративного управления в некоторых странах (страны ЦЕ/ВЕКЦА выделены жирным шрифтом)

<b>Страна</b>	<b>Кодексы/принципы/рекомендации</b>	<b>Дата</b>
Австралия	Принципы эффективного корпоративного управления и рекомендации передового опыта	2003
Австрия	Кодекс корпоративного управления Австрии	2002
Бангладеш	Кодекс корпоративного управления Народной Республики Бангладеш	2004
Бельгия	Кодекс корпоративного управления Бельгии	2004
	Кодекс Байсса: Корпоративное управление для внесписочных компаний	2005
Бразилия	Кодекс передового опыта в корпоративном управлении	2004
Канада	Корпоративное управление: рекомендации по надлежащему раскрытию информации	2003
Китай	Кодекс корпоративного управления для котируемых компаний в Китае	2001
Кипр	Приложение к Кодексу корпоративного управления (2002)	2003
<b>Чешская Республика</b>	<b>Кодекс корпоративного управления на основе принципов ОЭСР</b>	<b>2004</b>
<b>Эстония</b>	<b>Рекомендации по корпоративному управлению</b>	<b>2006</b>
<b>Венгрия</b>	<b>Рекомендации по корпоративному управлению</b>	<b>2002</b>
Индия	Отчет комитета Кумара Мангалама Бирла по корпоративному управлению	2000
Индонезия	Кодекс эффективного корпоративного управления	2001
Ямайка	Кодекс корпоративного управления	2005
Кения	Принципы корпоративного управления в Кении	2002
Латинская Америка	Белая книга корпоративного управления Латинской Америки	2003
<b>Латвия</b>	<b>Принципы корпоративного управления и рекомендации по их применению</b>	<b>2005</b>
<b>Литва</b>	<b>Кодекс корпоративного управления для котируемых компаний на национальной бирже Литвы</b>	<b>2003</b>
Малайзия	Кодекс корпоративного управления Малайзии	2000
Мексика	Кодекс передового корпоративного опыта	1999
Пакистан	Кодекс корпоративного управления (исправленный)	2002
Перу	Принципы эффективного корпоративного управления для перуанских компаний	2002
<b>Польша</b>	<b>Передовой опыт открытых акционерных обществ</b>	<b>2004</b>
<b>Румыния</b>	<b>Кодекс корпоративного управления Румынии</b>	<b>2002</b>
<b>Российская Федерация</b>	<b>Кодекс корпоративного поведения РФ</b>	<b>2002</b>



**Таблица 13.1. Кодексы/принципы/рекомендации корпоративного управления в некоторых странах (страны ЦЕ/ВЕКЦА выделены жирным шрифтом)**

<b>Страна</b>	<b>Кодексы/принципы/рекомендации</b>	<b>Дата</b>
Сингапур	Кодекс корпоративного управления	2005
<b>Словакия</b>	<b>Кодекс корпоративного управления (на основе принципов ОЭСР)</b>	<b>2002</b>
<b>Словения</b>	<b>Кодекс корпоративного управления</b>	<b>2005</b>
Южная Африка	Королевский доклад по корпоративному управлению в Южной Африке	2002
Нидерланды	Руководство по корпоративному управлению SCGOP (Исследовательский институт корпоративного управления в страховых фондах)	2004
Филиппины	Кодекс эффективной практики для директоров ИКД	2000
Турция	Принципы корпоративного управления	2003
<b>Украина</b>	<b>Украинские принципы корпоративного управления</b>	<b>2003</b>
США	Принципы корпоративного управления	2002

Источник: Европейский институт корпоративного управления.

Примечание: На веб-сайте Европейского института корпоративного управления (<http://www.ecgi.org>) представлены полные тексты кодексов корпоративного управления и реформ корпоративного управления в Европе и других странах мира. ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития.

## I. Заключение

Реформирование систем здравоохранения в странах с переходной экономикой происходит в абсолютно ином контексте, нежели чем в странах Западной Европы и Северной и Южной Америки во время создания ими своих учреждений финансирования здравоохранения. Они движутся от централизованного к децентрализованному оказанию и различным формам финансирования и страхования в контексте больших ожиданий от медицинской помощи и осторожного настроения относительно вовлечения общественного сектора в здравоохранение. Поскольку многие из этих стран создают автономные ФМС, они пытаются найти баланс между тем, как сделать эти фонды подотчетными государственным учреждениям и как не сделать их уязвимыми для нежелательного политического влияния. Роль социальных партнеров в представительстве конкурирующих интересов и привлечении страховых фондов к ответственности в этих странах не является преимущественной, и не понятно, преуспеш ли такое представительство, если принимать во внимание их конкретные политические и социальные условия.

Поэтому хорошо, что страны по всему миру продемонстрировали широкий спектр эффективных механизмов по обеспечению прозрачности и подотчетности. Страны с переходной экономикой могут выиграть от изучения этого опыта и адаптации этих механизмов, которые выглядят перспективными для их конкретных условий. В частности, страны с переходной экономикой, кажется, сталкиваются с особыми трудностями в разделении и четком определении ролей и ответствен-

ности правительства, правлений, руководства и общественности; в раскрытии информации для общественного контроля и в изменении норм коллективного принятия решений. Решение этих проблем является по своей сути политической задачей и обязательно сталкивается с групповыми интересами. Однако приверженцы установления надлежащего руководства в области финансирования здравоохранения будут находить все больше ресурсов и союзников при вынесении вопросов на повестку дня в условиях прозрачности и открытости.

## Литература

---

- Busse R, Saltman RB, Dubois HFW (2004). 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:33–80.
- Chinitz D, Wismar M, Le Pen C (2004). Governance and (self-)regulation in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds. *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press:155–169.
- Dodgson R, Lee K, Drager N (2002). *Global health governance. A conceptual review*. Discussion Paper No. 1, Global Change & Health, February 2002. London, London School of Hygiene & Tropical Medicine and World Health Organization, Department of Health & Development.
- EHIF (2007). *Estonian Health Insurance Fund annual report 2006*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund ([http://www.haigekassa.ee/fles/eng\\_ehif\\_annual/EHIF\\_Annual%20Report\\_2006.pdf](http://www.haigekassa.ee/fles/eng_ehif_annual/EHIF_Annual%20Report_2006.pdf), accessed 1 August 2009).
- EHIF (2008). *Estonian Health Insurance Fund annual report 2007*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund ([http://www.haigekassa.ee/fles/eng\\_ehif\\_annual/EHIF\\_Annual\\_Report\\_2007.pdf](http://www.haigekassa.ee/fles/eng_ehif_annual/EHIF_Annual_Report_2007.pdf), accessed 1 August 2009).
- Habicht T (2008). Governing a single-payer mandatory health insurance system: the case of Estonia. In: Savedoff WD, Gottret P, eds. *Governing mandatory health insurance: learning from experience*. Washington, DC, World Bank:108–128.
- Kempa M, Shearing C, Burris S (2005). Changes in governance: a background review. Working paper. In: *Salzburg Seminar on Governance of Health, 12 May 2005 to 12 August 2005*. Philadelphia, PA, Temple University ([http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/salzburg/Global\\_Health\\_Governance\\_Review.pdf](http://www.temple.edu/lawschool/phrhcs/salzburg/Global_Health_Governance_Review.pdf), accessed 25 January 2009).
- Kutzin J, Cashin C (2002). Health system funding. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press:92–107.
- Maarse H, Paulus A, Kuiper G (2005). Supervision in social health insurance: a four country study. *Health Policy*, 71(3):333–346.
- Mossialos E et al. (2002). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Open University Press.
- OECD (2004). *OECD principles of corporate governance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2005). *Guidelines for insurer's governance*. Prepared by the Directorate of Financial and Enterprise Affairs and approved by OECD Council on 28 April 2005. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Preker AS, Harding A (2003). A conceptual framework for the organizational reforms of hospitals. In: Preker AS, Harding A, eds. *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*. Washington, DC, World Bank:23–78.

Saltman RB, Dubois HFW (2004). 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:21–32.

Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds (2002). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham, Open University Press.

Savedoff WD (2004). *Tax-based financing for health systems: options and experiences*. Discussion Paper No. 4. Geneva, World Health Organization.

Savedoff WD (2008). Governing mandatory health insurance: concepts, framework, and cases. In: Savedoff WD, Gottret P, eds. *Governing mandatory health insurance: learning from experience*. Washington, DC, World Bank:13–48.

Savedoff WD, Hussmann K (2006). The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: Transparency International, *Global corruption report 2006: corruption and health*. London, Pluto Press:4–16.

Transparency International (2006). *Global corruption report 2006: corruption and health*. London, Pluto Press.

Williamson OE (1999). *The mechanisms of governance*. New York, Oxford University Press.

World Bank (1994). *Governance: the World Bank's experience. Development in practice*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (1996). *Bureaucrats in business: the economics and politics of government ownership*. Policy Research Report. Washington, DC, World Bank.

World Bank (1997). *World development report 1997: the state in a changing world*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2004). *World development report: making services work for poor people*. Washington, DC, World Bank.

Wyatt M (2004). *A handbook on NGO governance*. Budapest, The Central and Eastern European Working Group on Nonprofit Governance.

## Часть 4

# **Обобщение — уроки для политики исходя из опыта реализации реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА**



## **Проведение реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА: подведение итогов и извлечение уроков**

*Joseph Kutzin, Cheryl Cashin,  
Melitta Jakab, Armin Fidler, Nata Menabde<sup>109</sup>*

### **А. Введение**

Анализ реализации реформ финансирования здравоохранения в странах с переходной экономикой, представленный в предыдущих главах, базируется *на функциональном подходе* к финансированию здравоохранения. Данный подход затрагивает подфункции и меры (сбор доходов, объединение средств, закупка и права на получение гарантированных государством медицинских услуг), а также организацию эффективного управления для достижения целей и задач, стоящих перед системой здравоохранения. Отход от широких классификаций систем здравоохранения, или названий, является не просто аналитическим инструментом, но и помогает понять, насколько нестандартно некоторые из этих стран подошли к решению проблем и какие нововведения и эксперименты в них проводились. Например, случаи того, как в Кыргызстане и Республике Молдова были созданы ФОМС для закупки медицинских услуг с сохранением преобладающей роли бюджетного финансирования в процессе сбора доходов и вспомогательную ролью налогов на заработную плату. Эти схемы яв-

<sup>109</sup> Авторы выражают благодарность Antonio Duran и Sheila O'Dougherty за полезные замечания к первоначальным версиям главы.

лялись собственными нововведениями этих стран и соответствовали проблемам и условиям, существовавшим там на тот момент. Если бы страны в процессе принятия решений руководствовались исключительно традиционными схемами и названиями, такими как «системы, финансируемые за счет налогов» или «системы социального медицинского страхования», то это бы не привело их к разработке такого типа реформ и в целом ограничивало бы рассмотрение возможных вариантов политики.

Целью анализа опыта и подходов, описанных в предыдущих главах, является извлечение уроков из того, каким образом разработка и проведение политики финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА способствовали достижению целей политики финансирования здравоохранения, предложенных в главе 1. К этим целям относятся обеспечение универсальной финансовой защиты и справедливости в финансировании, справедливости в потреблении услуг, повышение эффективности и качества предоставляемых услуг, повышение прозрачности и подотчетности системы перед населением, а также повышение эффективности управления системой. Несмотря на то что с середины 1990-х гг. в регионе происходили колоссальные изменения и проводились различные эксперименты, существует немного строгих оценок или окончательных выводов относительно того, какие подходы являлись наиболее эффективными для решения данных задач. В предыдущих главах мы попытались восполнить этот пробел. Мы свели к минимуму описание идеологических вопросов и вместо этого обобщили опыт реализации различных мероприятий и реформ и отделили результаты проводимых реформ и подходов от общих политических и экономических тенденций переходного периода.

Главный вывод из опыта реформ, осуществляемых на протяжении почти 20 лет в странах региона, как это представлено в предыдущих главах, заключается в том, что **для последовательной и успешной реализации реформ требуется точное определение конкретных задач политики**, в основе которого лежит анализ важнейших проблем функционирования системы здравоохранения, а также правильный выбор набора **согласованных инструментов политики**, которые будут реагировать на выявленные проблемы. Имея четкую схему руководящих принципов проведения реформ, связанную с мониторингом процесса реализации реформ и получаемых результатов, можно проводить реформы с учетом происходящих изменений, сохраняя при этом общие цели и целостность процесса реформирования. Для последовательной, но гибкой реализации этой схемы плана, в свою очередь, требуется политическая воля и определенная степень преемственности. Опыт также показывает, что легко предположить, что реформы оказались более успешными в странах с лучшими экономическими показателями. Безусловно, благодаря более благоприятным экономическим и финансовым условиям можно *достичь* больших результатов при проведении финансовой политики в секторе здравоохранения, однако в разных странах с различны-

ми исходными условиями *успехи* в достижении целей политики финансирования здравоохранения были различными. Короче говоря, политика **имеет значение**.

Задача данной, последней, главы заключается в том, чтобы обобщить основные уроки от реализации реформ с точки зрения того, *какие* мероприятия были наиболее эффективными и *каким образом* были организованы политические процессы, с тем чтобы получить максимально эффективные и продолжительные результаты при достижении целей политики финансирования здравоохранения. В эту главу мы включили основные темы и уроки из предыдущих глав, собрав воедино ключевые выводы, сделанные в данной книге. В разделе В рассматриваются контекстуальные факторы, которые способствовали или препятствовали реформам финансирования здравоохранения. В разделе С обобщены выводы, касающиеся согласования функций финансирования здравоохранения и важности комплексного подхода к реализации реформ. В разделе D освещены негативные примеры политических ловушек, или подводные камни, которых следует избегать при проведении реформ финансирования. В разделе E собраны уроки, извлеченные из процесса реформирования, и вопросы, связанные с последовательностью мероприятий в рамках проводимых реформ. Раздел F является заключительным. Освещенные уроки предназначены для повышения информированности лиц, ответственных за принятие политических решений в рассматриваемых странах, но также могут иметь широкое применение и за пределами этих стран.

## **В. Контекстуальные факторы, стимулирующие или сдерживающие проведение реформ**

Рассмотренный опыт реформирования показывает, что существует несколько ключевых контекстуальных факторов, способствующих или препятствующих процессу реализации реформ. К ним относятся: специфика унаследованных систем здравоохранения; финансовый шок, возникающий на ранних стадиях переходного периода; изменение относительных цен в связи с интеграцией в мировую экономику; степень глубины экономического краха в начале переходного периода; и наконец, изменения в политическом контексте.

Основное положение рассматриваемой в данной книге концепции заключается в том, что даже если широкие цели могут быть общими для всех стран, то характер протекания реформ в значительной степени зависит от «исходной точки» отдельно взятой страны. Основными аспектами этой исходной точки являются организация системы финансирования здравоохранения и более широкие экономические и финансовые условия, в которых работают системы здравоохранения. К концу коммунистической эпохи системы финанси-



рования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА характеризовались высокой степенью фрагментации, представленной в разных формах. Как описано в главе 2, страны, которые ранее были частью СССР или СЭВ<sup>110</sup> (включая Албанию), унаследовали систему, которая была организационно фрагментированной в соответствии с децентрализованной политико-административной системой. Вертикальная интеграция учреждений, занимающихся объединением средств, закупкой и оказанием услуг, посредством иерархически выстроенной системы бюджетирования была регионально или горизонтально фрагментирована по административно-территориальным уровням. Такая горизонтальная фрагментация привела к дублированию как в сфере финансирования, так и сфере оказания услуг, поскольку административные границы не были территориально разграничены (например, *районные* системы финансирования и оказания услуг существовали в рамках *областных* систем финансирования и оказания услуг), особенно в крупных городских центрах. Бывшие страны Югославии унаследовали фрагментированную систему, в которой сбор, объединение средств и закупка медицинских услуг осуществлялись на уровне малых общин. В том и другом контексте закупка услуг осуществлялась пассивно на основе ресурсных нормативов при наличии ограниченной гибкости поставщиков в перераспределении средств между статьями бюджета. Таким образом, несмотря на некоторые различия, ключевыми вопросами унаследованных систем финансирования здравоохранения, требующими разрешения, являлись (1) сокращение фрагментации и (2) изменение структуры стимулов.

С точки зрения функционирования достижения систем финансирования здравоохранения переходного периода не были однозначными (для полного анализа см. главу 2). Самым большим достижением была всеобщая защита от финансовых рисков. Это примечательно при сравнении опыта реформ в этих странах с другими странами мира с низким и средним уровнем дохода, так как для стран с переходной экономикой исходной точкой был всеобщий доступ к медицинским услугам, и население этих стран ожидало в основном свободного доступа к медицинским услугам в случае необходимости. Негативным моментом было то, что существовало неравенство в распределении услуг и расходов по причине значительного смещения ресурсов в сторону городов, а также наличия «элитных» подсистем. Как и следовало ожидать, в силу используемых организационных механизмов и структуры стимулов системы были неэффективны как с точки зрения организации системы оказания, так и администрирования, на что сказывались избыточные мощности. Однако важно отметить, что в условиях искаженных цен на ресурсы и высокого уровня государственного финансирования последствия этого были не столь ощутимы.

Как было отмечено в главе 2, в начале переходного периода два аспекта почти незамедлительно повлияли на функционирование систем

---

<sup>110</sup> См. главу 2.

здравоохранения. Первым аспектом стал **финансовый шок**, который значительно снизил способность правительства расходовать деньги; бюджеты здравоохранения сократились в большинстве стран региона, в некоторых из них очень стремительно. Второй аспект был связан с **интеграцией этих стран в мировую экономику** и последовавшим **изменением относительных цен на ресурсы**, в частности на медикаменты и энергоносители<sup>111</sup>. На ранних стадиях переходного периода такое сочетание более высоких цен и меньших объемов финансирования привело к снижению возможностей достижения целей политики финансирования, а также произошел спад, тесно связанный с сокращением доходов и скачком цен. В наиболее пострадавших странах Центральной Азии и Кавказа резко выросли личные платежи граждан в момент получения медицинской помощи и был значительно снижен существовавший ранее высокий уровень финансовой защиты. Следует отметить, что, тогда как отмеченные проблемы справедливости и финансовой защиты проявились в системах здравоохранения в середине или конце 1990-х гг., причины этих проблем крылись в неэффективности организационных механизмов и стимулов, унаследованных из прошлого. Эти проблемы усиливались под влиянием изменения доходов и цен, что привело к несоответствию между ожиданиями потребителей и имеющимися ресурсами. Чтобы добраться до корней проблем деятельности, необходимо уделить особое внимание вопросам неэффективности. В самом прямом смысле, растущие проблемы справедливости стали следствием проблем неэффективности, и опыт реформ отчетливо показывает, что для того, чтобы успешно решать задачи по повышению справедливости, прежде всего необходимо было решать вопросы структурной фрагментации и стимулов, направленных на увеличение мощностей.

Несмотря на то что финансовый шок и изменения относительных цен произошли во всех странах с переходной экономикой, **глубина экономического краха** значительно варьировала по странам региона. Как было отмечено в главе 3, объединение стран региона со столь существенными различиями, особенно различиями в финансовых условиях, под общим названием «переходные» не способствует пониманию различий между ними в достижении целей политики. Например, проведя простое сравнение бремени личных платежей пациентов в Венгрии, Словении или Словакии с Арменией, Кыргызстаном или Таджикистаном, невозможно многое сказать об успешности или провале политики финансирования здравоохранения в каждом конкретном случае, поскольку различия в финансовом контексте стран позволили первой группе стран поддержать более высокий уровень государственных расходов на здравоохранение, чем второй. Аналогичным образом различия в финансовых условиях (а также степень интеграции в

<sup>111</sup> Влияние импорта лекарственных препаратов на рост цен произошло незамедлительно. Большинство правительств не допускало быстрого роста цен на энергоносители; цены начали расти с 1990-х гг., поскольку в странах произошла либерализация цен на коммунальные услуги.

мировую экономику), вероятно, в большей степени объясняют «хорошее функционирование» системы здравоохранения Беларуси с точки зрения доступности медицинской помощи и частоты/объемов неформальных платежей по сравнению со многими другими бывшими советскими странами (Balabanova et al. 2004)<sup>112</sup>.

Различия в масштабах финансовых последствий в странах переходного периода повлияли на необходимость проведения реформ в секторе здравоохранения, на имеющиеся ресурсы для поддержания реформ, а также на общий ход реформирования и последовательность мероприятий. Самые радикальные реформы часто проходили в тех странах, где кризис был особенно острым. В этих странах последствия отсрочки некоторых весьма спорных с политической точки зрения реформ, в частности реформ, касающихся сокращения прав на получение медицинских услуг, были тяжелыми. Большинство пострадавших стран попыталось провести широкие реформы в середине и конце 1990-х гг. (такие страны, как Армения, Грузия, Кыргызстан), в то время как другие либо не смогли действовать (Азербайджан), либо там велись гражданские войны, что препятствовало осуществлению подобных масштабных мероприятий (Таджикистан). В странах ЦЕ, где кризис был менее тяжелым, реформы имели меньшее значение, поэтому некоторые страны решили отложить проведение наиболее проблемных политических реформ. Например, в то время как Армения и Грузия значительно сократили как охват населения, так и набор гарантированных государством медицинских услуг, в большинстве стран ЦЕ со средним уровнем дохода поддерживался всеобщий охват населения, обеспечивался полный набор гарантированных государством медицинских услуг при введении в отдельных случаях механизмов разделения стоимости для ограниченного набора услуг и лекарственных средств (хотя в некоторых странах, например в Венгрии, случай которой описан в главе 12, неформальные платежи остались широко распространенным явлением). Почти во всех странах ЦЕ в начале переходного периода было введено ОМС, хотя и существовали различия в организации, финансировании и управлении ОМС.

Там, где уровень финансирования здравоохранения был особенно низким, зачастую со стороны заинтересованных сторон было меньше сопротивления реформам, которые обеспечивали возможность перенаправить потоки денежных средств до тех пор, пока объем финансирования не увеличивался.

Например, в Кыргызстане сопротивление реформам со стороны специализированных производителей медицинских услуг и местных органов власти было гораздо меньше, чем в соседнем Казахстане, где

<sup>112</sup> Как страна, которая, в сущности, не прошла через переходный период, Беларусь не ощутила влияние на государственные доходы или относительные цены на факторы производства (например, цены на энергоносители остаются по-прежнему низкими, равно как и расходы на питание и жилье). В сочетании с относительной политической стабильностью это защитило страну от необходимости решать проблемы, связанные с «потрясениями», к которым привел переходный период в других странах.

в силу ожиданий будущих нефтяных доходов стали меньше замечать существующий в стране экономический кризис и меньше мотивировать заинтересованные стороны в сокращении инфраструктуры или перераспределении ресурсов сектора здравоохранения, которые в то время были крайне ограниченными.

В тех странах, где были разработаны наборы четких политических целей и согласованные подходы к выбору инструментов политики, например в Кыргызстане, а затем в Республике Молдова, экономический кризис стал возможностью для реформирования здравоохранения. Однако в других странах, таких как Армения и Грузия в период 1990-х гг., ответные меры политики привели к обострению кризиса в системе здравоохранения, и там наблюдались серьезные негативные последствия для населения, особенно с точки зрения справедливости и защиты от финансовых рисков. Кроме того, в ряде стран ЦЕ, чьи политические программы были четко ориентированы на достижение целей системы здравоохранения, для улучшения работы системы использовался относительно высокий уровень ресурсов (например, в Эстонии и Словении), однако задержки в проведении реструктуризации негативно сказались на отдельных аспектах функционирования системы здравоохранения, например в Венгрии.

Наконец, одним из основных факторов во многих реформах также стали *изменившиеся политические условия*. В большинстве стран существовала потребность в демократизации и создании рыночных механизмов во всех отраслях экономики. С одной стороны, благодаря этому можно было проводить масштабные реформы. С другой стороны, это являлось источником проблем в странах с ограниченными знаниями особенностей экономики здравоохранения (и действительно, многие страны вообще имели ограниченный опыт формирования политики), а также, в более общем смысле, там, где курс проводимых реформ скорее был обусловлен более широкими изменениями идеологии, вызванными сменой политического руководства (или просто реакцией против старых принципов), нежели чем необходимостью решения конкретных проблем функционирования системы здравоохранения. В частности, на ранних этапах переходного периода создание полуавтономных ФСС в странах ЦЕ было связано с политическими идеями о снижении прямого государственного контроля и «командно-контрольных» механизмов управления. Процесс децентрализации медицинских учреждений и передача их в собственность местным органам власти был сопряжен с идеей расширения участия граждан в решении социальных вопросов<sup>113</sup>. Чаше обсуждаемые и реже применяемые модели конкурентного социального страхования и приватизации производителей медицинских

<sup>113</sup> Иногда в бедных населенных пунктах, неспособных собрать средства на эксплуатацию и ремонт, или там, где обязанности были разрозненными и поэтому было сложно создать единую среду стимулов для поставщиков услуг, «идеал» сталкивался с реальностью (например, в Албании).

услуг были макроэкономическими подходами, применяемыми для сферы здравоохранения.

### С. Согласование инструментов снижения фрагментарности и улучшения стимулов

Во второй части книги отдельно проанализированы подфункции финансирования здравоохранения, рассмотренный же на протяжении всей книги опыт четко показывает, что для успешной разработки и реализации реформ необходимо эффективное согласование мер, реализуемых в рамках этих подфункций. Как отмечалось выше, для решения растущих проблем деятельности систем финансирования здравоохранения в этих странах требовалась реализация мер, направленных на уменьшение фрагментарности и улучшение стимулов. В данном разделе мы выделим основные уроки, вынесенные из опыта стран ЦЕ/ВЕКЦА, которые необходимо учитывать для проведения эффективных реформ финансирования здравоохранения.

#### i. Согласование сбора доходов и объединения средств

В целях снижения негативных последствий, связанных со снижением доходов в начале переходного периода, в большинстве стран были образованы ФОМС, финансируемые за счет налогов на заработную плату или других целевых налогов. Дополнительной целью для многих стран также стало избавление «ментальности» системы от жесткости, присутствовавшей до начала переходного периода, и возвращение к типу системы финансирования, которая развивалась там до 1945 г. Влияние этого изменения на уровень государственных доходов сектора здравоохранения и на уровень достижения более широких политических целей, таких как обеспечение финансовой защиты и доступности медицинских услуг, главным образом зависело от степени согласованности *реформы с соответствующими изменениями уровня и потоков государственного финансирования*, а также *от координации различных источников государственного финансирования посредством изменений механизмов объединения средств*.

Как отмечалось в главе 4, в силу происходивших в странах изменений в финансовом контексте в целом было сложно точно определить влияние введения специальных налогов, предназначенных для здравоохранения, на уровень финансирования отрасли. В странах ЦЕ, где экономические преобразования оказались менее болезненными, рост государственных доходов здравоохранения за счет введения специальных налогов проходил в соответствии с изменениями в экономике в целом, а также аналогично изменениям в общих государственных доходах. В странах, которые больше пострадали от экономического краха и

где также были введены налоги на заработную плату, объем дополнительных средств был невелик. Однако в любом случае проведение соответствующих реформ в отношении распределения общих доходов бюджета на здравоохранение было крайне важным. Наиболее четко это было продемонстрировано в Казахстане, где ФОМС просуществовал недолго — с 1996 по 1998 г., когда небольшое увеличение доходов за счет налога на заработную плату было полностью нейтрализовано за счет снижения доходов, поступающих из местных бюджетов. Аналогичная ситуация сложилась в Эстонии, где почти полная зависимость доходов ЭФМС от «социального налога» (как в отношении текущих расходов, так и капитальных вложений) привела к снижению государственного финансирования (в % от ВВП) в течение переходного периода. Это объяснялось уменьшением доли заработной платы в экономике в целом. Противоположными примерами являются Чешская Республика и Республика Молдова с их положительным опытом введения бюджетных трансфертов, перечисляемых в ФСС на страхование определенных групп населения, не осуществлявших взносы. Данные, собранные в странах региона, говорят о необходимости четкого определения обязательств по предоставлению бюджетных средств при введении ОМС. Четкое определение обязательств бюджетов позволит избежать компенсационного снижения доходов (и будет способствовать сохранению универсальности охвата). Опыт региона также показывает, что эти обязательства, скорее всего, будут осуществляться тогда, когда бюджетные средства выделяются из централизованного источника, а не на децентрализованных уровнях государственного управления.

Во многих из тех стран, введших ОМС, была изменена основа права на получение медицинской помощи — с права, основанного на гражданстве, на право, основанное на уплате взносов. Вместе с тем они впервые столкнулись с проблемой возникновения групп населения, абсолютно не обеспеченных охватом медицинской помощью (напомним, что до 1990 г. страны характеризовались универсальным охватом). В связи с этим создавалась возможность дополнительной фрагментации: существование различных систем для застрахованной и незастрахованной частей населения. Создание таких параллельных систем могло влиять на общую эффективность и справедливость, как это часто происходило во многих странах с низким и средним уровнем дохода, где введение ОМС происходило в условиях, когда значительная доля населения работала в неформальном секторе экономики (Kutzin 1997; Londoño and Frenk 1997; Savedoff 2004; Lloyd-Sherlock 2006; Kutzin 2007). Однако с самого начала в большинстве стран ЦЕ/ВЕКЦА одновременно с введением ОМС были приняты меры по финансированию охвата не осуществляющих взносы групп населения. Ключевую роль в осуществлении этих мер играли изменения в механизмах объединения средств в сочетании с реформами, затрагивающими потоки бюджетных поступлений.

В Кыргызстане и Республике Молдова создание ФОМС на самом деле являлось частью мер, направленных на сокращение фрагментарно-

сти унаследованной системы здравоохранения. Как показано в главе 5, ключевым моментом было согласование внутри ФОМС механизмов объединения налогов на заработную плату и бюджетных поступлений. В Албании и Российской Федерации, напротив, бюджетные средства были плохо согласованы с доходами от налогов на заработную плату, и в результате в этих странах возникли новые, опасные формы фрагментации. Происходившие со временем изменения в механизмах объединения средств, учитывающих риски застрахованных, в страховых фондах Чешской Республики, в особенности начавшиеся в 2004 г. процессы объединения доходов от налогов на заработную плату и бюджетных поступлений на медицинское страхование, являются примером эффективного согласования различных источников финансирования с целью уменьшения фрагментарности и повышения потенциала механизмов справедливой финансовой защиты.

## ii. Согласование сбора доходов и закупки услуг

Существование целевых доходов медицинского страхования дает одно теоретическое преимущество, которое заключается в том, что покупатель медицинских услуг имеет хорошую базу для прогнозирования уровня финансирования и, таким образом, имеет больше шансов заключать реалистичные контракты с поставщиками услуг. Для проведения оптимальных закупок особенно важно иметь стабильное и прогнозируемое поступление доходов. Тем не менее существование специальных налогов во многих странах само по себе не является достаточным условием для достижения этой цели<sup>114</sup>. В действительности это сводится к **способности обеспечивать специальные доходы, а не просто существованию специальных налогов**, а это разные вещи.

Насколько введение специальных налогов является теоретическим преимуществом для прогнозируемости, настолько же финансирование из общего бюджета является возможным недостатком, поскольку этот вопрос подлежит ежегодному обсуждению в процессе формирования бюджета, по крайней мере, в большинстве бывших советских стран, а также по-прежнему остается одним из наименее приоритетных направлений для политики. Это может противоречить нашей общей рекомендации относительно того, что не следует полагаться исключительно на специальные налоги с тем, чтобы решить задачу обеспечения универсальности. В странах, имеющих некоторый отрицательный опыт диверсификации, например в Российской Федерации, Казахстане и в Кыргызстане, на начальном этапе обязательства по возмещению расходов производителей медицинских услуг время от времени не выполнялись в силу значительных расхождений между запланированными и реальными уровнями бюджетного финансирования. Тем не

<sup>114</sup> Например, ранний опыт Кыргызстана с созданием ФОМС, финансируемого за счет налогов на заработную плату, показывает, что наличие целевых налогов еще не является достаточным условием получения доходов от этих целевых налогов, что объяснялось неприменением правовых норм, касающихся обязательств перечисления денежных средств в ФОМС (см. главу 4).

менее положительный опыт Чешской Республики и Республики Молдова показывает, что можно прогнозировать потоки бюджетных средств на несколько лет вперед, а значит, можно пользоваться преимуществами диверсификации и стабильности. В этих странах законодательство, регулирующее медицинское страхование/финансирование здравоохранения, предусматривало механизмы перечисления бюджетных средств, подлежащие обязательному исполнению. В Чешской Республике механизм уплаты бюджетных платежей на страхование экономически неактивного населения предусматривал платеж в виде фиксированного процента от средней заработной платы по экономике страны, в то время как в Республике Молдова бюджетный платеж на государственное страхование отдельных групп населения соответствовал средней планируемой подушевой стоимости программы государственных гарантий. Наряду с этим, в законодательстве Российской Федерации и Казахстана также были определены требования осуществления бюджетных платежей на страхование отдельных групп населения, не осуществлявших взносы, однако данные требования не выполнялись. Как рассмотрено в главе 4, основным различием между более и менее успешным опытом явилась централизация требований о перечислении бюджетных средств. В случаях Чешской Республики, Республики Молдова, а позже Кыргызстана за бюджетные взносы были ответственны национальные правительства. В случаях Казахстана, Российской Федерации и Кыргызстана на раннем этапе ответственность лежала на региональных администрациях.

### iii. Согласование объединения средств и закупок услуг с целью перераспределения и повышения эффективности

В главе 5 проиллюстрирована важность снижения фрагментарности при выполнении функции объединения средств для повышения уровня перераспределения (для достижения справедливости и обеспечения финансовой защиты) и для поддержания реструктуризации, направленной на повышение эффективности.

Если объединение средств централизовано, но механизмы закупки услуг по-прежнему связаны с мощностями, то перераспределение ресурсов не будет происходить и не будет стимулов к сокращению постоянных затрат. С другой стороны, если объединение средств остается фрагментированным, то выгоды от введения каких-либо новых систем оплаты производителей медицинских услуг будут ограниченными. Например, в Боснии и Герцеговине введение частичной подушевой оплаты производителей первичной помощи не сильно повлияло на изменение значительных региональных различий в уровне государственного финансирования здравоохранения. Это связано с тем, что на уровнях кантонов (регионов) и организационной единицы объединение доходов фрагментировано (что отражает высокую степень децентрализации государственной власти, связанную с урегулированием ранее проходившей гражданской войны), а возможности для



перераспределения средств на этих территориях крайне ограничены. Похожая ситуация сложилась в Российской Федерации, где была осуществлена попытка перехода к новым механизмам оплаты медицинских учреждений, не зависящим от имеющейся мощности. Однако в большинстве регионов по-прежнему существуют фрагментированные между страховщиками и местными органами власти системы объединения ресурсов, и, следовательно, пока не видны результаты воздействия на финансовую защиту, справедливость и эффективность системы оказания медицинских услуг. Кыргызстан является одной из немногих стран, опыт которой свидетельствует о происходящих со временем улучшениях всех этих показателей. Переход от оплаты в зависимости от используемых ресурсов к оплате по результатам деятельности в сочетании с постепенной в течение семи лет централизацией функции объединения средств (переход с районного уровня на национальный) способствовал повышению справедливости в финансировании и потреблении медицинских услуг, а также получению выгод в результате повышения эффективности вследствие сокращения мощностей, приводящего к сокращению постоянных затрат (см. главу 5, 6 и 8, а также Kutzin, JakabandShishkin 2009). Таким образом, снижение фрагментарности системы объединения ресурсов является необходимым, но недостаточным условием для улучшения перераспределения ресурсов здравоохранения и сокращения инфраструктуры. Для этого требуется проведение *реформ как в сфере объединения ресурсов, направленных на снижение фрагментарности, так и в сфере оказания услуг, направленных на создание стимулов*, с тем чтобы достигнуть цели повышения эффективности, уровня справедливости и финансовой защиты.

iv. Согласование сбора доходов с разработкой государственных гарантий предоставления медицинской помощи

Теоретически из всех подфункций финансирования здравоохранения наиболее очевидной является связь между сбором доходов и разработкой государственных гарантий предоставления медицинской помощи. Гарантированные государством медицинские услуги не могут превышать доходы без создания угрозы прозрачности системы здравоохранения; в результате такого несоответствия гарантированные медицинские услуги не будут предоставляться на изначально установленных условиях, поставщики не будут получать деньги за предоставленные услуги или произойдет и первое, и второе. Вместо этого возникнет неявное нормирование, которое, возможно, чаще всего проявляется в виде неформальных платежей за медицинские услуги (см. главу 12)<sup>115</sup>. Тем не менее на практике все страны сталкивались с проблемой согласования государственных доходов и государственных гарантий предоставления медицинской помощи. В главе 2 подчеркивается,

<sup>115</sup> См. пояснения относительно устойчивости компромиссов в главе 1, а также в Thomson et al. 2009.

что одним из наследий ранее существовавшей системы здравоохранения был высокий уровень защиты от финансового риска, связанного с заболеванием, хотя государственные гарантии предоставления медицинской помощи не были четко определены. Это достигалось благодаря тому, что цены на ресурсы поддерживались на более низком уровне, чем в условиях рыночной экономики, ограничивался приток технологий, а вопросы регулирования решались на врачебном уровне. В главе 7 описано происходившее в течение переходного периода снижение высоких уровней охвата, вызванное снижением возможностей государства финансировать свои гарантии в сфере здравоохранения на прежнем уровне. Финансовое давление, вызванное необходимостью нахождения баланса между государственными гарантиями предоставления медицинской помощи и доходами, а также давление народных масс, вызванное желанием понять, что входит в права пациента, — все это привело к необходимости проведения во многих странах реформ в сфере формирования государственных гарантий.

Лишь несколько стран, например Словения, Республика Молдова и Эстония, смогли успешно связать функции сбора доходов с гарантированным государством набором услуг. В большинстве других стран, однако, решили, что сокращение государственных гарантий предоставления медицинской помощи является достаточно радикальной мерой обеспечения бюджетного равновесия и политически непопулярным решением, и поэтому уклонились от его полного осуществления. В некоторых случаях (например, в Венгрии, Хорватии и Польше) разрыв между государственными гарантиями и доходами проявляется не только в виде неформальных платежей, но и в виде постоянного дефицита ФМС или накопленных долгов поставщиков услуг<sup>116</sup>. Таким образом, несмотря на то что теоретически очевидна связь между сбором доходов и гарантиями государства в сфере предоставления медицинских услуг, возникновение политических трудностей, связанных с тем, чтобы сделать эту связь четко прослеживаемой, говорит о том, что эффективная реализация данной задачи является одним из наиболее спорных вопросов в регионе (а также во многих других регионах).

#### v. Согласование разработки государственных гарантий предоставления медицинской помощи с закупкой

Опыт показывает, что согласование разработки государственных гарантий предоставления медицинской помощи и закупок является важным вопросом, поскольку его решение направлено на то, чтобы права на получение медицинской помощи не просто декларировались, а заданные модели использования медицинских услуг могли работать. Например, большинство стран повышали роль первичной помощи в качестве «привратника», проводя ряд мер, направленных на введение

<sup>116</sup> В венгерском случае это было до некоторой степени преднамеренно, поскольку до 2007 г. там существовала практика чрезмерного расходования средств бюджета, особенно в отношении лекарственных средств. Пояснения см. в главе 6.

дополнительной оплаты пациентами несрочной специализированной помощи, получаемой по собственному желанию, без направления врача общей практики или участкового врача. По сути, это означает, что подобные консультации не покрываются государственным финансированием или покрываются в меньших размерах, чем оказание первичной помощи. Без введения такой меры роль «привратника» лишь декларируется, но никак не стимулируется.

Урок, который мы можем вынести из опыта стран ЦЕ/ВЕКЦА в этой связи, заключается в том, что реформирование государственных гарантий предоставления услуг (и связанная с этим политика со-платежей в здравоохранении) вряд ли будет успешным без соответствующих изменений в системе закупок услуг, что необходимо для улучшения стимулирующей среды в целом. Учитывая абсолютное снижение государственных доходов, произошедшее к середине 1990-х гг., в Армении и Грузии, например, изначально реформы были направлены на более точное определение программы государственных гарантий. Это казалось рациональным, с учетом того, что необходимо было сосредоточить внимание на государственном финансировании услуг, дающих максимальное улучшение здоровья населения и на схеме исключений наиболее нуждающихся групп населения из системы со-платежей. Тем не менее без наличия эффективно функционирующего покупателя эти цели не могли быть достигнуты. Возможность реализации прав на получение гарантированных медицинских услуг главным образом зависит от способности системы здравоохранения закупать эти услуги. Это, в свою очередь, означает, что должен быть покупатель, поддерживаемый информационными системами, с помощью которых можно связать расчеты с поставщиками с данными о пациентах (клиническими данными), поступающими от поставщиков услуг. Тогда, когда эти системы начинают функционировать, становится возможным не только декларировать права населения на оказание гарантированных медицинских услуг, но и фактически их закупать. Если такие системы отсутствуют, то, как свидетельствуют полученные данные (см. главы 7 и 12), усилия, направленные на формальное рacionamento, будут подорваны неформальными методами (такими как неформальные платежи).

Примером могут служить реформы, проводившиеся в Кыргызстане, которые увязали категории официальных со-платежей с базовой ставкой системы оплаты по законченному стационарному случаю (главы 6 и 7). Больницы стали получать из ФОМС более высокие выплаты за пациентов льготных категорий и более низкие — за тех, кто должен был платить самостоятельно. Эта четкая связь вместе с мерами, направленными на то, чтобы больницы использовали доходы, полученные от официальных со-платежей, для приобретения оборудования и увеличения заработной платы работников, привела к уменьшению частоты неформальных платежей, а также заметному снижению личных расходов пациентов, относящихся к льготным категориям, на получение стационарной помощи. Такое согласование закупок с государственными гарантиями, проводимое на уровне каждого пациента, а не просто

декларирование прав на получение медицинской помощи и выделение бюджетов для медицинских учреждений привело к повышению уровня прозрачности системы здравоохранения. Это подтверждает основной урок о том, что согласование закупок с государственными гарантиями предоставления медицинской помощи необходимо для того, чтобы обеспечить четкое финансирование гарантированных медицинских услуг и избежать распространенной практики предоставления льгот в результате возникновения нефинансируемых мандатов.

vi. Согласование сбора доходов, объединения средств и закупок с системой оказания услуг

Важные связи возникают не только между подфункциями финансирования здравоохранения, но и между финансированием здравоохранения и оказанием медицинских услуг. Ранее существовавшая система бюджетных ассигнований была привязана к нормам, базирующимся на ресурсных показателях, и фрагментарность системы объединения средств была основной причиной избыточных мощностей, что являлось характерной чертой систем оказания медицинских услуг постпереходного периода. Во многих странах была возможность существенно сократить размер систем оказания медицинских услуг, сохранив при этом их доступность, а значит, повысив эффективность использования ресурсов (например, путем предоставления возможности изменять структуру государственных расходов за счет уменьшения постоянных затрат и увеличения переменных). Таким образом, сокращение инфраструктуры оказания услуг можно рассматривать в качестве основного «требования реформ здравоохранения» практически для всех стран ЦЕ/ВЕКЦА, учитывая при этом наследие системы здравоохранения, существовавшей до начала переходного периода, а также измененный контекст повышенных цен на ресурсы и снижения государственных доходов. Точнее сказать, для развития более совершенной и эффективной системы оказания услуг важно изменение структуры стимулов.

Главный урок, который можно вынести из опыта рассмотренных стран, опять же, заключается в том, что для того, чтобы реформы были эффективными, необходимо определенное сочетание мер. Отдельные мероприятия, такие как развитие генерального плана медицинского учреждения или изменения системы оплаты производителей медицинских услуг, не были успешными сами по себе. На самом деле, успех появлялся там, где проводились согласованные мероприятия, направленные на изменения в системах сбора доходов, объединения средств и закупки услуг (см. также Fidler et al. 2006). Эти изменения затрагивали составление бюджетов медицинских учреждений и принципы управления государственными финансами (касающиеся сбора доходов), переход от финансирования и организации сети учреждений на политическом/административном уровне к финансированию и организации на территориальном/географическом уровне (объединение средств), а также переход от финансирования медицинских учреждений по ресур-

сам и их нормативам к финансированию по результатам или количеству прикрепленного населения (закупки). Изменения также коснулись разработки планов реструктуризации медицинских учреждений, а также были связаны с предоставлением большей управленческой автономии поставщикам услуг (оказание услуг), иногда, но не всегда включая проведение приватизации медицинских учреждений. Применение этих технических инструментов (а их отсутствие является дестабилизирующим фактором) служит проявлением силы политической воли, необходимой для принятия решений, что заведомо является сложным и болезненным процессом, который угрожает интересам влиятельных кругов.

Некоторые примеры, описанные в главах 6 и 8, иллюстрируют важность принятия многостороннего подхода к сокращению инфраструктуры. В Эстонии, Венгрии, Кыргызстане и Литве планы реструктуризации подкреплялись организационными реформами и реформами системы оплаты поставщиков, направленными на стимулирование реализации этих планов и, где это было необходимо, получали поддержку в виде изменений в методике составления бюджета. Однако эти и другие примеры также показывают, что из-за политических ограничений возможные выгоды от этой реструктуризации в основном были упущены. Как правило, это наблюдалось в столицах стран, где имелся наибольший избыток мощностей, однако в большинстве случаев (Эстония является заметным исключением) достижения в процессе сокращения/объединения крупных национальных медицинских центров и муниципальных больниц были ограничены. В Венгрии, например, введение оплаты больниц по законченному случаю заложило основу для сокращения инфраструктуры в течение 10 лет, но правительство приняло решение не реализовывать этот план до 2007 г. В Кыргызстане был достигнут значительный прогресс в сокращении инфраструктуры на *областном* уровне, однако успех в двух крупнейших городах страны был минимальным по причине политической власти «медицинской элиты» в сочетании с влиянием муниципальных органов власти. Болгария и Румыния являются примерами стран, где учреждениям по закупке медицинских услуг правительство фактически не предоставило инструментов или соответствующих мер, в результате чего эти страны добились минимального прогресса в процессе реструктуризации.

Зачастую механизм сбора доходов (или, точнее, условия, на основании которых средства передаются в учреждения, осуществляющие закупки) оказывает влияние на гибкость использования средств для осуществления закупок, что, в свою очередь, позволяет поставщикам услуг принимать внутренние решения о распределении средств с целью повышения эффективности работы. В частности, это касается доходов, которые проходят через государственную казначейскую систему или иным образом строго контролируются государственными бюджетными нормами и правилами. Теоретически нет никаких причин для ограничений гибкости при использовании средств как покупателями, так и производителями услуг. Опыт проведения реформ в регионе, однако, показывает, что в реальности дела обстоят, как пра-

вило, иначе. Опыт Казахстана и Кыргызстана, представленный в главе 10, показывает, что там, где «процесс формирования бюджета» государственных медицинских учреждений по-прежнему базировался на ресурсных постатейных нормах и их казначейские системы продолжали выделять средства на этой основе, было крайне трудно в полной мере ввести новые методы оплаты поставщиков медицинских услуг, ориентированные на оплату результата или подушевые принципы оплаты. Кроме того, существовал соблазн для казначейской системы взять на себя другие функции помимо улучшения управления государственными деньгами, а именно функцию контроля над распределением ресурсов поставщиков медицинских услуг<sup>117</sup>. Это несовместимо с общими стратегиями реформирования финансирования здравоохранения, направленными на разделение функций покупатель-поставщик и предоставление поставщикам большей автономии в части принятия внутренних решений по управлению ресурсами. Аналогичным образом строгие правовые и нормативные условия расходования средств НФМС Болгарии ограничивали использование его потенциальных возможностей влияния на рынок с тем, чтобы вызывать необходимые изменения на уровне медицинских учреждений. Страны, обеспечившие необходимую оперативную гибкость учреждениям, осуществлявшим закупки (часто сочетая механизмы закупки с определяющими системами управления доходами в государственном секторе), с меньшими трудностями проходили процесс создания новых систем закупки. Успешным примером является Республика Молдова, где была эффективно преобразована правовая база бюджетных средств, поступающих в НКМС, а также был изменен правовой статус поставщиков медицинских услуг. Таким образом, НКМС создавал стимулы для снижения мощностей, и производители медицинских услуг смогли адекватно отреагировать на эти стимулы.

## **D. Некоторые ошибки политики, которые нужно избегать**

Из опыта реформ также можно вынести уроки по тому, чего *не следует* делать как в плане политики, так и в плане ее реализации. Хотя большинство проблем, возникающих в ходе реформ, безусловно, зависят от контекста, ниже мы предлагаем список ошибок, наиболее часто встречавшихся во время разработки или реализации реформ финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА.

<sup>117</sup> Иногда это делалось намеренно в контексте реформы системы казначейства, однако финансовые власти не всегда до конца понимали природу здравоохранения как отрасли и, в частности, особенного статуса больниц, которые хоть и могли находиться в собственности государства, но регулировались частным правом (Fidler et al. 2006).

- Ошибка 1. Отношение к определению программы государственных гарантий как к решению бухгалтерских проблем, а не к инструменту политики.
- Ошибка 2. «Решение» проблемы неформальных платежей путем легализации их в виде со-платежей.
- Ошибка 3. Неполная или нерешительная реализация реформ.
- Ошибка 4. Внедрение взаимопротиворечащих стратегий.
- Ошибка 5. Нереалистичные ожидания от эффективного влияния инструментов финансирования здравоохранения на улучшение качества медицинской помощи.
- Ошибка 6. Введение страхования вначале только для работников формального сектора экономики в надежде на то, что экономический рост со временем приведет к всеобщему охвату населения, как это происходило во многих странах Западной Европы.
- Ошибка 7. Игнорирование услуг и программ общественного здравоохранения в процессе реформ финансирования здравоохранения и при проведении анализа политики развития сектора.

**Ошибка 1. Отношение к определению программы государственных гарантий как к решению бухгалтерских проблем, а не к инструменту политики.** Многие системы здравоохранения часто сталкиваются с необходимостью рассчитать «истинную» или «реальную» стоимость их программы государственных гарантий предоставления медицинской помощи. Часто это сопровождается рекомендациями по проведению широкомасштабных исследований по выяснению бремени болезней, определению стоимости и эффективности затрат. В сочетании с расчетными коэффициентами потребления и прогнозами поступлений теоретически возможно определить порог эффективности для включения или исключения услуг из программы государственных гарантий и, таким образом, «покупать» больше здоровья за счет ограниченных государственных средств.

На практике такой подход сталкивается с несколькими проблемами. Структурное наследие систем здравоохранения до переходного периода в сочетании со стремлением повышения их эффективности в последующем периоде привели к тому, что одной из основных целей реформ было изменение базовой структуры расходов на оказание медицинской помощи. В частности, необходимо было решать проблему фрагментации и создания стимулов для снижения постоянных расходов, связанных с поддержанием «тяжелой» инфраструктуры, доставшейся от прошлого. Поскольку «стоимость», с экономической точки зрения, представляет собой скорее функцию, чем простое оценочное значение, то полученная стоимость единицы услуги за любой год отражает как загрузку мощностей, так и неэффективность существующей структуры оказания услуг. Если в результате реструктуризации удастся снизить постоянные расходы, то на тот же самый объем государственных расходов можно будет закупить гораздо больше услуг, чем было до получения экономии от

повышения эффективности. Аналогично стоимость при более высоком уровне потребления будет меньше расчетной единицы стоимости, если сохранятся значительные избыточные мощности<sup>118</sup>. Таким образом, важно понимать функцию стоимости и производственную функцию оказания услуг, нежели чем просто иметь оценку стоимости единицы. Хуже того, фиксирование стоимости единицы услуг и заключение контрактов на этой основе может на деле сдерживать реструктуризацию, поскольку цена в контракте, вероятнее всего, будет чрезмерно высокой, что снизит стимулы для дальнейшего сокращения мощностей.

Второй проблемой, связанной с подходом к разработке программ государственных гарантий в странах ЦЕ/ВЕКЦА, была тенденция к чрезмерному их усложнению в результате детальных «научных» расчетов. На самом же деле, разработка программы государственных гарантий на основе таких расчетов является ни чем иным, как новым инструментом центрального планирования, который не принимает во внимание вопросы экономики здравоохранения в части взаимоотношений между пациентом и поставщиком услуг. Если, например, определение того, что включено или не включено в программу государственных гарантий, зависит от решения врача, то на это решение обязательно будут влиять интересы врача. Как показано в главе 7, с этим пришлось столкнуться некоторым странам, таким как Украина, Грузия и Армения. По сути, чрезмерная детализация программы государственных гарантий открывает возможности для манипуляций со стороны поставщиков и, таким образом, способствует увеличению неформальных платежей.

**Ошибка 2. «Решение» проблемы неформальных платежей путем легализации их в виде со-платежей.** Отношение к неформальным платежам как к проблеме, которую можно решить путем трансформации их в формальные со-платежи, является довольно распространенным. Истинная же проблема относится к стратегической цели обеспечения прозрачности прав и обязанностей населения, и программа государственных гарантий (и связанная с этим политика со-платежей) должна быть направлена на достижение этой цели. Хотя неформальные платежи, безусловно, отражают недостаток прозрачности, простая их формализация не обязательно приведет к ее росту. В особенности это верно в случае, когда в результате такой формализации появляется детализированный прейскурант на услуги. При разработке программы государственных гарантий и определении размеров со-платежей нужны расчеты для грубой оценки того, какие услуги можно позволить оказать в рамках доступного уровня финансирования, эти расчеты надо переводить в понятный для населения вид. Это можно сделать, например, путем определения прав

<sup>118</sup> Наличие избыточных мощностей (например, низкого уровня занятости коек в стационарах) приводит к тому, что предельные затраты от возросшего потребления будут ниже средних затрат, что отразится на расчете стоимости единицы услуг.



по уровням оказания медицинской помощи (например, посещение врача первичного звена), а не указывать длинный список диагнозов. Аналогично по отношению к со-платежам — составить схему с несколькими уровнями со-платежей, чтобы люди имели возможность понять, сколько им придется заплатить, прежде чем они обратятся за помощью.

**Ошибка 3. Неполная или нерешительная реализация реформ.** Реформы, которые проводились в странах ЦЕ/ВЕКЦА, отличаются большим разнообразием содержания и контекстов реализации. Несмотря на все различия, всех успешных реформаторов (Чешская Республика, Эстония, Кыргызстан, Республика Молдова и Словения) объединяет полная реализация реформ и последовательное развитие институтов после принятия решения об общем направлении движения. К примеру, несмотря на сложности, которые поначалу испытывала чешская система после введения в 1993 г. конкурентной модели страхования, все усилия были направлены на то, чтобы улучшить функционирование этой системы, что подтверждается изменениями, со временем введенными в отношении механизма уточнения рисков. Аналогично в Эстонии и Словении, за первоначальными решениями по внедрению соответствующих вариантов модели «единого плательщика» (в Словении с дополнительным ДМС) последовало усиление покупательной способности ФСС. Несмотря на более низкий уровень доходов и большие финансовые ограничения в Кыргызстане и Республике Молдова, они действовали по такому же плану: полностью реализовали выбранный подход к реформам, а затем последовательно усиливали ключевые агентства — ФОМС<sup>119</sup>.

В отличие от вышеперечисленных случаев, можно привести множество примеров стран, которые приняли решение о направлении реформ, но не довели дело до конца. Один пример — Российская Федерация. Изначально для решения проблемы унаследованной фрагментации была выбрана модель ТФОМС с участием конкурирующих страховщиков в каждом регионе. На практике же эти планы были реализованы не до конца, так как большинство местных администраций, которые должны были перечислять средства в систему на страхование неработающего населения, предпочитали напрямую финансировать собственные медицинские учреждения. В результате система стала еще более фрагментированной, а ключевые проблемы эффективности так и остались нерешенными. Аналогично в Албании ИМС за 10 лет со времени его основания в 1995 г. так и не стал единым плательщиком, в качестве которого создавался, и бюджетные средства продолжали течь напрямую в медицинские учреждения. Кроме того, правительство не создало

<sup>119</sup> Это не значит, что в данных странах не возникало препятствий для реформ и не было риска отката назад или полной их отмены. Чрезвычайно важным для процесса реформ (как показано в разделе Е данной главы) было создание условий для анализа и документирования результатов, которые можно было предъявить в случае возникновения подобных рисков. В некоторых странах (таких как Кыргызстан и Молдова) доноры также сыграли важную роль для плановой и полноценной реализации реформ.

условия, необходимые ИМС для того, чтобы стать мощным и активным агентством по закупке услуг. Примеры Албании и Российской Федерации (проанализированные в главе 5), как и примеры многих других стран, подчеркивают важность полноценной реализации реформ и недопустимость полумер.

**Ошибка 4. Внедрение взаимопротиворечащих стратегий.** Несмотря на то что компромиссы являются неотъемлемой частью любого процесса реформ, необходимо следить за тем, чтобы они не вступали в фундаментальные противоречия с целями снижения фрагментации и создания финансовых стимулов для повышения эффективности. Как в Албании, так и в Российской Федерации были созданы институты, которые могли бы последовательно провести необходимые изменения в их системах, однако этому помешала неспособностью должным образом скоординировать (или объединить) поступления из бюджета и от налогов на заработную плату. Аналогичным образом, как показано в главе 6, ограничения, наложенные на болгарский НФМС, по сути, не позволяли ему реализовывать свою функцию по закупке услуг. Киргизские реформы в течение первых нескольких лет также сталкивались с противоречиями: стимулы к снижению постоянных расходов, создаваемые применением ФОМС методов оплаты производителей медицинских услуг на основе результатов деятельности, и прогресс в трансформации неформальных платежей в формальные со-платежи вступили в противоречие с бюджетным процессом, в основу которого положен ресурсный принцип, и строгими правилами казначейской системы (см. главу 10). Эти противоречия приводили к сокращению бюджетных поступлений в результате сокращения мощностей и внезапного появления «новых денег», поступающих в бухгалтерию больниц от уплаты пациентами со-платежей. Ключевым фактором в этом и других позитивных случаях было понимание того, на какие компромиссы можно идти, а на какие нельзя. К последним относятся такие меры, которые противодействуют достижению целей сокращения фрагментации и изменения системы стимулов.

**Ошибка 5. Нереалистичные ожидания от эффективного влияния инструментов финансирования здравоохранения на улучшение качества медицинской помощи.** Несмотря на общепризнанный факт, что в доперестроечный период используемые методы оплаты производителей медицинских услуг создавали стимулы к поддержанию устаревших клинических практик и не способствовали улучшению качества помощи, примеры этих (и других) стран показывают, что влияние методов закупок на повышение качества медицинской помощи довольно ограничено (Figueras, Robinson and Jakubowski 2005; Velasco-Garrido et al. 2005; Maynard 2008). Для регулярного принятия решений о закупке услуг с учетом их качества необходимо систематическое измерение в реальном времени качества предоставляемых услуг, что затруднительно из-за его природы. Таким образом, хотя покупатели услуг могут и должны пользоваться стандартами качества, роль финансовых стимулов для его

улучшения не столь велика. Это же соображение верно и в более широком контексте финансовой политики. Финансовые стимулы необходимо совмещать с изменениями в медицинском образовании и с процессом повышения качества предоставляемых услуг на уровне медицинских учреждений<sup>120</sup>. Этот вопрос в настоящее время становится приоритетным в повестке дня тех стран, которые относительно успешно провели реформы финансирования здравоохранения, но еще не добились улучшения качества медицинских услуг и показателей здоровья населения. Безусловно, система закупок услуг имеет большое значение для улучшения их качества, однако странам следует избегать излишнего усложнения финансовых стимулов (как и санкций за плохое качество), направленных на улучшение качества. В большинстве случаев достаточно будет устранить стимулы, способствующие поддержанию плохой или недостаточно организованной помощи, и заменить их нейтральными.

**Ошибка 6. Введение страхования вначале только для работников формального сектора экономики в надежде на то, что экономический рост со временем приведет к всеобщему охвату населения, как это происходило во многих странах Западной Европы.** В отношении стран с низким и средним уровнем дохода, а также стран с переходной экономикой в целом существует мнение, что им для развития универсальной системы здравоохранения с всеобщим охватом следует идти по пути, проложенному такими странами Западной Европы, как Германия или Соединенное Королевство. Сторонники такого подхода на основании исторических данных утверждают, что развивающимся странам и странам с переходной экономикой, в которых высока доля личных платежей граждан в момент получения медицинской помощи, следует начинать процесс с введения ДМС и постепенно, с ростом экономики и формального сектора, увеличивать охват населения (Busse, Schreyögg and Gericke 2007). Мы считаем, что такой подход в корне неверен, поскольку базируется на непонимании функциональных основ финансирования здравоохранения, которые заключаются в том, что в каждой стране уже существуют системы сбора средств, их объединения и закупки услуг, а следовательно, реформы не могут начинаться с «чистого поля отсутствия страхования». Кроме того, сторонники данного подхода не видят разницы в условиях современных стран с низким и средним уровнем дохода и западноевропейских стран 70–100 лет назад<sup>121</sup>. Та-

<sup>120</sup> Параллельно с проведением реформ финансирования и оплаты услуг поставщиков можно было бы ввести определенные инициативы по контролю качества, так чтобы со временем эти системы пересеклись. К примеру, введение аккредитации или внутренних процедур по улучшению качества, которые впоследствии стали бы необходимым условием для заключения контракта с поставщиком.

<sup>121</sup> В частности, это касается совершенно иных возможностей и стоимости медицинских технологий (в том числе лекарств), существующих сегодня, по сравнению с тем, что было 75 лет назад. В начале XX в. вероятность того, что затраты на медицинские услуги доведут пациента до обнищания, была чрезвычайно мала, но, с другой стороны, результаты, которые можно было от этих услуг получить, были ограничены. Сегодня даже в самых бедных странах существуют системы здравоохранения, доступны дорогие медицинские техноло-

кой пассивный подход может быть призывом к бездействию стран с ограниченными ресурсами или низким потенциалом экономического роста, тогда как именно эти страны нуждаются в принятии эффективных мер, направленных на разрешение стоящих проблем.

В противоположность этому подходу мы считаем, что даже в случае со странами с низким и средним уровнем дохода есть большой потенциал для активных действий, и это подтверждается описанными в данной книге реформами в Кыргызстане и Республике Молдова. Поскольку современные медицинские технологии в настоящее время доступны любым странам, возможности для принятия тех или иных решений сейчас коренным образом отличаются от тех, которые были в середине прошлого века у стран Западной Европы. Путь «постепенного роста» страхования вместе с ростом формального сектора, вероятнее всего, приведет к сегментированию системы (Londoño and Frenk 1997; González Rossetti 2002), поскольку изначально застрахованные группы будут скорее стремиться сохранить их доступ к медицинским услугам, нежели чем способствовать включению остального населения в программу страхования. Следовательно, важно изначально, в процессе разработки реформ, включить в дизайн системы универсальность (Kutzin 2007). Именно это подтверждается опытом большинства стран ЦЕ/ВЕКЦА, которые объединили бюджетные поступления с новым механизмом ОМС. Кроме того, поскольку до реформ для систем здравоохранения стран с переходной экономикой были характерны не только чрезмерные мощности и низкая эффективность, но и всеобщий охват, перед реформаторами стояли (и продолжают стоять) задачи по решению проблем эффективности без ущерба для принципа всеобщности охвата. Неэффективность системы выливается в перебои в финансировании, что, в свою очередь, приводит к росту частных расходов граждан на медицинскую помощь, при этом больше всего страдают самые бедные. Таким образом, использование финансовых инструментов для решения проблем неэффективности вместо фрагментации системы путем введения добровольного страхования кажется нам более приемлемым подходом. Безусловно, можно надеяться на то, что рост экономики приведет к значительному и устойчивому росту поступлений, что, в свою очередь, позволит улучшить доступ населения к услугам и финансовую защиту, однако было бы безответственно со стороны государственных деятелей (и их советников) основывать финансовую политику в области здравоохранения на «надежде».

### **Ошибка 7. Игнорирование услуг и программ общественного здравоохранения в процессе реформ финансирования здравоохранения**

---

гии и ресурсы (например, в национальных специализированных больницах). Это, в свою очередь, требует разработки государственной политики по организации доступа к этим услугам. Таким образом, рекомендации просто следовать по тому пути, по которому прошли системы здравоохранения Западной Европы, не принимают во внимание важные различия в контекстах и, соответственно, являются неприемлемыми.

**ния и при проведении анализа политики развития сектора.** Как показывает данная книга, накоплен достаточный опыт реформирования систем финансирования здравоохранения в странах ЦЕ/ВЕКЦА, при этом значительным исключением являются реформы финансирования услуги и программ общественного здравоохранения. В большинстве случаев новые агентства, такие как ФОМС, лишь очень ограниченно занимались закупкой подобных услуг. Тем не менее финансированию данного сектора реформы требуются не в меньшей степени — именно из-за их отсутствия (а также из-за отсутствия реформ в сфере предоставления услуг) во многих странах региона существуют критические проблемы с санитарно-эпидемиологическим контролем. Такие промахи свидетельствуют не столько о неадекватной политике, сколько о непонимании сути проблемы. Как показано в главе 9, для анализа услуг и программ общественного здравоохранения могут с успехом использоваться те же подходы, что и для анализа финансирования индивидуальных услуг, включаемых в программу государственных гарантий. Кроме того, если не решить ключевых проблем фрагментации и несогласованности действий в отношении этого вида услуг, успехи стран ЦЕ/ВЕКЦА в улучшении здоровья собственного населения будут весьма ограниченными. Дальнейшее игнорирование проблем финансирования и оказания услуг этого сектора здравоохранения недопустимо. Для стран, которые в значительной степени полагаются на внешние источники финансирования для оказания отдельных видов услуг общественного здравоохранения (например, программы борьбы с ВИЧ и туберкулезом, финансируемые Глобальным фондом), отсутствие прогресса в решении фундаментальных системных проблем может не только замедлить прогресс, но и иметь более серьезные последствия. Вливание все больших средств в нереструктурируемую систему (например, в фрагментированные системы финансирования и оказания услуг по борьбе с туберкулезом, характерные для большинства стран региона) сродни подливанию масла в огонь — оно лишь усиливает фрагментацию и тормозит решение проблемы, не затрагивая ее фундаментальные причины.

## **Е. Уроки, связанные с планированием реформ**

В двух предыдущих разделах мы рассказали об уроках, связанных с содержанием реформ финансирования здравоохранения. Теперь мы хотели бы уделить внимание правильному планированию процесса. Как и в случае с содержанием, конкретное время проведения каждого этапа реформ очень зависит в значительной мере от контекста, поэтому «уроки», о которых мы говорим, нельзя воспринимать как руководство. Тем не менее опыт стран ЦЕ/ВЕКЦА позволяет рассмотреть некоторые основные положения.

### i. Последовательность целей

В главе 1 мы предложили ряд целей политики финансирования здравоохранения, применимый в отношении любых стран, хотя, безусловно, в зависимости от конкретной страны их относительная значимость (или относительная значимость связанных с ними проблем) будет отличаться. Принимая во внимание структуру унаследованной системы здравоохранения, а также новый контекст, заключающийся в ограниченных доходах государства и изменившихся ценах на ресурсы, **наивысшим приоритетом является разрешение проблем неэффективности организации системы оказания услуг** (для многих стран так оно остается и по сей день). Это не значит, что задача повышения эффективности является более важной, чем, скажем, обеспечение финансовой защищенности, равенства доступа или прозрачности. Смысл состоит в том, что решение проблем структурной эффективности необходимо решать раньше остальных проблем или, по крайней мере, одновременно с ними.

В самом деле, унаследованная неэффективность оказала непосредственное влияние на другие цели системы. Чем больше правительство тратило на обеспечение энергией (отопление, электричество и т.д.) всей огромной и плохо обслуживаемой физической инфраструктуры (эта величина в разные периоды в разных странах доходила до 20 % от государственных расходов на здравоохранение), тем меньше средств оставалось на финансирование переменных расходов, таких как приобретение медикаментов (см. главы 6 и 8). Это, в свою очередь, означало, что пациентам приходилось платить за лекарства за счет собственных средств больше, чем если бы система была более отлажена и эффективна. Необходимость осуществления таких платежей создает препятствия для потребления услуг бедными слоями населения, и если они все-таки решаются заплатить, то это сильно сказывается на их финансовом положении. Таким образом, возникала — и продолжает существовать — **проблема влияния последствий структурной неэффективности на распределение: из-за неэффективности бедные страдают больше**. Поскольку такие платежи зачастую носят неформальный характер, эта проблема выливается также в проблему прозрачности. До тех пор пока системы будут продолжать «выбрасывать на ветер» выделяемые им государственные ресурсы, невозможно будет достичь большого прогресса в улучшении финансовой защищенности, равенства и прозрачности. Это же касается и здоровья общества в целом, особенно принимая во внимание неэффективность финансирования услуг и программ общественного здравоохранения. Более того, если нет доказательств эффективного расходования имеющихся в системе средств, чрезвычайно сложно добиваться от государства увеличения финансирования. Таким образом, решение проблем структурной эффективности является приоритетным для реформ финансирования здравоохранения. Решив их, можно будет достичь более ощутимых успехов в решении проблем равенства, финансовой защищенности и прозрачности.

## ii. Последовательность действий

Как было сказано выше, приоритетной целью реформ является решение проблемы структурной эффективности. Это, в свою очередь, позволит снизить фрагментацию и устранить стимулы для расширения мощностей. В свою очередь, для достижения этих целей требуется четкая организация инструментов реформ. В теории существует много способов уменьшения фрагментации и изменения стимулов. Однако, как показывает опыт реформ, существует большая разница между тем, что теоретически возможно, и тем, что практически (или политически) применимо.

Как мы уже отмечали, снижение фрагментации объединения средств и изменение методов оплаты поставщиков медицинских услуг являются ключевыми предпосылками для успеха реформ (см. главы 5 и 6). Несмотря на то что создание нового механизма сбора средств с концептуальной точки зрения не является обязательным условием для осуществления изменений (как это показывает опыт таких стран, как Соединенное Королевство, Финляндия, Швеция и др.), большинству стран ЦЕ/ВЕКЦА не удалось внедрить эти изменения с использованием существующих систем управления государственными финансами. Для сколько-нибудь значимых изменений потребовалось создание новых агентств для объединения средств и закупки услуг — ФМС (под разными названиями, с разными правами, различным сочетанием источников финансирования и т.д.). Таким образом, еще одним важным шагом реформ было создание нового агентства, которому обычно сопутствовало введение нового адресного налога (яркий пример этому — Армения). Налог не обязательно должен был быть высоким (например, в Кыргызстане он составлял — и сейчас составляет — всего 2 % от заработной платы), но его введение, похоже, является необходимым средством для проведения *институциональных изменений, способствующих проведению более широких реформ финансирования здравоохранения*. Возможно, важнейшая заслуга новых ФОМС состоит в том, что они способствовали (или даже послужили катализатором) возникновению новых подходов к объединению средств и закупке услуг, а именно разделения функций покупатель-поставщик. С учетом изначальной вертикальной интеграции и избыточности структуры поставщиков это разделение также явилось важным шагом. Кроме того, новые институты, создаваемые для поддержки и функционирования новых страховых агентств, имели в явной или неявной форме мандат на ведение дел «по-новому» и модернизацию отношений между покупателем и поставщиками медицинских услуг. Другими словами, они были ключевыми *агентами перемен* в процессе реформ. С этой точки зрения, основная роль налога на заработную плату состояла не в получении новых доходов, а в том, что он был неотъемлемой частью (опять же, на практике, а не в теории) пакета мер по организации новой институциональной структуры системы здравоохранения.

Опыт показывает, что многие успешные реформы начинались с одновременного введения нового адресного налога (обычно налога на

заработную плату) и организации нового агентства по объединению средств и закупке услуг. К сожалению, опыт также показывает, что с этого начинались и многие реформы, не достигшие успеха. Простого создания нового агентства недостаточно для того, чтобы оно стало реальным агентом перемен. **Создание нового агентства должно сопровождаться комплексом мер по усилению функции закупки услуг.** В большинстве стран создание новой внебюджетной организации, не подчиняющейся МЗ, было необходимо для преодоления препятствий унаследованной системы. В более успешных странах новые роли и отношения между покупателем и поставщиками укоренились, и исчез риск возврата к прежним методам ведения дел. Таким образом, создавая новую организацию (или организации) по закупке услуг, необходимо также создать условия для ее (или их) эффективной деятельности. Одним из таких условий является время. Для хорошей работы покупатель услуг должен иметь соответствующие навыки и системы, позволяющие обеспечить эффективный переход от практики распределения средств на ресурсной основе к практике распределения, основанной на учете результатов деятельности. Этим агентствам также необходимо время, достаточное для осознания фундаментальных ограничений, препятствующих осуществлению активных закупок услуг, таких как базовые правила государственного финансирования/бюджетного процесса, институциональные или управленческие ограничения на уровне поставщиков и т.д. Предоставление достаточного времени покупателям услуг требует политической воли, чтобы преодолевать возникающие в процессе сложности. Хорошими примерами могут служить Чешская Республика, где власти продолжали следовать выбранной модели, несмотря на значительные трудности середины 1990-х гг., и Кыргызстан, где покупательная способность ФОМС формировалась на протяжении четырех лет. Такое постепенное развитие позволило ФОМС перейти от управления небольшим пулом средств к объединению всех бюджетных средств и поступлений от налога на заработную плату для закупки услуг в рамках программы государственных гарантий.

Частью процесса по созданию сильного агентства по закупкам, внедрению адекватной системы стимулов и устранению противоречий в политике является также **создание для агентства четкой и ясной структуры руководства и подотчетности** (глава 13). Несмотря на то что «самой лучшей» модели не существует, необходимо стремиться к тому, чтобы политика закупок услуг соответствовала общей политике развития сектора здравоохранения, а также чтобы была организована прозрачная система отчетности использования средств. Принимая во внимание то, что покупатели услуг должны быть свободны от многих ограничительных элементов базовой системы управления государственного финансирования, необходимо разработать механизмы, которые давали бы правительству и населению уверенность в новом методе управления средствами (особенно перед претворением в жизнь решения об организации большого пула государственных средств вне казначейской системы). В идеале такая отчетность должна стремиться к



годовому отчету, предоставляемому ЭФМС, в котором дается не только информация о доходах и расходах, но и оценка деятельности, учитывающая ряд показателей удовлетворенности населения, доступности медицинских услуг и качества (ЕНІF 2009).

Хорошее руководство и подотчетность могут также сопровождаться последовательным анализом и отчетами о функционировании системы финансирования в разрезе поставленных стратегических целей. Такая отчетность хорошо характеризует деятельность агентства по закупкам услуг, даже в том случае, если проводится сторонней организацией. Хорошим примером может служить процесс проведения реформ в Кыргызстане. С момента принятия концепции «единого плательщика» процесс реформ включал в себя составление регулярных отчетов в рамках заранее определенных схем мониторинга и оценки, включавших предоставление аналитических отчетов о сокращении избыточной инфраструктуры, снижении неформальных платежей, достижении равенства в финансировании и потреблении услуг, а также увеличении финансовой защищенности населения (см., например, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic 2008). Постоянный поток аналитических отчетов и оценочных исследований чрезвычайно благоприятно повлиял на решение агентств-доноров о выделении денег напрямую в систему «единого плательщика» (средства на закупку услуг в рамках программы государственных гарантий, управляемые ФОМС Кыргызстана), а не в отдельные проекты, а также мотивируя тем самым увеличение доли государственных расходов на здравоохранение. В общих словах, страны (такие как Чешская Республика, Республика Молдова и Словения), которые продемонстрировали твердую приверженность официальной отчетности по использованию средств и предоставлению отчетов о своем прогрессе в деле достижения стратегических целей, смогли добиться наиболее стабильной реализации реформ и показать наилучшие результаты. Таким образом, можно заключить, что отчетность об использовании средств и результатах деятельности является ключевым элементом для обеспечения политической поддержки реформ финансирования.

Можно сделать вывод, что вслед за определением приоритетной (в плане времени) цели — решения проблемы структурной эффективности системы — первым ключевым шагом по реализации реформы должно быть создание и усиление агентства, ответственного за объединение средств и закупку услуг. Организация такого агентства (или точнее, ответственности) вне системы управления государственными финансами обычно шло в связке с новым источником средств (обычно налогом на заработную плату) для того, чтобы создать новую систему стимулирования в отрасли и *создать процесс*, отличающийся от унаследованного бюрократического процесса<sup>122</sup>. С данным аспектом реформ

<sup>122</sup> Примечательно, что даже в Казахстане, где ФОМС просуществовал только с 1996 по 1998 г., новые системы оплаты, ориентированные на результат, были сохранены и использованы в дальнейшем в рамках областных департаментов здравоохранения. Такой подход до сих пор остается центральным элементом финансирования здравоохранения в данной стране. Не-

тесно связано предоставление большей управленческой автономии поставщикам услуг, по крайней мере, в отношении средств, поступающих на новых условиях из новых агентств. В силу того, что в условиях большей автономии приходится принимать решения о внутреннем перераспределении ресурсов, вместо того чтобы просто реализовывать по-статейные бюджеты, возникает потребность (как у поставщиков, так и у покупателя услуг и должностных лиц) в улучшении управленческих навыков и систем на уровне поставщиков медицинских услуг. Подобные улучшения без предоставления дополнительной автономии или изменения правил работы системы финансирования не приведет к сколько-нибудь длительному положительному эффекту. Внедрение изменений на уровне поставщиков можно производить одновременно с расширением автономии, однако неразумно вводить их с опережением или «ждать, пока поставщики не будут готовы», прежде чем расширять ее. Управленческие ошибки неизбежны, однако система не будет развиваться, если реформы будут ждать «правильного времени», поскольку это время придет только тогда, когда изменятся «правила игры».

Один из наиболее важных уроков планирования реформ касается изменений в программе государственных гарантий предоставления медицинской помощи. Опыт стран ЦЕ/ВЕКЦА показывает, что реформирование государственных гарантий (и связанных с этим политик со-платежей) вряд ли может быть успешным без предварительных изменений в системах объединения средств и стимулирования. Этот вывод имеет непосредственное отношение к более общей рекомендации о том, что сначала необходимо решить проблемы структурной эффективности, а затем приступать к осуществлению прочих целей, таких как достижение равенства и прозрачности. Страны, которые добились большего успеха в процессе реформ, сначала уделяли внимание организации соответствующих институциональных систем для объединения средств и закупки услуг и лишь по прошествии некоторого времени приступали к реализации мер, направленных на совершенствование прав в сфере получения медицинской помощи и сокращение разрыва между обещанными и реально предоставляемыми услугами. Для тех стран, где неформальные платежи свидетельствуют о неисполненных обещаниях, наилучшим выходом стало бы проведение системных изменений с целью повышения эффективности посредством снижения фрагментации, создания соответствующих стимулов, (предполагаемого) увеличения денежных средств, проходящих через покупателя услуг, а также информирования населения об их правах в сфере получения медицинской помощи и о том, за что они должны платить. Таким образом, идея заключается не в том, чтобы устранить неформальные платежи путем установления точного баланса между доходами и стоимостью оказания услуг в рамках государственных гарантий, а в том, чтобы с течением времени снизить неформаль-

---

смотря на то что этот пример уменьшения фрагментации и изменения системы стимулов действует в рамках государственной структуры управления финансами, его реализация представляла собой выход за рамки этой структуры.

ные платежи в результате комплексных системных реформ. Однако, как оказалось, начинать реформы финансирования с внесения крупных<sup>123</sup> изменений в программы государственных гарантий довольно проблематично. Кроме того, это опасно с политической точки зрения, поскольку определение прав и обязанностей в отношении гарантированных медицинских услуг является, возможно, наиболее видимой для населения частью политики по финансированию здравоохранения. Если правительство не может исполнить взятых на себя обязательств (как можно видеть из опыта Армении и Грузии), падает доверие ко всему процессу реформ.

## Г. Заключение

В данной книге мы рассмотрели опыт стран ЦЕ/ВЕКЦА проведения реформ финансирования здравоохранения. Вместо того чтобы сказать несколько слов в отношении каждой страны, мы постарались подойти к вопросу в соответствии с описанной в главе 1 функциональной схемой, представить доказательства, основанные на подтверждаемой документально информации, примеры проведения реформ. Хотя описание опыта и является, по определению, взглядом назад, нашей целью было вывести некоторые уроки для сегодняшних государственных деятелей и тем, кто завтра придет им на смену. Несмотря на то что страны региона начали реформы с приблизительно одинакового уровня (с определенными различиями, которые описаны в главе 2), с 1990 г. они претерпели столько изменений, что употребление единого для всех стран термина «переходный» кажется нам уже не совсем подходящим и не способствующим пониманию контекста стран ЦЕ/ВЕКЦА. Тем не менее в этих странах, как и во всех странах мира, система здравоохранения испытывает разного рода проблемы. В решении этих проблем могут помочь реформы финансирования. Опыт проведения этих реформ позволяет сделать ряд важных рекомендаций для государственных деятелей (из-за специфики каждой страны данные рекомендации носят общий характер).

- 1) Четко определите, какие проблемы стоят перед системой, и на основании этого устанавливайте цели реформ.** Несмотря на успехи некоторых стран, проблемы структурной эффективности по-прежнему остаются, по большому счету, нерешенными, прогресс в этом вопросе является необходимым условием для успешного достижения других целей, таких как финансовая защищенность, равенство доступа и прозрачность.

---

<sup>123</sup> Безусловно, простые меры, такие как создание «негативного списка» или списка услуг, не включаемых в программу государственных гарантий (обычно сюда включаются спа или пластическая хирургия, которые не являются необходимыми с медицинской точки зрения, и т.д.), могут быть осуществлены довольно быстро.

- 2) **Определите все источники фрагментации и возможности (как технические, так и политические) для их сокращения или ослабления их действия.** Аналогичным образом определите, есть ли расхождения между существующей системой организации финансирования и оказания услуг, а также между ними и установленными стратегическими целями.
- 3) **Разработайте стратегию снижения фрагментации и выработайте нацеленную на это систему стимулов.** Ключевым здесь является усиление механизмов закупки услуг и изменение потоков бюджетных средств с субсидирования предложения на субсидирование закупки услуг от имени населения. С этим связаны, в свою очередь, реформы объединения средств с целью уменьшения фрагментации или, по меньшей мере, координации использования средств, поступающих из различных государственных источников.
- 4) **Полностью внедрите выработанную стратегию, обращая особое внимание на то, по каким положениям можно идти на компромисс, а по каким положениям компромисс может быть опасен.** К последним относится все, что может помешать достижению целей по уменьшению фрагментации и созданию системы стимулов для усиления функций закупки и увеличения возможностей перераспределения.
- 5) **Сопровождайте проведение реформ доступной для широких масс отчетностью и анализом проводимой политики.** Отчетность необходима для обеспечения прозрачности, чтобы и общественность, и правительство были уверены в том, что средства расходуются на соответствующие цели. Это полезно даже в тех случаях, когда вы не связаны жесткими ограничениями системы управления государственными финансами. Анализ же необходим для определения и решения проблем, которые неизбежно возникнут в ходе процесса реализации реформ, а также для того, чтобы продемонстрировать эффект реформ на достижение стратегических целей. Следование данной рекомендации поможет вам получить политическую поддержку реформ и, следовательно, возможность полностью реализовать выбранную стратегию.

Безусловно, для достижения успеха в проведении реформ четкой реализации технических аспектов недостаточно. За возможностью страны последовать любой из выше перечисленных рекомендаций стоит определенный политический контекст принятия решений. Если отвлечься от технической стороны вопроса, способность новой организации (например, ФОМС) быть эффективным агентом перемен в системе здравоохранения ключевым образом зависит от политического контекста и «разрешительной среды»<sup>124</sup>, в рамках которой организация действует. Несмотря на то что этот факт и является реальным «жизнен-

<sup>124</sup> Этот термин взят из сферы государственного управления и обозначает субъектов, от которых зависит авторизация тех или иных действий управляющего в государственном секторе, что является ключевым детерминантом его деятельности (и деятельности его агентства) (McLaughlin and McLaughlin 2008).

ным уроком», это не руководство к действию, которое можно было бы просто применить на практике.

Возможно, более полезным в политическом отношении будет вывод, что для реформы финансирования здравоохранения, как и для реформ политики вообще, наиболее важным является *эффективное, последовательное управление*. Под этим мы подразумеваем руководство и координацию государственной политики, которые осуществляет правительство в отношении разработки, реализации, управления и мониторинга реформ финансирования здравоохранения. Все ключевые элементы эффективного процесса реформ, которые мы упоминали в данной главе (определение проблем, постановка стратегических целей, выбор инструментов, расстановка приоритетов и определение последовательности реализации реформ, координация функций и т.д.), должны определяться, интегрироваться, координироваться и управляться объективно с использованием подходов, доказавших свою эффективность. Необходимо твердое руководство с использованием плана реформ и руководящих принципов, которые могут быть адаптированы к изменяющимся в ходе реализации реформы реалиям. Именно это характерно для стран, добившихся относительных успехов в реформах, а именно Чешской Республики, Эстонии, Кыргызстана, Республики Молдова и Словении. В каждой из них использовался свой набор политических инструментов, однако для всех них характерны определенные общие черты. В каждом случае принималось решение о базовой структуре реформированных систем и затем, с течением времени, предпринимались шаги по улучшению ее функционирования. В процессе реформ они использовали полученные сведения для публичной отчетности и принятия решений о дальнейших действиях, причем у каждой страны имеется четкая информация об использовании средств покупателями услуг и результатах их деятельности. Это обеспечило политическую и финансовую поддержку со стороны правительства и населения для дальнейшей трансформации их системы финансирования. Все они также избегали неожиданных и многочисленных изменений в направлениях реформ и в «правилах игры», распространяющихся на всех участников системы.

В процессе реформ невозможно поставить точку, поэтому для определения момента, когда необходимы перемены, и разработки соответствующих мероприятий требуется хорошее руководство. Во всех странах ЦЕ/ВЕКЦА управление здравоохранением могло бы быть усилено за счет применения постоянно действующей системы оценки соответствия текущих результатов проведения реформ поставленным стратегическим целям, определения непредусмотренных последствий и модернизации процесса реформ. Остается надеяться, что, опираясь на уроки, полученные за первые 15–20 лет переходного периода, государственные деятели получают больше возможностей для разработки и реализации комплексных стратегий финансовых реформ в будущем.

## Литература

---

- Balabanova D et al. (2004). Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health Services Research*, 39:1927–1949.
- Busse R, Schreyögg J, Gericke C (2007). *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries*. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington, DC, World Bank.
- EHIF (2009). *Estonian Health Insurance Fund annual report 2008*. Tallinn, Estonian Health Insurance Fund ([http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Majandusaasta%20aruanne%202008\\_ENG.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Majandusaasta%20aruanne%202008_ENG.pdf), accessed 3 December 2009).
- Fidler AH et al. (2006). Incorporation of public hospitals: a “silver bullet” against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case studies from Austria and Estonia. *Health Policy*, 81(2–3):328–338.
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (2005). Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press:44–80.
- González Rossetti A (2002). Social health insurance in Latin America. Background paper. In: *DFID Health Insurance Workshop, London, 9–10 April 2002*. London, Institute for Health Sector Development.
- Kutzin J (1997). Health insurance for the formal sector in Africa: ‘yes, but...?’. *Current Concerns* series, ARA Paper No. 14. Geneva, World Health Organization Division of Analysis, Research and Assessment (WHO/ARA/CC/97.4).
- Kutzin J (2007). Myths, instruments and objectives in health financing and insurance. In: Holst J, Brandrup-Lukanow A, eds. *Extending social protection in health. Developing countries’ experiences, lessons learnt, and recommendations*. Eschborn, GTZ, International Labour Organization and World Health Organization.
- Kutzin J, Jakab M, Shishkin S (2009). From scheme to system: social health insurance and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. [In: Chernichovsky D, Hanson K, eds. *Innovations in health system finance in developing and transitional economies*.] *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 21:291–312.
- Lloyd-Sherlock P (2006). When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 40(4):353–368.
- Londoño J-L, Frenk J (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1):1–36.
- Maynard A (2008). *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([http://www.euro.who.int/Document/HSF/P4P\\_Estonia.pdf](http://www.euro.who.int/Document/HSF/P4P_Estonia.pdf), accessed 3 December 2009).
- McLaughlin CP, McLaughlin C (2008). *Health policy analysis: an interdisciplinary approach*. Sudbury, MA, Jones and Bartlett.
- Ministry of Health of the Kyrgyz Republic (2008). *Mid-term review report: Manas Talimi Health Sector Strategy*. Bishkek, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic.
- Savedoff WD (2004). Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 19(3):183–184.

Thomson S et al. (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. Background document prepared for the Czech Presidency of the European Union conference on the financial sustainability of health systems in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Velasco-Garrido M et al. (2005). Purchasing for quality of care. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press:215–235.