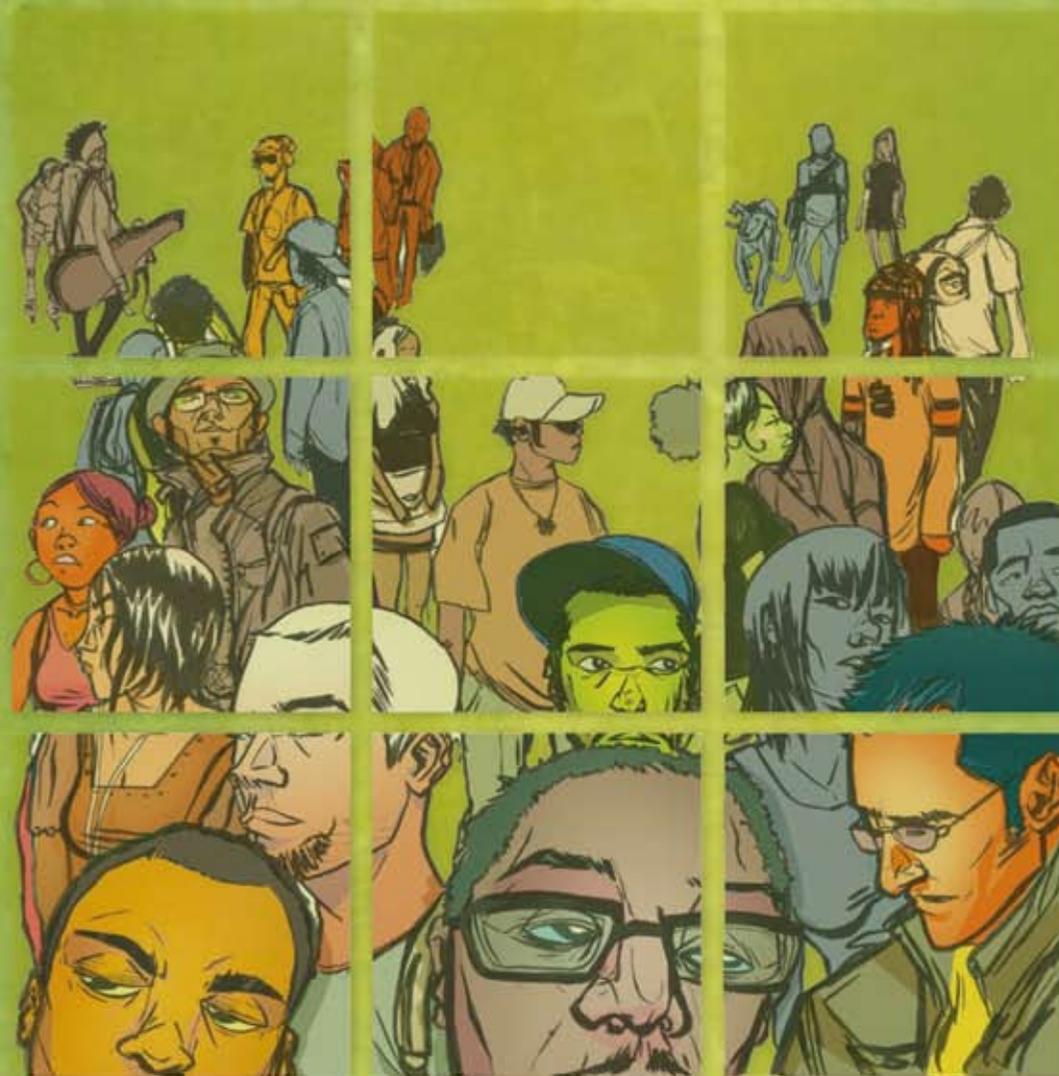


Доклад о состоянии здравоохранения в мире



ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью



Всемирная организация
здравоохранения

Доклад о состоянии здравоохранения в мире



ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью



**Всемирная
организация
здравоохранения**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

The world health report: health systems financing: the path to universal coverage.

1.World health - trends. 2.Delivery of health care - economics. 3.Financing, Health. 4.Health services accessibility. 5.Cost of illness. I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 156402 1

(NLM classification: W 84.6)

ISBN 978 92 4 068480 5 (electronic version)

ISSN 1020-3311

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе публикаций Всемирной организации здравоохранения по адресу: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел публикаций ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, их правительств или делимитации их границ. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте, или рекомендует их к использованию. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, явно выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование данного материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

■ Данный доклад о состоянии здравоохранения в мире подготовлен под общим руководством Carissa Etienne, помощника Генерального директора, Системы здравоохранения и услуги, и Anarfi Asamoah-Baah, заместителя Генерального директора. Основными авторами доклада являются David B Evans, Riku Elovainio и Gary Humphreys; при участии Daniel Chisholm, Joseph Kutzin, Sarah Russell, Priyanka Saksena и Ke Xu.

Материалы для вставок и результаты анализа данных были предоставлены: Ole Doetinchem, Adelio Fernandes Antunes, Justine Hsu, Chandika K Indikadahena, Jeremy Lauer, Nathalie van de Maele, Belgacem Sabri, Hossein Salehi, Xenia Scheil-Adlung (MOT) и Karin Stenberg.

Предложения и замечания были получены от региональных директоров, помощников Генерального Директора и их сотрудников.

Материалы для анализа, данные и обзоры по направлениям доклада, различные проекты или отдельные разделы были предоставлены (в дополнение к лицам, упомянутым выше): Dele Abegunde, Michael Adelhardt, Hector Arreola, Guitelle Baghdadi-Sabeti, Dina Balabanova, Dorjsuren Bayarsaikhan, Peter Berman, Melanie Bertram, Michael Borowitz, Reinhard Busse, Alexandra Cameron, Guy Carrin, Andrew Cassels, Eleonora Cavagnero, Witaya Chadbunchachay, John Connell, David de Ferranti, Don de Savigny, Varatharajan Durairaj, Bob Emrey, Tamás Evetovits, Josep Figueras, Emma Fitzpatrick, Julio Frenk, Daniela Fuhr, Ramiro Guerrero, Patricia Hernandez Pena, Hans V Hogerzeil, Kathleen Holloway, Melitta Jakob, Elke Jakubowski, Christopher James, Mira Johri, Matthew Jowett, Joses Kirigia, Felicia Knaul, Richard Laing, Nora Markova, Awad Mataria, Inke Mathauer, Don Matheson, Anne Mills, Eduardo Missoni, Laurent Musango, Helena Nygren-Krug, Ariel Pablos-Mendez, Anne-Marie Perucic, Claudia Pescetto, Jean Perrot, Alexander Preker, Magdalena Rathe, Dag Rekke, Ritu Sadana, Rocio Saenz, Thomas Shakespeare, Ian Smith, Peter C Smith, Alaka Singh, Ruben Suarez Berenguela, Tessa Tan-Torres Edejer, Richard Scheffler, Viroj Tangcharoensathien, Fabrizio Tediosi, Sarah Thomson, Ewout van Ginneken, Cornelis van Mosseveld и Julia Watson.

При написании доклада использовалась информация, полученная от многих лиц и разных институтов, предоставивших Рабочие доклады; эти Рабочие доклады можно найти на веб-сайте: http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en

Редактировал доклад Michael Reid, Gaél Kernен подготовил рисунки, а Evelyn Omukubi осуществляла ценную секретарскую и административную поддержку работы.

Дизайн и верстка были выполнены Sophie Guetaneh Aguetant и Cristina Ortiz. Иллюстрации предоставлены Edel Tripp (<http://edeltripp.daportfolio.com>).

Мы выражаем благодарность за финансовую поддержку Фонду Рокфеллера, Агентству США по международному развитию (USAID) и Федеральному министерству здравоохранения, Германия.

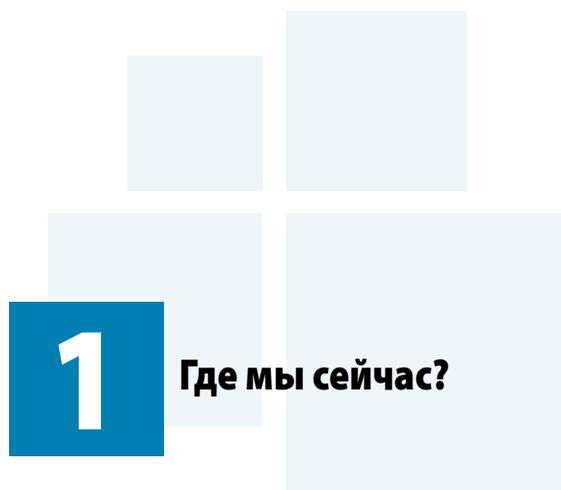
Отпечатано в Швейцарии на бумаге, сертифицированной FSC, на 100% изготовленной из бумаги вторичной переработки.

Содержание

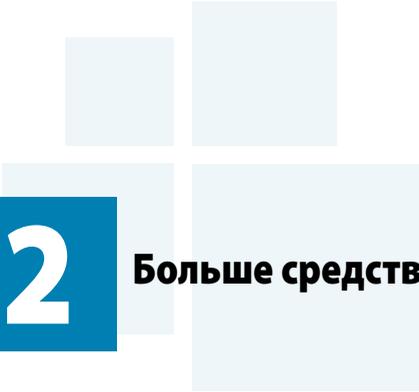
vi Послание Генерального Директора

ix Исполнительное резюме

- ix Почему нужен всеобщий охват?
- x Где мы сейчас?
- xi Как исправить ситуацию?
- xii Привлечение достаточных ресурсов в здравоохранение
- xiv Устранение финансовых рисков и преград для доступности медицинской помощи
- xvii Повышение экономической эффективности и снижение потерь
- xviii Неравномерность охвата
- xix Программа действий
- xix Содействие переменам и их поддержка
- xxi Практические шаги для внешних партнеров
- xxii Послание надежды



- 5 Прямые платежи
- 6 Объединенные средства
- 6 Внешняя помощь
- 7 На пути к всеобщему охвату
- 8 Придание устойчивого характера существующим достижениям
- 9 Всеобщий охват: два направления
- 12 Сделать правильный выбор
- 13 Движение вперед



2

Больше средств для здравоохранения

- 21 Мобилизация ресурсов для здравоохранения
- 22 Сколько стоит всеобщий охват?
- 23 Обеспечение выделения справедливой доли государственных расходов на здравоохранение
- 26 Диверсификация внутренних источников поступлений
- 27 Поиск отечественных источников финансирования здравоохранения
- 31 Внешняя финансовая помощь
- 33 Влияние экономического спада на предоставление помощи в целях развития
- 35 Заключение



3

Преимущество в численности

- 41 Проблемы с прямыми платежами
- 44 Работает ли систем льгот по оплате?
- 45 Отказ от прямых платежей
- 47 Преимущество в численности
- 49 Где и каким образом охватить больше людей?
- 49 Основное внимание – бедным
- 51 Другие барьеры на пути к доступной медицинской помощи
- 52 Заключение



4

Больше здоровья за те же деньги

- 61 Разумное использование ресурсов
- 62 Десять ведущих причин неэффективности
- 62 Устранять нецелесообразные затраты на медикаменты
- 64 Улучшать контроль за качеством лекарств
- 65 Использовать лекарственные средства надлежащим образом
- 65 Получать максимум от технологий и услуг
- 66 Стимулировать людей
- 67 Повысить эффективность работы больниц: объем и продолжительность лечения
- 68 Получать правильное лечение с самого начала
- 69 Ликвидировать потери и коррупцию
- 69 Критически оценить потребности в конкретных услугах
- 71 Потенциальные выгоды от повышения экономической эффективности
- 73 Стимулы, финансирование здравоохранения и экономическая эффективность
- 75 Оплата по результатам
- 76 Стратегические закупки
- 77 Фрагментация
- 78 Устранение неравенства
- 80 Заключение



5

Программа действий

- 87 Уроки, извлеченные из опыта
- 91 Поддержка изменений
- 101 Заключение

103 Предметный указатель

Послание Генерального Директора

Я поручила подготовить этот доклад о состоянии здравоохранения в мире в ответ на насущную потребность, высказываемую и в богатых и в бедных странах, иметь практическое руководство о путях финансирования здравоохранения. Наша цель заключалась в том, чтобы преобразовать данные, полученные в результате исследований в различных местах, в конкретное меню вариантов по привлечению достаточных ресурсов и устранению финансовых препятствий к получению медицинской помощи, прежде всего, бедными. Как указано в подзаголовке, акцент однозначно сделан на продвижении к всеобщему охвату, к цели, находящейся в настоящее время в центре дебатов о предоставлении медицинских услуг.

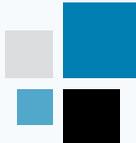
Необходимость руководства в этой сфере стала еще более насущной во время экономического спада и роста стоимости медицинских услуг в результате старения населения, увеличения числа хронических заболеваний, появления новых более дорогих методов лечения. Как правильно отмечено в данном докладе, растущий спрос населения на высококачественную, доступную медицинскую помощь увеличивает политическую ответственность за принятие мудрых стратегических решений.

Во времена когда денег не хватает, мой совет странам таков: прежде, чем решать, какие затраты на здравоохранение сократить, поищите возможность повысить экономическую эффективность. Все системы здравоохранения во всех странах могут лучше использовать имеющиеся ресурсы: путем улучшения практики закупок, более широкого использования дженериков, улучшения стимулирования поставщиков, упрощения финансовых и административных процедур.

По представленным в докладе оценкам, от 20 до 40% средств здравоохранения в настоящее время теряются вследствие их неэффективного использования. В докладе указываются десять конкретных областей, где улучшение политики и практики может увеличить, иногда значительно, воздействие расходуемых средств. Более разумное инвестирование ресурсов может способствовать продвижению стран к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью без увеличения расходов.

Что касается путей достижения всеобщего охвата, то данный доклад указывает на сохраняющуюся зависимость от прямых платежей, включая сборы с пациентов, как на самое большое препятствие для прогресса. Многочисленные свидетельства пока-





зывают, что наиболее эффективным и справедливым способом расширения охвата населения является привлечение средств в качестве обязательной предоплаты. В сущности, такой механизм означает, что богатые субсидируют бедных, а здоровые – больных. Опыт показывает, что данный подход лучше всего работает, когда предплата поступает от большого количества людей при последующем объединении средств в пул для покрытия расходов каждого на получение медицинских услуг.

Никто из нуждающихся в медицинской помощи – профилактической или лечебной – не должен подвергаться риску разорения из-за высокой стоимости медицинских услуг.

Как показывают данные, странам необходимо иметь стабильное и достаточное финансирование здравоохранения, однако богатство страны не является предпосылкой для продвижения к всеобщему охвату. Страны со схожим уровнем расходов на здравоохранение, могут иметь разительно отличающиеся с точки зрения здоровья населения результаты своих инвестиций. Значительную часть таких различий можно объяснить политикой в области здравоохранения.

В то же время не существует какого-то одного набора вариантов стратегии, способного успешно работать повсеместно. Как предупреждает доклад, каждая стратегия в сфере здравоохранения должна учитывать местные условия. Системы здравоохранения относятся к числу комплексных адаптивных систем, и отдельные их компоненты могут взаимодействовать самым неожиданным образом. Доклад описывает провалы и неудачи, но также успехи и достижения, и тем самым помогает странам предвидеть нежелательные сюрпризы и избегать их. Компромиссы неизбежны, и принимаемые решения должны быть направлены на достижение правильного баланса между численностью населения, охваченного медицинским обслуживанием, составом и объемом предоставляемых услуг и затратами, которые надо покрыть.

Несмотря на эти и другие предостережения общий тон доклада оптимистичен. Все страны на всех этапах развития могут предпринимать конкретные шаги в направлении всеобщего охвата и сохранения достигнутого уровня. При любом уровне расходов страна может добиться масштабного улучшения охвата услугами и обеспечить защиту от финансовых рисков, если проводит правильную политику. Я искренне желаю, чтобы практический опыт и рекомендации, приведенные в данном докладе, придали действиям тех, кто принимает решения, верное направление. Стремление к всеобщему охвату является замечательной целью, и она повсеместно достижима.



Доктор Маргарет Чен
Генеральный директор
Всемирной организации здравоохранения



Исполнительное резюме

Почему нужен всеобщий охват?

Охрана здоровья и создание условий для здорового образа жизни необходимы для обеспечения благосостояния человека и устойчивого социально-экономического развития. Это было признано государствами, подписавшими 30 лет назад Алма-Атинскую декларацию, в которой указывалось, что концепция «Здоровье для всех» будет способствовать улучшению качества жизни и укреплению мира и стабильности во всем мире.

Неудивительно, что люди считают здоровье одним из своих важнейших приоритетов. Во многих странах более важными считаются только экономические проблемы: безработица, низкая заработная плата и высокая стоимость жизни (1, 2). И как следствие, проблемы здравоохранения приобретают политическую значимость, как только правительства пытаются идти на встречу ожиданиям людей.

Есть много путей улучшения и поддержания здоровья. Некоторые из них находятся за пределами сектора здравоохранения. «Условия, в которых люди растут, живут, работают и стареют» оказывают сильнейшее влияние на то, как они живут и умирают (3). Образование, жилье, пища и занятость – все это влияет на здоровье. Устранение неравенства в этих сферах устранил неравенство в отношении здоровья.

Также очень важным является обеспечение своевременного доступа к медико-санитарным услугам^а, включающим в себя формирование здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию. Его нельзя достичь, если не иметь в виду незначительное меньшинство, без хорошо функционирующей системы финансирования здравоохранения. Этим определяется, смогут ли люди позволить себе пользоваться медико-санитарными услугами, когда возникнет необходимость. Этим определяется само наличие медико-санитарных услуг.

Признавая это, государства-члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2005 году взяли на себя обязательство развивать национальные системы финансирования здравоохранения таким образом, чтобы все люди имели доступ к медико-санитарным услугам и при этом не испытывали финансовых затруднений при их оплате. (4). Эта цель была определена как всеобщий охват, иногда ее формулируют как всеобщий охват услугами здравоохранения.

В стремлении к этой цели правительства сталкиваются с тремя фундаментальными вопросами:

1. Как такая система здравоохранения должна финансироваться?
2. Как правительства могут защитить людей от финансовых последствий нездоровья и оплаты медико-санитарных услуг?
3. Как стимулировать оптимальное использование имеющихся ресурсов?

Правительства должны обеспечить, чтобы охват медико-санитарными услугами был справедливым, и разработать надежные средства мониторинга и оценки прогресса.

В этом докладе ВОЗ намечает пути модификации странами своих финансовых систем для более быстрого продвижения к всеобщему охвату и сохранению достигнутого. Доклад объединяет новые исследования и уроки, извлеченные из предыдущего опыта, в набор возможных действий, которые могут быть рассмотрены и адаптированы под собственные нужды странами, находящимися на любой из ступеней развития. В докладе предложены варианты того, как

международное сообщество может помочь странам с низким уровнем доходов в достижении всеобщего охвата.

В то время как мир борется с экономическим спадом, с глобализацией заболеваний, происходящей наряду с глобализацией экономик, а также с растущим спросом на лечение хронических заболеваний, частично связанных со старением населения, необходимость всеобщего охвата медико-санитарными услугами и потребность в стратегии его финансирования становится насущной как никогда ранее.

Где мы сейчас?

Резолюция 58.33 Всемирной ассамблеи здравоохранения 2005 года гласит, что каждый человек должен иметь доступ к медико-санитарным услугам и не должен испытывать финансовых трудностей в результате обращения за медицинской помощью. Как в одном, так и в другом отношении мир еще очень далек от всеобщего охвата.

Что касается охвата услугами, то процент родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками в некоторых странах, например, составляет всего 10%, в то время как этот показатель близок к 100% в странах с самыми низкими уровнями материнской смертности. Подобные различия существуют и внутри стран. Богатые женщины получают сходный объем услуг, где бы они не жили, в то время как бедные женщины не получают практически ничего. Женщины из наиболее богатых 20% населения в 20 раз чаще получают помощь квалифицированного медицинского работника при родах, чем бедные женщины.

Сокращение этого разрыва в охвате между богатыми странами и 49-ю странами с низким доходом позволило бы спасти жизни более 700 000 женщин в период до 2015 года (5). Аналогичным образом, дети из богатых семей живут дольше, чем дети из бедных; ликвидация разрыва в охвате рядом медико-санитарных услуг для детей в возрасте до 5-ти лет, особенно плановая иммунизация, могли бы сохранить более 16 миллионов жизней.

Но доходы – это не единственный фактор, влияющий на охват услугами. Во многих местах мигранты, этнические меньшинства и коренное население пользуются меньшим набором услуг, чем другие группы населения, несмотря на то, что их нужда в этих услугах может быть острее.

Другая сторона проблемы заключается в том, что люди, пользующиеся услугами, часто сталкиваются с необходимостью тратить огромные, порой катастрофические для их доходов суммы на лечение.

В некоторых странах ежегодно 11% населения сталкивается с подобными тяжелыми финансовыми проблемами и до 5% оказываются в нищете. Во всем мире каждый год около 150 миллионов человек несут катастрофические финансовые потери и 100 миллионов человек в силу этого оказываются за чертой бедности.

Еще одна финансовая проблема, с которой сталкиваются заболевшие (и часто те, кто о них заботится), – это потеря заработка. В большинстве стран родственники могут оказать незначительную финансовую поддержку членам семьи в период болезни. Более формальные формы поддержки – финансовые трансферты для защиты больных с временной утратой трудоспособности встречаются реже. По данным Международной организации труда (МОТ) только один из пяти людей в мире располагает медико-социальным страхованием, включающим в себя компенсацию потери заработка в период нетрудоспособности, а более половины населения мира не имеет никакой официальной социальной защиты. Только 5–10% людей в Южной Азии и Центральной Африке пользуются социальной защитой, в то время как в странах со средним уровнем доходов этот показатель составляет от 20% до 60%.

Финансирование здравоохранения – важная часть более широких усилий по обеспечению социальной защищенности в здравоохранении. ВОЗ совместно с МОТ являются ведущими агентствами по реализации инициативы ООН по оказанию помощи странам в выработке всеобщего Минимума социального обеспече-

ния, включающего в себя как защиту от финансовых рисков, рассматриваемую в настоящем докладе, так и более широкие аспекты проблемы денежных компенсаций и социальной поддержки в случае заболевания (б).

Как исправить ситуацию?

Три фундаментальных взаимосвязанных проблемы стоят на пути стран к всеобщему охвату. Первая, это наличие ресурсов. Ни одна страна, какой бы богатой она не была, не смогла добиться того, чтобы каждый человек имел непосредственный доступ к любой технологии или медицинскому вмешательству, способным улучшить здоровье и продлить жизнь.

На противоположном конце шкалы находятся беднейшие страны, где доступным для всех является очень ограниченный набор услуг.

Второе препятствие на пути достижения всеобщего охвата это чрезмерная зависимость от прямых платежей в момент, когда человек нуждается в помощи. Такие платежи включают в себя оплату за счет личных средств лекарств, приобретаемых в розничной сети, и плату за прием у врача и процедуры. Даже те, у кого есть одна из форм медицинской страховки, иногда вынуждены вносить средства в форме со-платежей, соплатежей страхового взноса или франшизы.

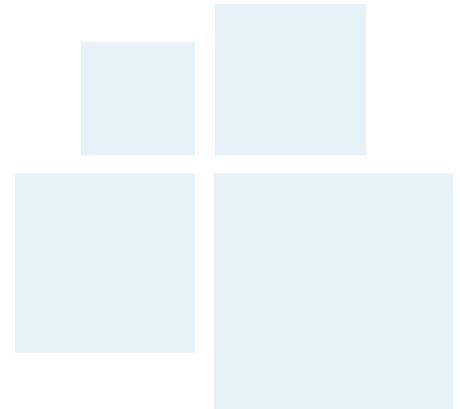
Необходимость напрямую оплачивать медицинские услуги в тот момент, когда в них возникла необходимость, – независимо от того, осуществляется ли оплата формально или неформально («под столом»), – мешает миллионам людей получать медицинские услуги тогда, когда они в них нуждаются. Для тех же, кто обращается за лечением, медицинская помощь может привести к серьезным финансовым трудностями и даже к нищете.

Третьим препятствием для более быстрого движения в направлении всеобщего охвата является несправедливое и неэффективное использование ресурсов. Даже по консервативным оценкам 20–40% ресурсов, выделяемых на здравоохранение, используется впустую. Сокращение этих потерь помогло бы системам здравоохранения предоставлять качественные услуги и улучшить здоровье. Повышение эффективности часто облегчает получение министерством здравоохранения дополнительных средств от министерства финансов.

В принципе путь к всеобщему охвату, по крайней мере, на бумаге, относительно прост. Страны должны выделить достаточные средства, снизить зависимость финансирования системы здравоохранения от прямых платежей, повысить эффективность и справедливость. Эти вопросы рассматриваются в следующих разделах.

Многие страны с низким и средним доходом за последнее десятилетие показали, что движение в направлении всеобщего охвата не является исключительно прерогативой стран с высоким уровнем дохода. Например, Бразилия, Чили, Китай, Мексика, Руанда и Таиланд добились значительных успехов в решении трех проблем, описанных выше. Габон начал использовать инновационные пути привлечения средств в здравоохранение, включая налог на пользование мобильным телефоном. Камбоджа создала Фонд справедливого здравоохранения, который оплачивает медицинские услуги для бедных. Ливан улучшил эффективность и качество своей сети первичной медицинской помощи.

Между тем, очевидно, что каждая страна может сделать больше, по крайней мере, в одной из трех ключевых областей. Даже страны с высоким уровнем доходов, столкнувшись с одновременным повышением затрат и ожиданий, сейчас осознали необходимость постоянной переоценки своего продвижения вперед. Германия, например, признала, что старение населения ведет к уменьшению доли работающего населения, что ограничивает возможности финансирования системы социального медицинского страхования из традиционных источников – страховых взносов, определяемых в процентах от заработной платы. Как следствие, правительство выделило для финансирования системы медицинского страхования дополнительные бюджетные средства.



Привлечение достаточных ресурсов в здравоохранение

Хотя финансирование всеобщего охвата из собственных источников страны имеет решающее значение для его устойчивости, было бы нереалистичным ожидать, что большинство стран с низким доходом смогут в короткие сроки добиться всеобщего охвата без помощи из-за рубежа. Международному сообществу будет необходимо финансово поддерживать усилия беднейших стран для быстрого расширения доступа к услугам.

Для того, чтобы это произошло, важно знать примерный объем необходимых затрат. Последние оценки объема финансовых ресурсов, необходимых для достижения Целей развития тысячелетия (ЦРТ) в сфере здравоохранения и обеспечения гарантированного доступа к важнейшим медицинским вмешательствам, включая неинфекционные заболевания, в 49-ти странах с низким доходом, показывают, что эти страны в среднем (невзвешенно) должны будут потратить к 2015 г. немногим более 60 долл. США на человека, что значительно больше их фактических подушевых расходов (32 долл. США). Цифра расходов к 2015 г. включает затраты на расширение системы здравоохранения с тем, чтобы обеспечить предоставление определенного набора медицинских вмешательств.

Таким образом, первым шагом на пути к всеобщему охвату будет обеспечение беднейших стран необходимыми финансовыми средствами и возрастание объема этих средств в последующие годы для обеспечения необходимого расширения масштабов предоставляемых услуг.

Но даже те страны, которые в настоящее время расходуют больше необходимого минимума, не должны расслабляться. Достижение ЦРТ в сфере здравоохранения и обеспечение доступа к важнейшим медицинским вмешательствам, направленным на борьбу с неинфекционными заболеваниями (вмешательства, включенные в расчеты затрат в данном докладе) – это только начало. За улучшением работы системы неизбежно следует спрос на новые услуги, возникает необходимость повышения качества услуг и/или защиты от финансовых рисков. Страны с высоким доходом стремятся найти средства для удовлетворения растущих запросов и ожиданий своего населения и для финансирования быстро развивающихся технологий и возможностей для улучшения здоровья.

Все страны имеют возможность привлечь дополнительные средства из собственных источников при условии, что правительство и население настроены на такие действия. Для этого существует три основных пути. Кроме этого, существует и четвертый путь, предусматривающий увеличение международной помощи развитию и обеспечение условий для ее лучшего использования в целях повышения уровня здоровья.

1. **Повышение собираемости доходов.** Даже в некоторых странах с высоким доходом уклонение от уплаты налогов и неполная собираемость налоговых платежей и страховых взносов могут быть серьезной проблемой. Практические трудности сбора налогов и страховых взносов, особенно в странах с большим теневым сектором экономики, хорошо подтверждаются опытом многих стран. Повышение эффективности сбора доходов увеличит объем средств, которые правительство может направить на предоставление услуг или на приобретение их от имени населения. Индонезия провела кардинальную реформу налоговой системы со значительным увеличением средств, которые можно направить на государственные нужды, в том числе и на нужды здравоохранения.
2. **Изменение бюджетных приоритетов.** При распределении бюджетных средств правительства не всегда рассматривают нужды здравоохранения в качестве приоритетных. Например, очень немногие африканские страны выделяют 15% своего бюджета на здравоохранение, о чем договорились главы государств и что было зафиксировано в Абуджийской декларации 2001 года. Девятнадцать

стран региона из числа подписавших декларацию государств выделяют на здравоохранение меньше, чем в 2001 г. Однако, Объединенная Республика Танзания и Либерия выделяют 18,4 и 16,6% соответственно (цифры включают помощь из-за рубежа по правительственным каналам, которую трудно выделить из общего объема средств). Группа из 49 стран с низкими доходами может дополнительно выделить из внутренних резервов 15 млрд долл. США на нужды здравоохранения, если увеличит долю здравоохранения в общих государственных расходах до 15%.

3. **Иновационное финансирование.** До последнего времени основное внимание уделялось тому, как помочь богатым странам собрать больше средств для здравоохранения в бедных странах. Целевая группа высокого уровня по иновационному международному финансированию систем здравоохранения включила увеличение налогов на авиабилеты, сделки с иностранной валютой и табак в список возможных источников для получения 10 млрд долл. США ежегодно в качестве дополнительного финансирования здравоохранения в глобальном масштабе. Страны с высоким, средним и низким доходом должны рассмотреть возможность применения упомянутых механизмов для получения дополнительных средств на нужды здравоохранения на национальном уровне. Налог на операции с иностранной валютой может принести значительные средства в некоторых странах. Например, в Индии ежедневный объем оборота рынка операций с иностранной валютой оценивается в 34 млрд долл. США. Налог на операции с иностранной валютой в размере 0,005% при таком объеме оборота принесет в бюджет примерно 370 миллионов долл. США в год, если Индия посчитает этот подход приемлемым. Другие варианты включают облигации национальных диаспор (продаваемые эмигрантам) и налоги солидарности на ряд товаров и услуг, например, на звонки по мобильному телефону. Каждый налог оказывает искажающее воздействие на экономику, и те, чьи интересы окажутся затронутыми, будут выступать против этих налогов. Правительствам предстоит вводить такие налоги, которые наилучшим образом подходят для их экономик и могут получить политическую поддержку. С другой стороны, налоги на продукты вредные для здоровья производят двойной эффект, одновременно улучшая здоровье населения путем уменьшения потребления таких продуктов и собирая дополнительные средства. Увеличение акцизного сбора с табачных изделий на 50% позволит собрать дополнительно 1,42 млрд долл. США в 22 странах с низким доходом, по которым имеются данные. Если все эти средства будут направлены на нужды здравоохранения, это позволит увеличить бюджетные расходы на здравоохранение на 25%, а в некоторых странах на 50%. Повышение налогов на алкоголь до 40% от розничной цены окажет еще большее воздействие. Расчеты по 12 странам с низким доходом, по которым есть данные, показывают, что уровень потребления алкоголя снизится более чем на 10%, в то время как налоговые поступления увеличатся более чем в три раза и достигнут 38% от всех расходов на здравоохранение в этих странах. Возможность повышения налогов на табак и алкоголь существует во многих странах. Даже, если на нужды здравоохранения будет направляться только часть этих средств, это позволит значительно повысить доступность медицинских услуг. Некоторые страны рассматривают возможность введения налогов на другие вредные продукты, например, напитки с большим содержанием сахара и продукты питания с высоким содержанием соли или трансжиров. (7,8).
4. **Международная помощь для развития систем здравоохранения.** В то время как все государства, богатые или бедные, могут сделать больше для увеличения финансирования здравоохранения или расширения круга источников финансирования, лишь восемь из 49 описанных ранее стран с низким доходом имеют какие-то шансы изыскать из внутренних источников средства, необходимые для достижения ЦРТ к 2015 году. Требуется солидарность в глобальном масштабе. Недостаток финансирования, с которым столкнулись страны с низким доходом, подчеркивает необходимость странам с высоким доходом соблюдать обязательства по Официальной помощи в целях развития (ОПР)

и прилагать больше усилий с целью повышения эффективности помощи. Инновационное финансирование способно пополнять средства существующей программы ОПР, но если бы страны немедленно исполнили данные ими международные обещания, то внешнее финансирование здравоохранения в странах с низким доходом немедленно увеличится более, чем вдвое, и фактически появится достаточное количество средств для достижения ЦРТ.

Устранение финансовых рисков и преград для доступности медицинской помощи

Несмотря на то, что наличие достаточного финансирования играет важную роль, приблизиться к всеобщему охвату будет невозможно, если люди испытывают финансовые трудности или не могут получить медицинскую помощь из-за необходимости оплачивать ее сразу. Когда такое случается, больной сам несет все финансовые риски, связанные с оплатой медико-санитарных услуг. Ему необходимо решить, в состоянии ли он позволить себе получить необходимую помощь, и часто это означает выбор между платой за медицинские услуги и платой за другие необходимые вещи, такие как еда или обучение детей.

Если взимается оплата, то каждый платит одинаковую цену вне зависимости от своего экономического положения. Не существует формального выражения солидарности между больным и здоровым или богатым и бедным. Такие системы делают невозможным распределение затрат на протяжении всей жизни, когда человек платит взносы, пока молод и здоров, и использует их позднее в случае болезни. Соответственно, остается высоким риск финансовой катастрофы и обнищания, а достижение полного охвата населения медицинской помощью становится невозможным.

Почти все страны имеют некоторые формы прямых платежей, иногда называемые соучастием в расходах. При этом чем беднее страна, тем большая доля суммарных затрат финансируется таким образом. Наиболее яркими примерами являются 33 страны с самыми низкими доходами, где прямые личные платежи граждан составили в 2007 г. более 50% общих расходов на здравоохранение.

Единственным путем снизить зависимость от прямых платежей является поощрение правительством использования подхода, основанного на принципах объединения рисков (создания пула рисков) и предоплаты. Такой путь выбрало большинство стран, наиболее приблизившихся к всеобщему охвату. Задача всеобщего охвата становится более реалистичной в случае, если население имеет доступ к механизмам предоплаты и создания пулов. Такие подходы основаны на внесении платежей до возникновения заболевания, которые тем или иным образом объединяются и используются для финансирования медико-санитарных услуг (лечение и реабилитация больных и инвалидов, профилактика и мероприятия по формированию здорового образа жизни) для всех, кто охвачен этой системой.

Вероятность финансовой катастрофы и обнищания падает до незначительного уровня только в том случае, если доля прямых платежей снижается до 15–20% от общих расходов на здравоохранение. Это труднодостижимая цель, и к ее выполнению могут стремиться более богатые страны, а другие должны ставить перед собой более скромные краткосрочные задачи. Например, государства – члены ВОЗ региона Юго-Восточной Азии и региона Западной части Тихого океана установили задачу снизить долю таких платежей на уровне между 30 и 40%.

Средства могут поступать из различных источников: подоходный налог и налог на заработную плату, налог на добавленную стоимость на более широкой основе, и акцизы на табачные изделия и алкоголь и/или страховые взносы. Источники средств имеют меньшее значение, чем стратегии управления схемами предоплаты. Должны ли такие взносы быть обязательными? Кто должен платить, сколько и когда? Что будет с теми людьми, кто не в состоянии вносить платежи? Также необходимо принять решение об объединении средств (создании пулов). Но следует ли их

учитывать в составе консолидированного государственного бюджета или собирать средства в одном или нескольких фондах медицинского страхования: и должны ли они быть социальными, частными, фондами сообществ или микрофондами?

Опыт стран показывает, что при разработке таких стратегий необходимо учитывать три момента:

Во-первых, в любой стране существует бедное население, неспособное вносить осуществлять взносы либо посредством подоходного налога, либо уплачивая страховые взносы. Им понадобятся субсидии из средств, объединенных в пул, как правило, из государственного бюджета. Такая помощь может выражаться в виде обеспечения прямого доступа к финансируемым государством услугам или через субсидии для уплаты страховых взносов. Страны, в которых все население имеет доступ к определенному набору услуг, обычно имеют относительно высокий уровень средств, объединенных в пул, – порядка 5–6% от внутреннего валового продукта (ВВП).

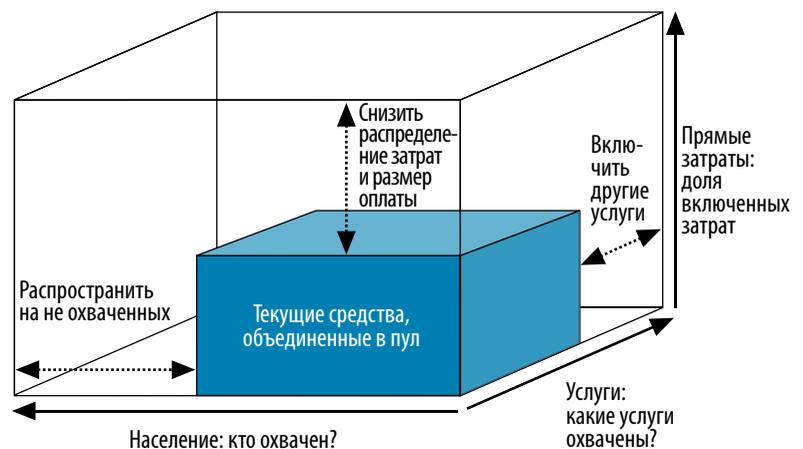
Во-вторых, взносы должны быть обязательными, иначе богатые и здоровые люди будут уклоняться от уплаты, и финансирование будет недостаточным для удовлетворения потребностей бедных и больных. Хотя схемы добровольного страхования могут привлечь определенные финансовые средства при отсутствии широкого вовлечения населения в системы предоплаты и объединения средств в пулы, а также могут ознакомить людей с преимуществами страхования, однако они имеют ограниченные возможности для предоставления спектра услуг для бедных слоев населения, неспособных уплачивать страховые взносы. Поэтому долгосрочные планы по расширению применения схем предоплаты и включение страхования отдельных сообществ и микрострахования в более обширный пул имеют важное значение.

В-третьих, пулы, которые покрывают медицинские потребности малого числа людей, не являются жизнеспособными в долгосрочной перспективе. Несколько случаев болезней, требующих дорогостоящего лечения, уничтожат их. Многочисленные пулы, каждый со своей собственной администрацией и информационной системой, также неэффективны и делают социальную справедливость труднодостижимой. Как правило, один из пулов будет обеспечивать хорошую и обширную программу страхования для относительно состоятельных людей, которые не захотят принять участие в субсидировании расходов на лечение более бедных, менее здоровых людей.

Перекрестное субсидирование возможно там, где существуют многочисленные фонды, но это требует политической воли, технического и административного потенциала. Например, в Швейцарии и Нидерландах средства перемещаются между различными схемами страхования, включающими людей с небольшой потребностью в медико-санитарных услугах (и на которых требуется меньше средств) и людей из группы высокого риска, которым необходимо большее количество услуг.

Даже там, где финансирование в основном осуществляется с использованием механизмов предоплаты и объединения средств в пулы, необходимо найти компромисс между долей населения, которую предстоит охватить, самим набором услуг, которые должны стать доступными, и долей от общего объема расходов, которая будет оплачиваться в рамках предлагаемой схемы (Рис. 1). «Коробка», изображенная на рисунке и

Рис. 1. Три измерения, которые необходимо учитывать в работе по обеспечению всеобщего охвата



Источник: (9, 10), с изменениями.

обозначенная как «текущие средства, объединенные в пул», как бы описывает данную ситуацию в гипотетической стране, где примерно половина населения охвачена приблизительно половиной возможных медико-санитарных услуг, но где менее половины стоимости этих услуг оплачиваются из объединенных средств. Чтобы приблизиться к всеобщему охвату, стране необходимо охватить большее количество людей, предложить больше услуг и/или оплачивать большую часть их стоимости.

Аналогичная «коробка» текущих объединенных в пул средств для стран, применяющих механизмы социального медицинского страхования в течение длительного периода времени, таких как многие европейские страны или Япония, заполнит большую часть рисунка. Но ни в одной из стран с высоким доходом, в которых, как часто полагают, достигнут всеобщий охват, в действительности не охвачено 100% населения, не предоставляется 100% доступных услуг и не оплачивается 100% их стоимости без листов ожидания. Каждая страна заполняет «коробку» по-своему, находя компромисс между долей услуг и долей затрат, оплачиваемых из объединенных в пул средств.

Тем не менее во всех этих странах все население имеет право на целый ряд услуг (профилактика, формирование здорового образа жизни, лечение и реабилитация). По сути каждый защищен от серьезных финансовых рисков благодаря использованию механизмов финансирования, основанных на предоплате и объединении средств в пул. Основы остаются теми же, даже если различаются детали, определяемые соотношением ожиданий населения и поставщиков медико-санитарных услуг, политической средой и доступностью финансовых ресурсов.

К всеобщему охвату страны будут двигаться различными путями в зависимости от того, с какого начального уровня и каким образом они начнут этот процесс, им также предстоит делать выбор, следуя по трем различным осям, указанным на Рис. 1. Например, приоритетом в обществе, где никто, кроме элиты, не имеет доступа к медико-санитарным услугам, может быть быстрый переход к системе, когда услугами охвачен каждый, бедный или богатый, даже если список услуг и доля затрат, покрываемых за счет объединенных в пул средств, относительно невелика. В то же время те государства, где существует система с широким охватом, вне которого находятся лишь немногие группы, могут изначально выбрать целевой подход, выделяя тех, кто исключен из системы, и предпринимая меры, направленные на их включение в систему. В таких случаях возможно предоставление большего количества услуг для бедных и/или покрытие большей части затрат.

В конце концов, для всеобщего охвата требуется приверженность цели охватить 100% населения, и планы по достижению этой цели следует строить с самого начала, даже если придти к ней сразу нельзя.

Другие препятствия для повышения доступности медико-санитарных услуг

Устранение финансовых преград, скрытых в системе прямых платежей, поможет менее обеспеченным людям получать медицинскую помощь, но не сможет ее гарантировать. Недавние исследования причин незавершенности лечения хронических заболеваний показывают, что расходы на транспорт и потеря заработка куда чаще чем собственно плата за медицинскую услугу повинны в этом. Кроме того, если услуги не доступны вовсе или их нет поблизости, то люди не могут пользоваться ими даже при условии их бесплатного предоставления.

Многие страны ищут пути преодоления этих препятствий. В некоторых случаях обусловленные денежными переводами, когда люди получают деньги, предпринимая определенные действия, направленные на улучшение своего здоровья (как правило, связанные с профилактикой), увеличивали использование услуг. Другими вариантами являются ваучеры и возмещение транспортных расходов, а также схемы микрокредитования, которые предоставляют членам бедных домохозяйств (чаще женщинам) возможность зарабатывать деньги, которые могут быть использованы различным образом, включая поиск и приобретение медико-санитарных услуг.

Повышение экономической эффективности и снижение потерь

Привлечение достаточного количества денег в здравоохранение является обязательным, но наличие средств само по себе не гарантирует достижения всеобщего охвата, также как и не устраняет финансовых преград к доступности медицинской помощи за счет использования механизмов предоплаты и объединения средств в пулы. Конечным требованием является обеспечение эффективного использования ресурсов.

Во всех странах существует возможность достичь большего при лучшем использовании существующих ресурсов. Нередко используются дорогостоящие лекарства, когда имеются более дешевые, равные по эффективности альтернативные медикаменты. Во многих случаях имеет место злоупотребление антибиотиками и инъекциями, их неправильное хранение и потеря, существуют большие различия в ценах, уровень которых определяется договором между снабженческими организациями и поставщиками. Снижение излишних затрат на лекарства, их использование надлежащим образом и улучшение контроля качества могут сэкономить государству до 5% расходов на здравоохранение.

С лекарствами связаны три из наиболее распространенных причин низкой эффективности, отмеченных в настоящем докладе. Решения для остальных шести проблем можно сгруппировать следующим образом:

- Получать максимальную отдачу от технологий и медико-санитарных услуг
- Мотивировать медицинских работников
- Повысить эффективность работы больниц
- Изначально получать надлежащую медицинскую помощь, снижая уровень врачебных ошибок
- Избавиться от потерь и коррупции
- Критически подходить к выбору необходимых услуг.

По самым скромным подсчетам около 20–40% потраченных на здравоохранение средств являются необоснованными тратами, и представляют собой те ресурсы, которые можно перенаправить для достижения всеобщего охвата населения медико-санитарными услугами.

Все страны вне зависимости от уровня дохода могут предпринять шаги для снижения неэффективного использования ресурсов, сделать то, что требует первоначальной оценки характера и причин неэффективного использования ресурсов на местном уровне, опираясь на результаты анализа, проведенного в данном докладе. Иногда неэффективность может быть следствием скорее недостаточности финансирования здравоохранения, нежели его избытка. Например, низкие зарплаты медицинского персонала вынуждают их к поиску дополнительного заработка на другой работе, что уменьшает результативность труда по месту основной работы. Поэтому необходимо оценивать затраты и возможные последствия предлагаемых решений.

Стимулами повышения эффективности могут служить методы оплаты производителей медико-санитарных услуг. Применение такого метода оплаты, как гонорар за услугу, с одной стороны, приводит к завышению объема услуг для тех, кто может позволить себе оплачивать услуги самостоятельно или через объединенные в пул средства (например, налоги и страхование), а с другой стороны, к недополучению услуг теми, кто не может заплатить.

Было испробовано множество альтернатив. Все они имеют свои достоинства и недостатки. В тех случаях, когда гонорар за услугу является нормой, правительствам и страховым компаниям приходится вводить систему контроля, направленную на ограничение предоставления необоснованных, излишних медико-санитарных услуг. Внедрение такой системы контроля может оказаться дорогостоящим мероприятием, требующим дополнительных людских ресурсов и инфраструктуры для учета и мониторинга потребления медицинской помощи (и возможно, за предотвращением излишних услуг).

В других случаях такой метод оплаты, как гонорар за услугу, был заменен на подушевой принцип оплаты, применяемый при оплате услуг первичной медицинской помощи, или другими методами оплаты, предусматривающими оплату по законченному случаю, например, такому как случай лечения по группе однородных диагнозов, объединенных в клинически-связанные группы. Подушевой принцип оплаты предусматривает определение фиксированной суммы на каждого прикрепленного к врачу первичного звена или к учреждению пациента на определенный период времени, вне зависимости от оказанных пациенту услуг. Оплата по законченному случаю предусматривает определение фиксированной суммы за каждый законченный случай лечения, также независимо от интенсивности и продолжительности лечения в стационаре.

Оба метода снижают мотивацию к предоставлению излишних услуг. Тем не менее, считается, что использование метода оплаты по клинически-связанные группы (т.е. оплата по стандартному тарифу за лечение, вне зависимости от длительности пребывания в стационаре) может создавать стимулы для больниц для более ранней выписки больных с тем, чтобы позже повторно госпитализировать их. Вследствие этого, вместо одного платежа больница получает два.

Оплата поставщиков медико-санитарных услуг является сложным, постоянно меняющимся процессом. Поэтому в некоторых странах разработана смешанная система оплаты, исходя из предположения, что смешанная система более эффективна, чем система, использующая только один метод оплаты.

Можно также найти более эффективные подходы к закупке медико-санитарных услуг, часто называемые стратегическими закупками. Традиционная система, при которой поставщикам медико-санитарных услуг возмещается стоимость оказанных ими услуг (и национальные правительства выделяют бюджеты органам управления различных уровней административного деления страны, основываясь в значительной степени на объеме финансирования, полученном ими в предыдущем году), называется системой пассивных закупок. Более активная система закупок медицинской помощи может улучшить качество и повысить эффективность. Для этого необходимо ставить ключевые вопросы о потребностях населения в медицинской помощи: какие медицинские вмешательства и услуги лучше всего способны удовлетворить эти потребности и ожидания при учете доступных ресурсов? Каким должно быть оптимальное сочетание мероприятий по формированию здорового образа жизни, профилактики, лечения и реабилитации? Кем должны предоставляться эти медицинские вмешательства и услуги и как и у кого они должны закупаться?

Осуществление стратегических закупок означает нечто большее, чем просто выбор между пассивными и активными методами закупок. Страны должны самостоятельно решать, каким образом им действовать, основываясь на своих возможностях собирать, отслеживать и интерпретировать необходимую информацию, поощрять и внедрять стандарты качества и эффективности. Пассивные закупки ведут к неэффективности. Чем ближе страны продвигаются к активным закупкам, тем более эффективной может стать их система.

Неравномерность охвата

Правительства несут ответственность за обеспечение того, что все поставщики медико-санитарных услуг, государственные и частные, действуют надлежащим образом и удовлетворяют потребности пациентов с оптимальными затратами и эффективно. Правительства также должны обеспечивать доступность целого ряда услуг, связанных с профилактикой и формированием здорового образа жизни, таких как кампании в средствах массовой информации, направленные на снижение потребления табака или на убеждение матерей делать прививки своим детям.

Кроме того, они обязаны обеспечить, чтобы каждый мог получить медицинскую услугу, в которой нуждается, и чтобы все люди были защищены от финансовых рисков, связанных с использованием таких услуг. Такая постановка вопроса может противоречить курсу на повышение эффективности, поскольку наиболее эффективный путь использования ресурсов не всегда является самым справедли-

вым. Например, обычно эффективнее размещать услуги в густонаселенных районах, но для того, чтобы этими услугами могли пользоваться бедные сельские жители их необходимо располагать ближе к ним.

Правительства также должны отдавать себе отчет в том, что бесплатные социальные услуги могут оказаться в распоряжении богатых, и использоваться ими в большей степени, чем бедными, при этом потребность в таких услугах у богатых может быть меньше, чем у бедных. В некоторых странах адекватный уровень обслуживания доступен только самым богатым людям, в то время как в других, только самые бедные не получают такого обслуживания. В большинстве систем есть прорехи, сквозь которые выскальзывают некоторые группы населения, но модели исключенности из охвата медико-санитарными услугами варьируются. Особое внимание должно уделяться тем трудностям, с которыми сталкиваются женщины, этнические группы и мигранты при попытке получить доступ к медицинскому обслуживанию, а также особым проблемам испытываемым коренными народами.

Программа действий

Ни одна страна не начинает финансировать свое здравоохранение с нуля. Всегда существует какая-либо форма системы, на которую следует опираться, учитывая собственные ценности, ограничения и возможности. Этот процесс должен базироваться на информации о национальном и международном опыте.

Все страны могут сделать больше для увеличения средств, направляемых на здравоохранение, или для диверсификации источников финансирования сектора. Так, за счет расширения использования механизмов предоплаты и объединения средств в пулы можно уменьшить зависимость от прямых платежей и использовать средства более эффективно и справедливо; но чтобы добиться этого, необходима политическая воля.

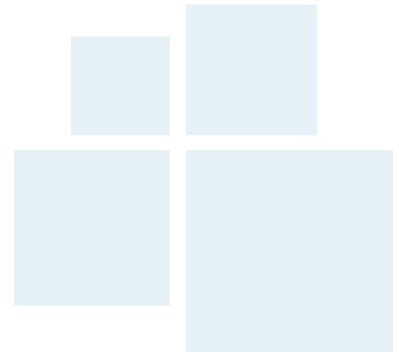
Здравоохранение может стать первопроходцем в области повышения эффективности и справедливости. Так, например, разработчики политики в области здравоохранения могут сделать многое для уменьшения финансовых потерь, особенно в области закупок. Они могут также способствовать повышению качества предоставления медико-санитарных услуг и улучшению эффективности системы в целом путем разработки новых правил и законов. Другие сектора могут воспользоваться этим опытом для своей сферы.

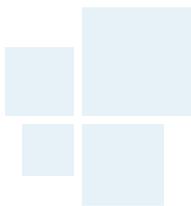
Недостаточно просто выбрать какую-то опцию из предложенного меню вариантов или позаимствовать опыт, который работал в других условиях. Надо, чтобы стратегия финансирования здравоохранения была выработана на отечественной почве, чтобы она позволяла выйти за существующие рамки и двигаться в направлении достижения всеобщего охвата. Поэтому, в странах нужно обязательно формировать свой потенциал для анализа и оценки сильных и слабых сторон существующей системы, с тем, чтобы она могла соответственно воспринимать и применять стратегии финансирования здравоохранения, а также осуществлять мониторинг системы и проводить в дальнейшем ее изменение.

Содействие переменам и их поддержка

Уроки, описанные выше, нацелены на технические проблемы реформы финансирования здравоохранения. Но технический аспект является всего лишь одним из компонентов разработки и претворения в жизнь политики в сфере финансирования здравоохранения, поэтому необходимы различные сопутствующие действия для облегчения анализа ситуации и внесения необходимых изменений.

Эти действия изображены в цикле принятия решений по финансированию здравоохранения, изображенном на Рис. 2. Это скорее руководство, чем подробный план действий. Следует отметить, что хотя процессы, которые мы анализируем, представлены отдельно, на самом деле они постоянно перекрывают друг друга и эволюционируют.

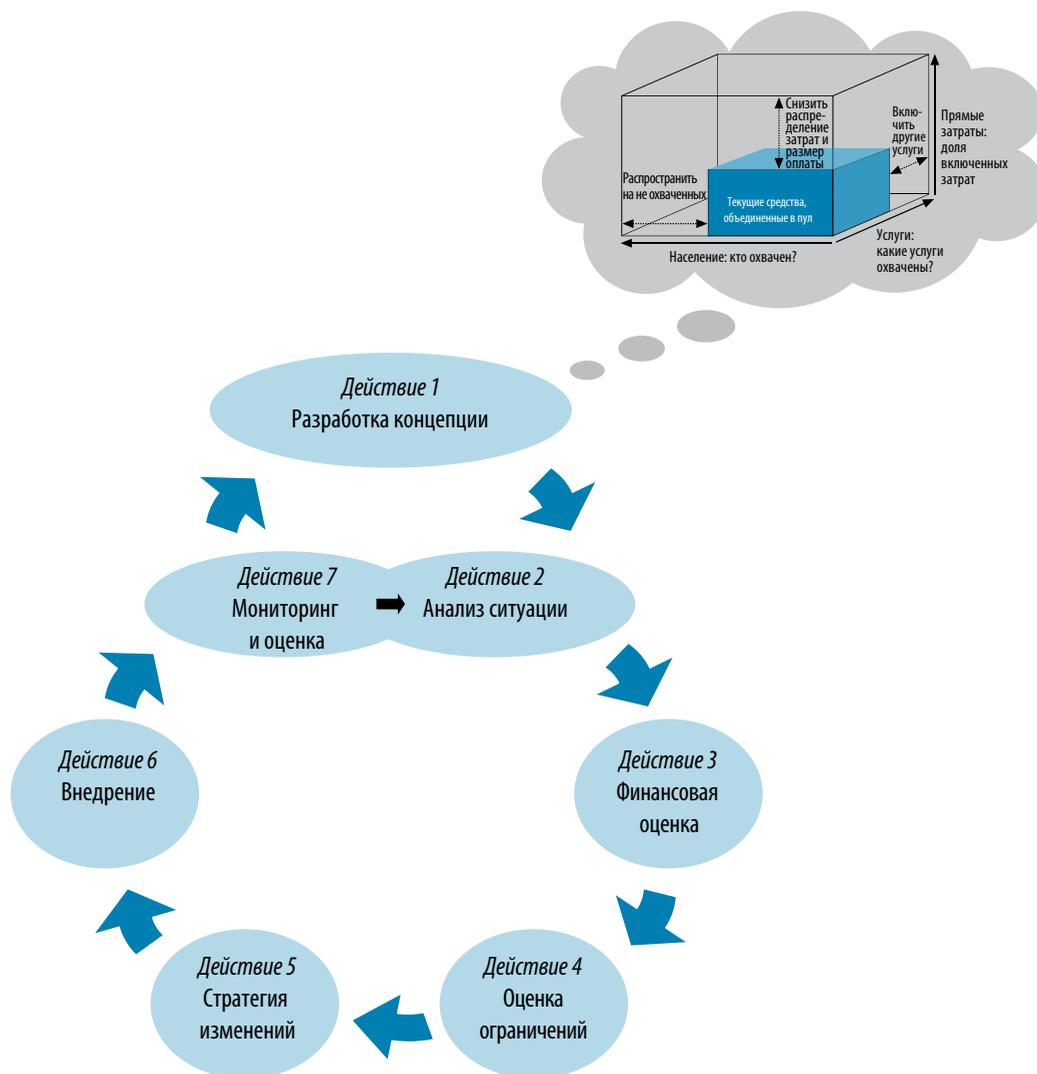




Описанные в этом докладе семь действий применимы не только в странах с низким и средним доходом. Страны с высоким доходом, которые добились высокого уровня охвата и защиты от финансовых рисков, также нуждаются в постоянной критической оценке функционирования своей финансовой системы. Это необходимо для достижения страной своих целей в условиях постоянно меняющихся диагностических и лечебных практик и технологий, растущих потребностей и бюджетных ограничений.

Разработка и применение стратегии финансирования здравоохранения представляет собой процесс постоянной адаптации, а не линейный прогресс в направлении некоего умозрительного улучшения. Все должно начинаться с четкой формулировки принципов и идеалов, лежащих в основе системы финансирования – понимания того, что представляет собой в каждой конкретной стране всеобщий охват медико-санитарными услугами. Это подготавливает почву для анализа ситуации (Действие 2). На третьем этапе (Действие 3) происходит определение объема расходов и его возможного изменения с течением времени. Это действие включает

Рис. 2. Процесс принятия решений, касающихся финансирования здравоохранения



определение того, сколько потребителей платят наличными из кармана, и сколько тратится в негосударственном секторе. Действие 4 заключается в рассмотрении возможных ограничений, касающихся разработки и осуществления планов по продвижению к всеобщему охвату, в то время как под действиями 5 и 6 подразумевается формулирование и применение на практике детализированной стратегии.

Весь цикл, как мы его себе представляем, завершается (Действие 7) в тот момент, когда страна критически рассматривает свой прогресс в достижении поставленных целей (Действие 1), что позволяет оценить избранную стратегию и создать новые планы решения проблем. Этот процесс основывается на постоянном обучении, когда практический опыт работы системы способствует проведению постоянной переоценки и приспособлению к новым реалиям.

Системы финансирования здравоохранения нужно постоянно адаптировать не только потому, что всегда есть место для их совершенствования, но и потому, что страны, использующие такие системы, сами меняются, изменяется структура заболеваемости, ресурсы появляются и расходуются, институты развиваются и приходят в упадок.

Практические шаги для внешних партнеров

Как уже отмечалось выше, многие беднейшие страны – даже те, где существует лишь самый скромный набор оказываемых медико-санитарных услуг, – еще долгие годы будут не способны финансировать систему всеобщего охвата за счет собственных ресурсов. Чтобы позволить бедным странам быстрее расширить масштаб охвата, от внешних партнеров понадобится увеличить объем помощи, чтобы соблюсти взятые на себя ранее международные обязательства. Такая помощь сама по себе позволит почти целиком закрыть финансовую брешь, которая была определена ранее для 49 стран с низким уровнем дохода, что сохранит дополнительно более трех миллионов жизней к 2015 году.

Традиционную ОПР можно дополнить инновационными источниками финансирования. По мнению группы высокого уровня, некоторые рассмотренные выше инновационные способы привлечения средств можно использовать также и на международном уровне. И как свидетельствует кампания «Massive Good» Фонда тысячелетия, некоторые такие способы уже применяются. Многие инновационные механизмы финансирования не требуют достижения международного консенсуса. Если каждая страна с высоким уровнем дохода начнет использовать хотя бы один из рассмотренных выше вариантов, то это приведет к существенному увеличению уровня дополнительного финансирования. Это, в свою очередь, способно привести к более быстрому достижению всеобщего охвата в странах, которые более всего в этом нуждаются.

Внешние партнеры также могут помочь укрепить систему финансирования в странах-реципиентах. В настоящее время страны-доноры используют сразу несколько каналов финансирования, что значительно увеличивает транзакционные издержки как на национальном, так и на международном уровне. Гармонизация системы положит конец многочисленным механизмам аудита, мониторинга и оценки, конкурирующим с внутренними системами за бухгалтеров, аудиторов, и актуариев. Это также позволит высвободить персонал министерства здравоохранения и других правительственных учреждений, и направить их усилия на расширения охвата медико-санитарными услугами в стране.

Международное сообщество сделало шаг вперед, приняв Парижскую декларацию об эффективности помощи и, следом за ней, Аккрскую программу действий. Международное партнерство в области здравоохранения и связанные с ним инициативы направлены на реализацию принципов, лежащих в основе декларации и программы. Тем не менее, надо сделать еще очень много. По сведениям из Вьетнама, в 2009 г. там побывало более 400 миссий доноров, занимавшихся проверкой проектов в области здоровья или в секторе здравоохранения. Руанде ежегодно необходимо отчитываться различным донорам по 890 показателям состояния здоровья, причем 595 из них касаются только ВИЧ и малярии, и при этом создаются новые глобальные инициативы, имеющие свои секретариаты.

Послание надежды

Первая ключевая идея данного доклада о состоянии здравоохранения в мире заключается в том, что не существует никакого чудодейственного средства для достижения всеобщего охвата. Однако, исходя из разнообразного накопленного во всем мире опыта, можно сделать вывод, что страны могут двигаться вперед быстрее, чем раньше, или предпринимать меры по защите своих достижений. Можно привлекать дополнительные средства и диверсифицировать источники финансирования. Можно уйти от прямых платежей и перейти к предварительной оплате и к формированию пулов (или гарантировать, что усилия по сдерживанию роста расходов в реальности не удлинит срока сохранения прямых платежей) и добиваться большей экономической эффективности и справедливости при использовании ресурсов.

Эти принципы давно известны. Благодаря странам, которые провели их в жизнь, был извлечены ценные уроки. Теперь настало время, чтобы взять за основу полученный опыт и использовать его, поскольку в любой стране всегда есть необходимость что-нибудь сделать для ускорения или поддержки продвижения к всеобщему охвату. ■

Ссылки

1. *A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 23 June 2010).
2. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
3. *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения – соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья*. Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf, accessed 23 June 2010).
4. Резолюция WHA58.33. Устойчивое финансирование здравоохранения, всеобщий охват и медико-социальное страхование. В кн.: *Fifty-eighth World Health Assembly, Женева, 16–25 May, 2005*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33-en.pdf, accessed 23 June 2010).
5. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20%20Final.pdf>, accessed 23 June 2010).
6. *World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
7. Leonhardt D. The battle over taxing soda. *The New York Times*, 18 May 2010, B:1.
8. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
9. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

Примечания

- a В данном докладе термин «медико-санитарные услуги» включает в себя формирование здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию. Это термин включает в себя как услуги, оказываемые отдельным гражданам (напр., вакцинацию детей или лечение туберкулеза), так и услуги для групп населения (напр., анти-табачные кампании в СМИ).



Глава 1 | Где мы сейчас?



Ключевые идеи

- Улучшение здоровья имеет важнейшее значение для благополучия человека и является необходимым условием для устойчивого экономического и социального развития. Обладание «наивысшим достижимым уровнем здоровья», как это указано в Уставе ВОЗ, требует начать или продолжать движение к всеобщему охвату во многих странах и упорных действий по защите своих достижений в остальных.
- Чтобы достичь всеобщего охвата медико-санитарными услугами, странам нужна такая финансовая система, которая дает возможность людям использовать все типы медико-санитарных услуг – формирование здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию – без угрозы испытать финансовые трудности.
- Сегодня миллионы людей не могут пользоваться медико-санитарными услугами, потому что им приходится платить за них в момент их получения. И многие из тех, кто пользуется услугами, испытывают финансовые затруднения, или даже впадают в нищету по причине необходимости оплачивать их.
- Переход от прямой оплаты в момент получения услуг, к схемам предоплаты является важным шагом по преодолению финансовых затруднений, связанных с оплатой медико-санитарных услуг. Схемы объединения средств в пул увеличивают доступ к необходимым услугам и распределяют финансовые риски нездоровья среди всего населения.
- Объединенные средства никогда не смогут охватить все 100% населения, покрыть 100% затрат и 100% необходимых услуг. Странам все еще предстоит сделать трудный выбор как использовать эти средства наилучшим образом.
- В глобальном масштабе мы находимся на длинном пути к достижению всеобщего охвата. Но страны всех уровней дохода за последнее время добились прогресса в движении к этой цели, привлекая больше средств в здравоохранение, эффективнее объединяя средства для распределения финансовых рисков и становясь более действенными в этом отношении.

1



Где мы сейчас?

Несчастный случай произошел 7 октября 2006 года. Нарин Пинтэлакарн упал с мотоцикла на повороте и влетел в дерево, причем основной удар пришелся на его незащищенную голову. Через некоторое время его подобрала проезжающие мимо автомобилисты и отвезли в ближайшую больницу. Врачи диагностировали у него тяжелую травму головы и отправили в центр травматологии, находящийся от них на расстоянии 65 км, где диагноз был подтвержден. С помощью компьютерной томографии было установлено наличие у пациента субдуральной гематомы с вклиниванием головного мозга под серповидный отросток и намет мозжечка. Кости черепа Пинтэлакарна были сломаны в нескольких местах. Его головной мозг деформировался и сместился, и все еще кровоточил; доктора решили незамедлительно оперировать. Его посадили на кресло-каталку и повезли в отделение неотложной медицинской помощи, где хирурги удалили часть черепных костей для уменьшения внутричерепного давления, а также убрали ступок крови. Пять часов спустя, пациент был помещен в отделение интенсивной терапии и подсоединен к аппарату ИВЛ, где он провел 21 день. Спустя тридцать девять дней после поступления в больницу он был выписан в удовлетворительном состоянии.

Примечательно в этой истории не то, что в ней рассказывается о возможностях современной медицины восстановить поврежденный организм, а то, что она произошла не в одной из стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), где ежегодные душевные расходы на здравоохранение приближаются в среднем к 4000 долл. США, а в Таиланде, где душевные расходы составляют 136 долл. США, что составляет только 3,7% от внутреннего валового продукта (ВВП) (1). И при этом пациент не принадлежал к правящей элите, тому типу людей, которые обычно всегда получают хорошее медицинское обслуживание независимо от того, где они живут, что продемонстрировано в этом докладе. Пинтэлакарн был временным рабочим, зарабатывающим в день только 5 долл. США.

«Тайское законодательство требует, чтобы все люди, нуждающиеся в медицинской помощи, получали ее в соответствии со стандартной процедурой, независимо от своего социального статуса», – говорит доктор Витэя Чэдбунчечей, хирург, выполнивший трепанацию черепа Пинтэлакарна в Региональной больнице Хон Каен на северо-востоке страны. По словам Чэдбунчечей, поскольку в Таиланде покрываются расходы на здравоохранение каждого человека, то для медицинского персонала не имеет значения, ни то, кто собирается оплачивать лечение, ни то насколько дорогостоящим оно окажется.

Во время, как многие страны, включая такие ведущие экономические державы, как Китай и Соединенные Штаты Америки, рассматривают способы, с помощью которых они могут удовлетворять потребности в предоставлении медицинской помощи для населения, в дискуссиях о системе оказания медицинской помощи доминирует тема всеобщего охвата – что такое всеобщий охват, сколько это стоит и кто будет покрывать расходы. В данном Докладе о состоянии здравоохранения в мире мы рассматриваем этот вопрос с точки зрения финансирования и предлагаем пути, с помощью которых все страны – и бедные и богатые, – смогут улучшить доступ к качественному медицинскому обслуживанию, без того, чтобы люди испытывали финансовые затруднения, вызванные необходимостью платить за медицинскую помощь. (Вставка 1.1).

Тремя наиболее важными сферами финансирования здравоохранения являются:

1. Привлечение достаточных средств в систему здравоохранения.
2. Устранение финансовых барьеров для облегчения доступа к медицинским услугам и уменьшение финансовых рисков, связанных с заболеванием.
3. Лучшее использование имеющихся ресурсов (подробнее изложено во Вставке 1.1).

Вставка 1.1. Как функционирует система финансирования здравоохранения: техническое пояснение

Финансирование здравоохранения не сводится лишь к привлечению средств в здравоохранение. Это также вопрос о том, кому предлагают заплатить, когда заплатить и как тратятся полученные деньги.

Сбор средств – это то, с чем большинство людей связывает с финансированием медицинских услуг: способ сбора средств для оплаты услуг системы здравоохранения. Средства, как правило, получают от домохозяйств, организаций или компаний, и иногда от спонсоров за пределами страны (называемых «внешними источниками»). Средства могут быть собраны за счет общего налогообложения (бюджета) или специального налогообложения; взносов обязательного или добровольного медицинского страхования; прямых платежей из личных средств граждан, как, например, плата пациентов за услуги; и пожертвования.

Объединение финансовых средств в пулы – представляет собой аккумуляцию и управление финансовыми ресурсами для обеспечения гарантии, что финансовый риск, возникающий в результате необходимости оплатить медицинское обслуживание, распространяется на всех членов пула, а не только на заболевших лиц. Главной целью объединения средств в пулы является распределение финансового риска, связанного с необходимостью потребления медицинских услуг. Объединение средств в пул, предполагает *предварительную оплату*, т.е. внесение средств до момента возникновения заболевания. Средства могут поступать, например, в виде налогов и/или страховых взносов. Большинство систем финансирования здравоохранения включают элементы объединения средств в пул, формируемого в результате предварительной оплаты, сочетающиеся с прямыми платежами потребителей услуг, что иногда называют *«соучастием в расходах»*.

Закупка – процесс оплаты медицинского обслуживания. Выделяют три главных способа оплаты. Первый – государство выделяет средства непосредственно своим собственным поставщикам медицинских услуг (интеграция закупок и обеспечения услугами), используя для этого бюджетные деньги и, иногда, страховые взносы. Второй – институционально отделенное агентство по закупкам (например, фонд медицинского страхования или правительственный орган) обеспечивает приобретение медицинских услуг, действуя от лица населения (разделение между покупателем и поставщиком). Третий путь – люди сами платят непосредственно поставщику за оказанные услуги. Во многих странах используется комбинация способов.

В этом широком диапазоне, поставщики могут получать оплату за предоставляемые услуги различными способами, что будет более подробно рассмотрено в главе 4. Процесс закупки также подразумевает решение вопроса о том, какие услуги следует финансировать, включая в их число комбинацию профилактики заболеваний, мероприятий по формированию здорового образа жизни, лечения и реабилитации. Эта тема рассмотрена в главе 2.

Стереотипы могут вводить в заблуждение. Каждая страна делает свой выбор в том, что касается способов сбора средств, объединения их в пул и закупки услуг. Тот факт, что некоторые страны решают часть средств для здравоохранения формировать за счет взносов обязательного медицинского страхования, не означает, что все они однообразно объединяют средства в пулы. В некоторых странах есть только один единственный пул – например, национальный фонд медицинского страхования, в то время как в других имеются несколько, иногда конкурирующих между собой пулов, которыми управляют частные страховые компании. И даже когда у стран есть похожие схемы объединения средств в пулы, избираемые ими способы предоставления или закупки медицинских услуг могут существенно различаться. Две системы, основывающиеся в значительной степени на медицинском страховании, при объединении и использовании средств для обеспечения доступа населения к услугам могут действовать по-разному; это же справедливо и для двух систем, финансирование которых основывается на налоговых (бюджетных) поступлениях. Это объясняет, почему для целей выработки политики теряет смысл традиционное разделение – как бы Беверидж против Бисмарка – на «бюджетные» системы и системы социального медицинского страхования.

Намного важнее рассматривать то, какой выбор предстоит делать при каждом новом шаге по этому пути, от сбора средств, до их объединения в пулы и расходования. Это и есть тот самый выбор, который предопределяет, будет ли система финансирования эффективной, действенной и справедливой, что будет описано в последующих главах.

В центре внимания люди. Занимаясь этой технической работой важно помнить, что в центре внимания находятся люди. С одной стороны, они предоставляют средства, необходимые для оплаты услуг. С другой стороны, единственной причиной привлечения этих средств является улучшение здоровья и благосостояния людей. Финансирование здравоохранения – средство для достижения цели и само по себе оно не является целью.

Медицинское обслуживание стоит денег. Так или иначе, необходимо платить за работу врачей и медсестер, а также за лекарства и больницы. На сегодняшний день, глобальные ежегодные расходы на здравоохранение составляют приблизительно 5,3 триллиона долл. США (1). В связи с тем, что уровень инфекционных заболеваний в некоторых регионах мира остается неизменно высоким, а число неинфекционных заболеваний, таких как сердечнососудистые заболевания, рак и хронические заболевания, как например ожирение, повсеместно растет, финансовые затраты на здравоохранение могут лишь продолжать увеличиваться. Эта тенденция будет усугубляться появлением более сложных высокотехнологичных лекарственных препаратов и медицинских процедур, которые создаются для борьбы с этими заболеваниями.

Таким образом, может казаться логичным, что более богатые страны в большей степени способны обеспечивать доступные медико-санитарные услуги. В действительности же на здравоохранение тратят больше те страны, которые ближе подошли к всеобщему охвату. К примеру, в странах – членах ОЭСР проживает только 18% всего населения земли, но при этом на расходы этих стран приходится 86% от общих расходов на здравоохранение в мире; лишь некоторые страны ОЭСР ежегодно расходуют на одного человека менее 2900 долл. США.

Но это не всегда означает, что страна с более низким доходом имеет меньший охват. Таиланд – поразительный пример страны, которая значительно улучшила охват медицинскими услугами и защиту от финансовых рисков больных людей, несмотря на то, что по сравнению со странами с высоким доходом она тратит намного меньше средств на здравоохранение. Это было достигнуто, за счет изменения способа финансирования здравоохранения и отказа от использования прямых платежей, как например, платы пациентов за медико-санитарные услуги (Вставка 1.2). Возможно, это самый важный элемент развития финансовых систем для осуществления всеобщего охвата; многие страны для финансирования своих систем здравоохранения все еще слишком сильно рассчитывают на прямые платежи пациентов поставщикам медико-санитарных услуг.

Прямые платежи

Прямые платежи имеют серьезные последствия для здравоохранения. Если людей вынуждают оплачивать медико-санитарные услуги в момент их получения, то это отвращает их от использования услуг (особенно мер, направленных на формирование здорового образа жизни и профилактики), и поощряет людей откладывать прохождение медицинского осмотра. Это означает, что они не получают лечение вовремя, когда имеются наилучшие шансы на излечение. Установлено, что значительная доля бедного населения мира, насчитывающего в целом 1,3 млрд человек, не имеет доступа к медицинским услугам только потому, что люди не могут позволить себе оплату услуг в тот момент, когда она им необходима (2). А поскольку они неспособны работать из-за болезни, то рискуют оказаться в бедности или обнищать еще больше.

Прямые платежи серьезно затрагивают и доходы домохозяйств. Многие нуждающиеся в лечении люди, вынужденные оплачивать медицинскую помощь в момент ее получения, вследствие этого переживают серьезные финансовые трудности (3–6). В 89 странах, охватывающих 90% всего населения земли, были проведены оценки числа людей, переживающих финансовую катастрофу (таковой считается ситуация, когда, после удовлетворения базовых жизненных потребностей, непосредственная оплата медицинских услуг составляет более 40% семейного дохода (7)). В некоторых странах до 11% людей ежегодно испытывают подобные серьезные финансовые трудности, и до 5% оказываются в нищете, так как должны оплатить медицинское обслуживание в момент его получения. Последние исследования показывают, что подобная схема оплаты медицинской помощи за счет личных средств граждан привела к тому, что в Кении и Сенегале за один только год за чертой бедности оказались 100 000 семей. В Южной Африке в подобной ситуации находится приблизительно 290 000 семей (8).

Финансовая катастрофа такого рода может произойти в стране с любым уровнем дохода, но она будет больше в той стране, которая для привлечения средств в здравоохранение полагается в основном на прямые платежи (9). Из-за прямых платежей ежегодно по всему миру около 150 млн человек сталкиваются с катастрофическими расходами на медико-санитарные услуги, а 100 млн оказываются за чертой бедности (7).

Катастрофические для отдельного человека расходы на медицинские услуги не обязательно являются следствием высокой стоимости медицинской процедуры или отдельно взятой дорогостоящей манипуляции. Даже относительно небольшие платежи могут привести многие домохозяйства к финансовой катастрофе (10). Так, например, людей с хроническими заболеваниями или инвалидностью могут вытеснить за черту бедности сравнительно небольшие, но постоянно «капающие» счета за медицинские услуги (11–13).

Прямые платежи из кармана потребителей не только становятся причиной финансового стресса и отказа от медико-санитарных услуг, но они также порождают неэффективность и несправедливость в использовании ресурсов. Использование такой формы платежей приводит к чрезмерному потреблению медицинской помощи теми, кто может ее оплачивать, и к недопотреблению помощи теми, кто не способен ее оплатить. (Вставка 1.3).

Вставка 1.2. Что такое прямые платежи?

В здравоохранении оплата обычно взимается за консультации медицинских работников, за медицинские или диагностические процедуры, за лекарственные препараты и другие медицинские средства, а также за лабораторные исследования.

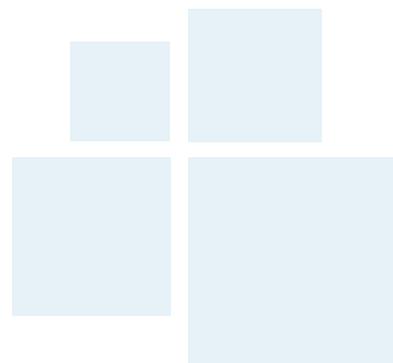
В зависимости от страны взимание платы может быть прерогативой государственной, негосударственной организации, религиозного и частного медицинского учреждения.

Оплата медико-санитарных услуг может быть выступать в виде формальной, официально санкционированной оплаты, а иногда в виде неформальной, так называемой оплаты «из-под полы». Иногда сосуществуют оба варианта.

Даже там, где эти платежи покрыты страховкой, пациентам обычно приходится соучаствовать в затратах, как правило в виде соучастия в страховании, соплатежей и/или франшиз – платежей, которые застрахованное лицо должно сделать в момент предоставления услуг за счет личных средств, поскольку затраты не покрыты страховым планом.

Франшизы – это расходы, которые должны быть оплачены из личных средств застрахованного, до того, как страховщик начнет что-либо оплачивать. Соучастие в страховании отражает долю последующих затрат, которые должны быть покрыты за счет собственных средств застрахованным лицом, в то время как соплатежи представляют собой установленную сумму, которую пациент должен заплатить за каждую услугу.

Мы используем термин прямые платежи, чтобы охватить все эти варианты. Поскольку для обозначения этих же идей часто используется термин «платежи за счет личных средств граждан», то в настоящем докладе эти термины являются взаимозаменяемыми.



Объединенные средства

Прогресс в достижении всеобщего охвата зависит от мобилизации адекватных средств, собираемых с достаточно большого пула лиц, дополняемых при необходимости средствами доноров и отчислениями из бюджета государства, а также механизмов расходования этих средств на необходимые населению услуги. Чем больше будет людей разделяющих финансовый риск таким способом, тем ниже он становится для каждого человека, который ему подвергается. В общем, чем больше пул, тем проще с его помощью справиться с финансовыми рисками. Именно поэтому, пулы, состоящие лишь из нескольких участников, вероятно, будут испытывать то состояние, которое актуарии называют «чрезвычайными колебаниями в использовании и требованиях по возмещению затрат» (16).

Для того, чтобы существовал пул, в него необходимо вложить деньги, а для этого требуется наличие системы предварительной оплаты. Предоплата означает лишь то, что люди платят до того как заболевают, а когда им становится нужна медицинская помощь, то для ее оплаты осуществляется из объединенных в пул средств. Для людей, которые могут позволить себе заплатить, существуют различные схемы предварительной оплаты (см. Главу 3), но во всех странах всегда будут люди, которые неспособны заплатить. В странах, которые ближе всего подошли к всеобщему охвату, для оплаты медицинских услуг таким людям используют бюджетные средства, что позволяет обеспечить в случае необходимости доступ к медицинским услугам.

Страны находятся на разных этапах реализации всеобщего охвата и развития систем финансирования. В Руанде, к примеру, существует бюджетная система, которая все еще находится в стадии разработки, и существуют три надежных организации медицинского страхования (Вставка 1.4). Не исключено, что позднее здесь могут решить, что стоит создать более крупные пулы за счет слияния индивидуальных фондов.

Внешняя помощь

В странах с низким уровнем дохода, где потребность в медицинском обслуживании высока, а механизмы предварительной оплаты часто недостаточно развиты или неэффективны, существует множество препятствий для сбора достаточного объема финансирования отрасли за счет внедрения схем системы предварительной оплаты и объединения средств в пулы. Поэтому им так необходима помощь международных доноров. В противоположность простому финансированию различных проектов или программ из различных источников, вложение денег в развитие систем предварительной оплаты и объединения средств в пулы является одним из лучших способов, с помощью которого доноры могут помочь странам уйти от прямых платежей пациентов, улучшить доступность медико-санитарных услуг и повысить защищенность от финансового риска (21, 22).

В последние пять лет многие двусторонние агентства начали оказывать помощь, направленную на совершенствование систем финансирования здравоохранения с целью достижения всеобщего охвата. Эти агентства также начали изучение того, как внешняя финансовая помощь может способствовать, а не препятствовать этому процессу. Отражением такого подхода стало принятие Парижской Декларации об эффективности помощи и позже Аккрской программы действий. Международное партнерство в области здравоохранения и связанные с ним инициативы

Вставка 1.3. Финансирование всеобщего охвата медико-санитарными услугами

Системы финансирования должны быть специально разработаны с целью:

- обеспечить всем людям доступ к необходимым медико-санитарным услугам (включая мероприятия по формированию здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию), достаточно высокого качества, чтобы они были эффективными;
- гарантировать, что потребление этих медицинских услуг, не повлечет за собой финансовых затруднений для пациента (14).

В 2005 г. Всемирная ассамблея здравоохранения единогласно приняла резолюцию, призывающую страны разработать системы финансирования здравоохранения для достижения этих двух целей, определяемых как путь достижения всеобщего охвата (15). Чем больше финансирование системы здравоохранения страны зависит от прямых платежей, таких как оплата потребителями, тем сложнее достичь этих двух целей.

стремятся внедрить эти принципы в практику работы сектора здравоохранения, с целью мобилизации усилий стран-доноров и других партнеров по развитию на поддержку единой, осуществляемой на национальном уровне стратегии здравоохранения (23, 24).

На пути к всеобщему охвату

Многие страны на пути к реализации всеобщего охвата реформируют систему финансирования здравоохранения, и в их числе две крупнейшие экономики мира – Китай и США.

В апреле 2009 г. китайское правительство объявило о планах предоставить «безопасное, эффективное, удобное и доступное» медицинское обслуживание всем городским и сельским жителям к 2020 г. (25). Если реформа полностью осуществится, то будет положен конец использованию рыночных механизмов, на которых основывалось здравоохранение с 1978 г. До этого, государство предоставляло лишь базовые медицинские услуги, но они были бесплатными для всего населения. Применение рыночного подхода привело к существенному увеличению прямых платежей – от составлявших немногим более 20% всех расходов на здравоохранение в 1980 г., до 60% в 2000 г. Это привело к тому, что многие люди столкнулись с катастрофическими для них затратами на медицинские услуги. Новый подход также означал, что больницы должны были выживать за счет денег, которые платят сами пациенты, что в свою очередь оказывало давление на врачей, вынужденных назначать лекарства и лечение, ориентируясь не столько на их клиническую эффективность, сколько на их стоимость.

Правительство предприняло шаги в направлении решения данной проблемы.

Ядро последних реформ составляют две инициативы: новые кооперативные медицинские программы, начатые в 2003 г. для удовлетворения потребностей сельского населения, и начатая в 2009 г. в 79 городах программа «Базовое медицинское страхование городских жителей». Правительство ставит своей целью сокращение зависимости от прямых платежей и увеличение с 15% в 2003 г. до 90% в 2011 г. доли населения, имеющего официальную страховку, постепенное повышение доступности медико-санитарных услуг и усиление защиты от финансового риска (26).

Последние реформы финансирования здравоохранения в Соединенных Штатах позволят к 2019 г. охватить страхованием 32 млн человек, ранее не имевших страховки (27). Для достижения этой цели будут использованы разнообразные стратегии. Теперь частные страховщики не смогут больше отказывать лицам, обращающимся за страховкой, основываясь, например, на состоянии здоровья, а лица и семьи с низким доходом получают субсидии для уплаты страховых взносов (28).

Значительного прогресса в совершенствовании систем финансирования здравоохранения по обеспечению

Вставка 1.4. Распределение риска заболевания: взаимное медицинское страхование в Руанде

Правительство Руанды сообщает, что 91% населения страны охвачен одной из трех основных схем медицинского страхования (17). Первая, *Rwandaise assurance maladie* является схемой обязательного социального медицинского страхования для государственных служащих, она также доступна для работников частного сектора на добровольной основе. Вторая, схема Военно-медицинского страхования обеспечивает потребности всех военнослужащих. Третьей и, самой важной для охвата населения является кластер *Assurances Maladies Communautaires* – схемы взаимного страхования, участниками которых являются сельские жители и занятые в неформальном секторе. На протяжении последних 10 лет эти системы взаимного страхования развиваются высокими темпами, и в настоящее время охватывают более 80% населения. Около 50% средств взаимного страхования составляют взносы участников, другая половина финансируется правительством за счет сочетания бюджетных взносов и помощи доноров (18).

Схемы страхования не покрывают всех затрат на здравоохранение: домохозяйствам приходится оплачивать долю расходов из собственных средств, а набор предоставляемых услуг явно не так велик, как в более богатых странах. Тем не менее, успехи заметны. Расходы на здравоохранение выросли с 11 долл. США на душу населения в 1999 г. до 37 долл. США в 2007 г. Увеличение доли населения, охваченного той или иной схемой медицинского страхования, привело к росту потребления медицинских услуг и, что самое главное, улучшению состояния здоровья населения, измеряемому, например, показателем снижения детской смертности (19).

Поскольку система медицинского страхования находится пока на начальной стадии своего развития, проблемы все еще существуют. К ним относятся: необходимость сделать более приемлемыми взносы для беднейших слоев населения; расширение спектра предлагаемых услуг и увеличение доли покрываемых расходов, а также улучшение управления финансами. Руанда также работает над согласованием различных механизмов финансирования, частично за счет развития национальной правовой базы, регулирующей социальное медицинское страхование (20).

всеобщего охвата добились многие страны с низким и средним доходом. В их число входят не только страны, уже ставшие примером в этом отношении – Чили (29), Колумбия (6), Куба (30), Руанда (20), Шри-Ланка (31) и Таиланд (32), но и, такие как Бразилия (33), Коста-Рика (34), Гана (35), Кыргызстан (36), Монголия (37) и Республика Молдова (38). Тем временем Габон (39), Лаосская Народно-Демократическая Республика (40), Мали (41), Филиппины (42), Тунис (43) и Вьетнам (44) расширяют использование различных форм предварительной оплаты и объединения средств в пулы для усиления защиты от финансового риска, особенно в отношении бедных.

На другом конце шкалы доходов находятся 27 стран-членов ОЭСР, предоставляющие всем своим гражданам возможность использовать целый набор интервенций за счет объединенных в пулы средств. В этом же направлении двигаются и две другие страны – Мексика, с ее добровольной системой медицинского страхования *Seguro Popular*, и Турция, с ее Программой преобразования здравоохранения (45–47).

Все эти страны движутся в направлении всеобщего охвата разными путями и различными темпами. Иногда системы развиваются в течение длительного периода времени и встречают сопротивление, а иногда их путь бывает короче и быстрее (21, 48).

Так, к примеру, Республика Корея, начала свой путь к всеобщему охвату в начале 1960-х годов. Первоначальные инвестиции были направлены на создание инфраструктуры, но уже в 1977 г. программа была значительно расширена благодаря мощной политической поддержке на самом высоком уровне (49). За этим последовало стабильное расширение использования программ медицинского страхования работающего населения. В таких программах поначалу участвовали компании, где работало более 500 сотрудников, затем в цепочку включились другие более мелкие компании с численность работающих до 16 человек и, наконец, дело дошло до подключения к этим программам фирм только с одним штатным сотрудником. С 1981 г. в программе стали участвовать также государственные служащие и учителя, что сыграло ключевую роль в распространении знаний о данной программе среди остальной части населения. Это, свою очередь, помогло в 1988 г. поставить вопрос о всеобщем охвате в центр повестки дня политической жизни, когда основной проблемой президентской кампании стало участие в программах социального благосостояния. В 1989 г. всеобщий охват был распространен на все оставшееся население – неимущих, самозанятых и сельских жителей (50). С тех пор, система имеет тенденцию к расширению, как в том, что касается объема предлагаемых услуг, так и доли затрат, оплачиваемых системами страхования.

Придание устойчивого характера существующим достижениям

Ускорение продвижения к всеобщему охвату действительно представляет собой проблему, но не менее сложной проблемой является сохранение достигнутого уровня охвата. Несколько стран приспособили свои системы финансирования к изменяющимся обстоятельствам. Например, Гана после того, как обрела независимость в 1957 г., приступила к предоставлению бесплатных медико-санитарных услуг всему населению в медицинских учреждениях, финансируемых за счет государства. Столкнувшись в начале 1980-х гг. с серьезной нехваткой ресурсов, стране пришлось отказаться от этой системы с тем, чтобы позднее перейти к одной из форм общенационального страхования (Вставка 1.5).

В Чили также были пройдены различные фазы развития. После 30 лет существования в стране финансируемой государством национальной службы здравоохранения, в 2000 г. был сделан выбор в пользу другого, смешанного государственно-частного подхода к медицинскому страхованию, гарантировавшего всеобщий доступ к качественному лечению ряда состояний. С течением времени количество таких состояний было расширено, и от этого более всех выиграли бедные люди (29).

Во всех странах существуют проблемы, связанные с увеличением спроса на улучшение медицинского обслуживания, с угрозами болезней, а также с растущим перечнем зачастую дорогостоящих технологий и лекарственных средств, необходимых для поддержания или улучшения здоровья. При этом затраты непрерывно растут быстрее национального дохода, вынуждая правительства ограничивать затраты.

Всеобщий охват: два направления

Опыт многих стран, находящихся на различных стадиях экономического развития, показал, что существенное продвижение по направлению к всеобщему охвату возможно. Тем не менее, миру в целом еще предстоит многое сделать. Чтобы понять, где мы сейчас находимся, необходимо сосредоточиться на двух ключевых элементах всеобщего охвата медико-санитарными услугами, описанных ранее: финансовой доступности важнейших медико-санитарных услуг; и степени защиты от финансового риска людей, которые пользуются этими услугами (Вставка 1.3).

Как уже было упомянуто, по имеющимся оценкам ежегодно в мире 150 млн людей оказываются на грани финансового краха, а еще 100 млн попадают за черту бедности вследствие прямых платежей за медицинские услуги. Это указывает на широко распространенное отсутствие защиты от финансового риска – порока, поражающего в основном страны с низким доходом, но отнюдь не ограничивающегося ими. В шести странах ОЭСР более 1% населения (или почти четыре миллиона человек), несут катастрофические расходы, а в пяти других странах распространенность этого явления превышает 5 случаев на 1000 человек (7).

Более того, в США долги медицинского характера являются основной причиной личных банкротств. В 2008 г. исследователи из Гарварда сделали вывод, что до 62% случаев банкротства в предыдущем году были связаны с болезнью или оплатой медицинских счетов (52). Многие из людей, оказавшихся банкротами, имели какой-либо вид медицинской страховки, но ее было недостаточно для предотвращения дополнительных расходов за счет личных средств потребителя. Такое развитие событий не связано с недавним экономическим спадом, поскольку и в 2001 г. медицинские счета были причиной 50% банкротств в США.

В глобальном масштабе банкротства, связанные с медицинскими расходами, пока не являются основной проблемой, либо потому, что экономическая доступность медицинской помощи находится на адекватном уровне, либо по причине недоступности официального кредита для большинства населения (53, 54). Однако если уровень прямых платежей останется высоким, а доступность кредитов увеличится, это может превратиться в проблему.

Снижение частоты возникновения финансовых трудностей, связанных с прямыми платежами, является одним из ключевых показателей прогресса в направлении всеобщего охвата. Однако, исследования по отдельным странам иногда указывают на небольшое количество финансовых катастроф и случаев обнищания среди наиболее бедных слоев населения, что связано с тем, что эти люди просто не могут позво-

Вставка 1.5. Гана: различные фазы реформ по финансированию здравоохранения

В 1957 г. после обретения независимости Гана предоставляла медицинскую помощь населению, используя для этого сеть учреждений первичной медико-санитарной помощи. Финансирование системы осуществлялось за счет общего налогообложения (бюджета) и поддержки внешних доноров. Плата за услуги не взималась. В 1980-е гг., столкнувшись с ухудшением экономического положения, страна либерализовала сектор здравоохранения в рамках более широких структурных реформ. Либерализация привела к бурному росту числа частных медицинских учреждений, что, в сочетании с введением платы для покрытия части расходов государственных учреждений, привело к резкому падению потребления медицинских услуг, особенно среди бедных. Люди, которые все-таки обращались за медицинской помощью, вынуждены были платить за счет собственных средств, нередко рискуя оказаться в состоянии финансового краха (51).

В последнее время начала снижаться доля платежей за счет личных средств граждан в общих расходах на здравоохранение, таким образом, страна пытается изменить сложившуюся ситуацию. Этот процесс начался с освобождения от платы за лечение при таких заболеваниях, как проказа и туберкулез, а также с бесплатной иммунизации и дородовой помощи. Гана также отменила плату для людей с очень низкими доходами. В 2004 г. была введена Национальная программа медицинского страхования, а к июню 2009 г. в ней было зарегистрировано 67,5% населения (35). За период 2005-08 гг. число врачебных посещений возросло на 50%, увеличившись с 12 до 18 млн посещений, в то время как число госпитализаций возросло на 6,3% (с 0,8 до 0,85 млн. госпитализаций).

В настоящее время каждая из окружающих схем взаимного медицинского страхования, составляющих национальную схему, фактически представляет собой отдельный рискованный пул. Фрагментация, таким образом, является сохраняющейся проблемой, как и неустойчивость системы, но Гана стремится устранить ошибки, которые привели к снижению всеобщего охвата в течение нескольких последних десятилетий.

лечь себе пользоваться медико-санитарными услугами (55, 56). Следовательно, уровень доступности необходимых населению медико-санитарных услуг также является важным индикатором уровня развития системы финансирования здравоохранения.

Данные об экономической доступности медико-санитарных услуг ограничены, но есть информация об охвате некоторыми ключевыми вмешательствами. Наличие такой информации позволяет оценить, в какой степени финансовые барьеры препятствуют получению необходимой медицинской помощи. Например, иммунизация детей до года вакциной против коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС) спасает множество детских жизней, а присутствие квалифицированного медицинского персонала при родах является решающим в спасении жизни, как новорожденных, так и матерей. Информация о доле детей, прошедших полный курс вакцинации АКДС, и проценте родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, представлена широко.

На Рис. 1.1 представлены данные об уровне охвата населения этими двумя видами вмешательств. Каждая точка на графике соответствует определенным странам, расположенным в порядке возрастания по горизонтальной оси. Многие страны достигли или почти достигли 100% охвата населения обоими вмешательствами, хотя существуют значительные различия между странами. С одной стороны, в 16 странах менее 40% женщин рожают в присутствии квалифицированного медицинского персонала, способного спасти их жизнь в случае развития осложнения. В семи странах охват иммунизацией АКДС составляет менее 40%. Это свидетельствует о наличии существенного межстранового неравенства в уровне охвата населения медико-санитарными услугами, а также о том, что степень неравенства выше для услуг, требующих в большей степени развитой инфраструктуры и квалифицированного персонала (например, при родах), чем для других вмешательств (таких как вакцинация) (57).

Внутри стран также существует неравенство в охвате (и уровне здоровья населения). Обследования, проводимые в рамках программы «Народонаселение и состояние здоровья», выявляют во многих странах с более низким доходом существенные различия между группами населения с разными уровнями доходов. И вновь обнаруживаются большие различия в доступности квалифицированного медицинского

персонала при родах, чем при иммунизации детей. За некоторым исключением, наиболее состоятельные люди даже в странах с низким доходом имеют доступ к медико-санитарным услугам, аналогичным тем, что доступны в странах с высоким доходом. Однако бедные почти всегда лишены большего, чем богатые, хотя и в различной степени. Так в некоторых случаях охват вакцинацией АКДС среди бедных может составлять лишь 10% от охвата богатых (58).

Потребление медико-санитарных услуг также значительно различается между странами и внутри них (59, 60). Данные по 52 странам, включенным во Всемирное исследование в области здравоохранения, охватывающее страны с различными уровнями дохода, показали, что уровень потребления медицинских услуг в четырех недельный период, предшествовавший проведению исследования, колебался от почти 10% до более чем 30% населения. В некоторых случаях богатые сообщали, что получали медико-санитарные услуги

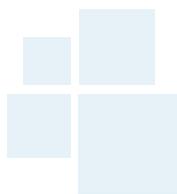
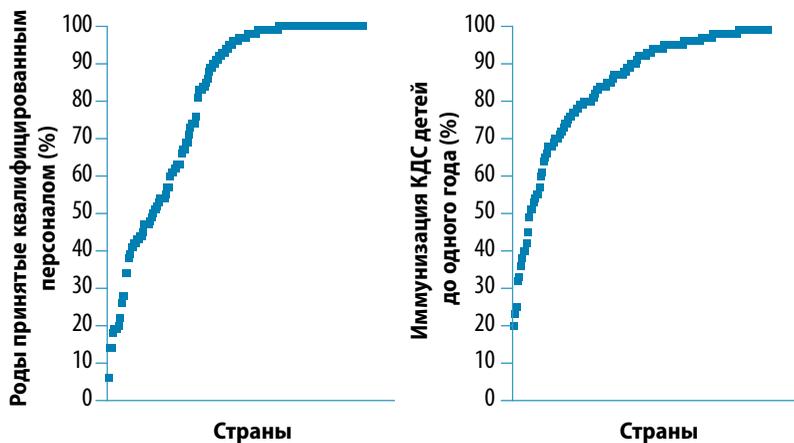


Рис. 1.1. Доля родов, проходивших с участием квалифицированного медицинского персонала и охват вакцинацией от дифтерии, коклюша и столбняка (КДС) по странам за последний год, по которому имеются данные^а



^а Расположены в порядке возрастания степени охвата.
Источник: (19).

в более чем в два раза чаще, чем бедные, несмотря на большую потребность в их получении среди бедных людей.

Хотя приведенные данные дают представление об охвате, они не помогают оценить качество медицинской помощи. Но что существующие свидетельства показывают, так это то, что неравенство даже более заметно при оказании стандартного набора медико-санитарных услуг. Иными словами, бедные люди в бедных странах, не только в значительной степени лишены этих услуг, но и когда они получают помощь, то, вероятно, ее качество бывает ниже, чем для богатых людей (61).

Эти общие характеристики составляют мрачную картину, в которой миллионы людей, в основном бедные, не могут воспользоваться необходимыми услугами наряду с тем, что еще большее число людей испытывает серьезные финансовые трудности в результате оплаты медицинских услуг. Ясно, что не все причины низкого и неравного охвата относятся к системе финансирования, но в данном докладе мы доказываем, что охват мог бы быть значительно шире, если на это выделять дополнительные средства, при привлечении средств меньше опираться на прямые платежи и добиваться большей эффективности. Все эти вопросы относятся к системе финансирования.

Некоторые страны дополнительно, помимо системы финансирования здравоохранения, повышают защиту от финансового риска путем предоставления частичного финансового обеспечения в случае нетрудоспособности по состоянию здоровья: по болезни или рождению ребенка. Международная организация труда (МОТ) проводит сопоставление информации о праве на больничные листы, оплачиваемые в случае болезни или по беременности и родам (62). В 2007 г. 145 стран предоставляли право на оплачиваемый отпуск по болезни, хотя продолжительность отпуска и уровень компенсации доходов значительно различалась. Только в 20% этих стран возмещались 100% потерянного заработка, при этом в большинстве стран возмещению подлежит 50–75% заработка. Большинство стран предоставляют оплачиваемый отпуск по болезни на месяц и более в течение одного года по причине тяжелой болезни, но более сорока стран ограничивают выплаты сроком до одного месяца.

Большинство индустриальных стран предоставляют право на оплачиваемый отпуск по беременности и родам занятым в формальном секторе экономики, но продолжительность отпуска и характер платежей также существенно разнятся. И хотя в странах с низким и средним доходом теоретически существует право на оплачиваемый отпуск, лишь некоторые из них предоставляют какую-либо финансовую поддержку женщинам, имеющим на это право (Вставка 1.6).

Финансовая защита от нетрудоспособности по причине болезни или беременности, как правило, доступна только для работников формального сектора. Обычно в странах с низким доходом, более 50% трудоспособного населения работает в неформальном секторе, не имея, таким образом, доступа к возмещению доходов (63).

Хотя в настоящем докладе основное внимание уделяется защите от финансовых рисков, связанных с необходимостью платить за медицинские услуги, она является важной частью более широких усилий по обеспечению социальной защиты в случаях возникновения заболеваний. Именно в этом качестве ВОЗ совместно с МОТ является спонсором и активным участником инициативы ООН по оказанию помо-

Вставка 1.6. Защита от финансового риска и возмещение дохода: отпуск по беременности и родам

Основным элементом защиты материнства, который гарантирует женщинам период отдыха при рождении ребенка (наряду со средствами на содержание себя и своей семьи, и гарантий на сохранение рабочего места) является получение денежного пособия, что заменяет обычный доход матери в течение определенного периода беременности и после рождения ребенка. Денежное пособие обычно не достигает размеров предыдущего дохода, но, тем не менее, является важной мерой социальной защиты, без которой беременность и роды для многих семей могут представлять финансовые трудности. Отпуск по беременности и родам и система возмещения дохода в данный период могут также иметь косвенные последствия для здоровья; и без этих мер, женщины могут оказаться вынужденными преждевременно вернуться на работу после родов, не имея на то медицинских рекомендаций.

Большинство промышленно развитых стран выделяют значительные средства на отпуск по беременности и родам. Так, в 2007 г. Норвегия потратила средств больше, чем любая другая страна: 31 000 долл. США на ребенка в год, что в целом составило 1,8 млрд долл. США. С другой стороны, большинство стран с низким и средним доходом сообщают о полном отсутствии финансирования отпуска по беременности и родам, несмотря на тот факт, что многие из них приняли законы, гарантирующие такой отпуск. Это можно связать с отсутствием принудительного применения законов на практике, но может объясняться тем фактом, что в некоторых странах, отпуск по беременности и родам не сопровождается каким-либо элементом возмещения дохода.

Источник: Международная организация труда.

щи странам в выработке всеобщего Минимума социального обеспечения. Такой минимум включает в себя тип защиты от финансового риска, рассматриваемый в настоящем докладе, а также более общие аспекты возмещения дохода и социальной поддержки в случае болезни (64).

Сделать правильный выбор

Не существует единого пути развития системы финансирования по достижению всеобщего охвата. Все страны должны сделать свой выбор и идти на компромиссы, в частности в отношении использования механизмов объединения средств в пулы. Постоянной задачей является сохранение баланса приоритетов: средств зачастую недостаточно, потребности людей растут, а технологии для улучшения здоровья постоянно развиваются. Такие конфликты вынуждают лиц, принимающих решения, идти на компромиссы в трех основных областях, касающихся (Рис. 1.2): доли населения, которая должна быть охвачена; набора услуг, которые должны стать доступными; и доли от общего объема затрат, которая будет оплачиваться.

Заштрихованная «коробка» на рисунке, обозначенная здесь как «текущие средства, объединенные в пул» описывает данную ситуацию в гипотетической стране, где примерно половина населения охвачена приблизительно половиной возможных медицинских услуг, но где менее половины стоимости этих услуг оплачиваются из объединенных в пул средств. Чтобы приблизиться к всеобщему охвату, стране необходимо охватить большее количество людей, предложить больше услуг и/или оплачивать большую часть их стоимости.

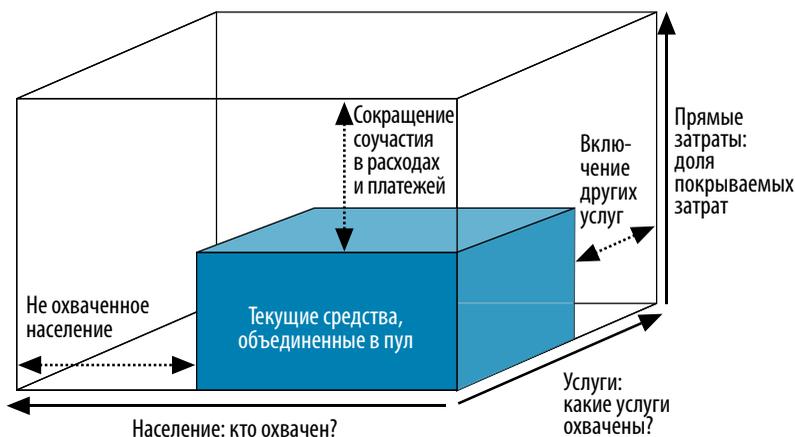
В европейских странах с давно существующими механизмами социальной защиты здоровья «текущие средства, объединенные в пул» заполняют большую часть рисунка. Но ни в одной из стран с высоким доходом, в которых, как часто полагают, достигли всеобщего охвата, в действительности не охвачено 100% населения, не включено 100% доступных услуг и не оплачивается 100% их стоимости без листов ожидания. Каждая страна заполняет «коробку» по-своему, находя компромисс между долей

услуг и долей затрат, оплачиваемых из объединенных в пул средств. Время ожидания услуг может существенно варьировать от одной страны к другой, некоторые дорогие услуги могут не предоставляться, и граждане могут оплачивать различные доли медицинских расходов в виде прямых платежей.

Тем не менее, во всех этих странах все население имеет право на получение набора услуг (профилактика, формирование здорового образа жизни, лечение и реабилитация), и почти все люди защищены от серьезных финансовых рисков благодаря использованию механизмов предоплаты и объединения средств в пул. Основы системы остаются теми же, даже если имеются особенности, сформированные ожиданиями населения и поставщиками услуг, политической средой и доступностью денежных средств.

Разные страны будут выбирать различные пути достижения всеобщего охвата в зависимости от того, с каких позиций они начинают и каким образом действуют, и им предстоит сделать

Рис. 1.2. Три измерения, которые необходимо учитывать при продвижении к всеобщему охвату



Источник: адаптировано из (21, 65).

тот или иной выбор по каждой из трех осей, отображенных на Рис. 1.2. Например, приоритетом в обществе, где никто, кроме элиты, не имеет доступа к медицинским услугам, может быть быстрый переход к системе, когда услугами охвачен каждый, бедный или богатый, даже если набор услуг и доля затрат, покрываемых за счет объединенных в пул средств, относительно невелика (21, 66). В то же время государство при наличии системы с широким охватом и только несколькими исключенными из нее группами может изначально выбрать целевой подход, выделяя тех, кто исключен, и предпринимая меры по их охвату. В таких случаях, в стране возможно предоставить большее количество услуг для бедных и/или покрыть большую часть затрат.

Многие страны, вступая на путь к всеобщему охвату, начинают с определения целевых групп, занятых в так называемом формальном секторе, поскольку такие группы гораздо легче определить. Но в таком целевом подходе имеется и обратная сторона: он может привести к образованию двухуровневой системы и ухудшить условия для тех, кто остается неохваченным системой; и такой подход, позволив добиться частичного успеха, способен ослабить импульс к более фундаментальной реформе.

Эти вопросы будут рассмотрены более подробно в главе 3.

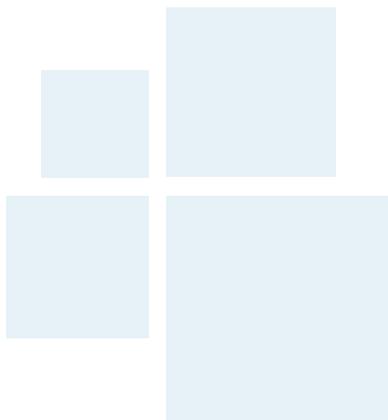
Движение вперед

В Уставе ВОЗ определено основное право каждого человека пользоваться «наивысшими достижимыми стандартами здоровья». Всеобщий охват населения медицинскими услугами является наилучшим способом использования этого права. Данное положение является основополагающим принципом стратегии «Здоровье для всех», выдвинутое более 30 лет назад в Алма-Атинской декларации. В Декларации признается, что улучшение и защита здоровья является необходимым условием устойчивого экономического и социального развития, способствуя улучшению качества жизни, социальной безопасности и обеспечению мира. Принцип всеобщего охвата был вновь подтвержден в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2008 по первичной медико-санитарной помощи и в последующей резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения (67), он также был поддержан в 2008 г. Комиссией по социальным детерминантам здоровья и последующей резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения по данному вопросу (68).

Настоящий доклад подтверждает эти давние убеждения, которые углубились за время, когда страны изменяли их собственные системы финансирования здравоохранения. Хотя в докладе рассматриваются технические вопросы, непосредственно связанные с системой финансирования здравоохранения, его основами являются принципы справедливости и человечности. Основное внимание уделяется практическим вопросам, и прогноз весьма оптимистичный: все страны, находящиеся на разных этапах развития, могут предпринять меры к более быстрому достижению всеобщего охвата и сохранить свои достижения.

При разработке пути к достижению всеобщего охвата необходимо помнить о трех пунктах.

1. Системы здравоохранения являются «комплексными адаптивными системами», элементы которых взаимодействуют между собой неожиданным образом и такие взаимоотношения нельзя предугадать. Участники системы должны постоянно учиться и приспосабливаться, зачастую встречая сопротивление реформам (69). Хотя мы предлагаем различные пути достижения всеобщего охвата, страны должны быть готовы к неожиданностям.
2. При планировании курса по достижению всеобщего охвата странам необходимо в первую очередь оценить их текущее положение. Имеется ли достаточная политическая и общественная заинтересованность в достижении и поддержке всеобщего охвата? Значение этого вопроса будет разным при различных обстоятельствах, но позволит выявить доминирующую позицию в отношении социальной солидарности и проблемы самообеспечения. Для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами необходим достаточный уро-



вень социальной солидарности, учитывая, что любая эффективная система финансовой защиты в масштабах всего населения основывается на готовности богатых финансировать бедных и готовности здоровых финансировать больных. Последние исследования показывают, что в большинстве, если не во всех обществах, обязательно имеется понятие социальной солидарности, когда речь идет о доступе к медицинским услугам и о расходах на медицинское обслуживание, хотя его характер и масштабы варьируют в зависимости от условий (70). Иными словами, в каждом обществе есть представление о социальной справедливости, которое определяет пределы допустимого неравенства (71).

3. В долгосрочной перспективе разработчики политики должны решить, какая часть расходов будет оплачиваться за счет объединенных в пул средств, и, как сбалансировать соотношение выгод и неизбежных потерь в их использовании – т.е. найти компромисс между долей населения, услугами и расходами, которые могут быть покрыты. Для стран, сосредоточивших свои усилия на сохранении с трудом достигнутых успехов, в условиях стремительного развития технологий, изменения возрастной структуры населения и структуры заболеваний решающее значение будут иметь постоянные мониторинг и адаптация.

Следующие три главы очерчивают круг практических действий для:

- привлечения дополнительных средств для финансирования здравоохранения там, где это необходимо или для поддержания уровня финансирования в условиях конкурирующих потребностей и запросов;
- обеспечения или поддержания достаточного уровня защиты от финансового риска с тем, чтобы нуждающиеся в услугах люди обращались за помощью, и это не приводило бы к катастрофическим расходам и обнищанию;
- повышения эффективности и уровня социальной справедливости при использовании средств, чтобы имеющиеся средства гарантированно уходили на достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами.

В заключительной главе излагаются практические шаги, которые могут принять все страны и международные партнеры для привлечения достаточных средств, достижения оптимального уровня объединения средств в пулы и эффективного использования имеющихся ресурсов на пути к всеобщему охвату. ■

Ссылки

1. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006,84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007,26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007,16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
8. *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>, accessed 06 July 2010).
9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003,362:111-117. doi:10.1016/S0140-6736(03)13861-5 PMID:12867110

10. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine (1982)*, 2009,68:201-209. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie à l'assurance maladie universelle: expérience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).
21. *The world health report 2008: primary health care – now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010,15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007,370:801- doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no. 7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 background paper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (<http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf>, accessed 07 July 2010).
28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>, accessed 07 July 2010).
29. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage*. Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; <http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplasil K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009,28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469
33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006,60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Sáenz M, Acosta M, Bermudéz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country*. World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection*. World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005,58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x
38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien être de la population*. 2010. World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688
42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81-104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:385-437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20- doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems – Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725
47. *Health at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45-64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x
49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871-876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693
52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347
53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf, accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055
58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no. 8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives : a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841
62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave*. World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor*. Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (<http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf>, accessed 8 July 2010).
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health__Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005,34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18–27 May 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (<http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>, accessed 08 July 2010).



Глава 2 | Больше средств для здравоохранения



Ключевые идеи

- Ни одна страна пока не смогла гарантировать каждому безотлагательный доступ ко всем услугам, способным поддержать или улучшить состояние здоровья. Все страны сталкиваются с ресурсными ограничениями того или иного типа, хотя более всего эти ограничения свойственны странам с низким доходом.
- Каждая страна может мобилизовать дополнительные внутренние ресурсы на цели здравоохранения или диверсифицировать источники финансирования, если она захочет это делать.
- К числу возможных вариантов увеличения финансирования относятся: повышение приоритетности здравоохранения при распределении бюджета, повышение эффективности сбора налогов или страховых взносов, а также привлечение дополнительных средств за счет использования разнообразных типов инновационного финансирования.
- Одним из вариантов увеличения финансирования является дополнительное налогообложение вредных с точки зрения здоровья продуктов, таких как табак и алкоголь. Подобная мера снижает потребление алкоголя, улучшает состояние здоровья и увеличивает объем ресурсов, которые государство может направить в здравоохранение.
- Даже с учетом использования этих инноваций, большинству стран с низким доходом в течение значительного периода времени будут необходимы растущие потоки донорской помощи. Страны-доноры, прибегая к различным инновационным мерам, также могут мобилизовать больше средств в пользу стран с низким доходом, однако помимо этого они должны делать больше в целях выполнения своих международных обязательств, принятых в рамках программы официальной помощи в целях развития (ОПР) и обеспечивать более предсказуемые и долговременные объемы финансирования помощи.

2



Больше средств для здравоохранения

Мобилизация ресурсов для здравоохранения

В 2009 г. Британский национальный институт здравоохранения и врачебного мастерства объявил, что Национальная служба здравоохранения не может бесплатно предоставить ряд дорогостоящих лекарственных средств для лечения рака почки ввиду экономической нецелесообразности (1). Подобное сокращение вызвало общественное недовольство (2), но институт обосновал его тем, что оно является одной из необходимых мер по рационализации использования ресурсов и расстановке приоритетов (3). Очевидно, что новые лекарственные средства, диагностические и лечебные технологии появляются быстрее, чем новые ресурсы финансирования.

Все страны, как богатые, так и бедные, стремятся увеличить объемы средств, направляемых на финансирование медико-санитарных услуг, необходимых и востребованных населением (понятия не всегда совпадающие). Ни одна страна, какой бы богатой она не была, не в состоянии обеспечить поголовно все население всеми существующими медицинскими технологиями и вмешательствами, способными улучшить здоровье и продлить жизнь. Но, несмотря на определенные финансовые ограничения, нередко связанные как с увеличением доли пожилого населения, так и сокращением численности рабочей силы, финансовые вложения в систему здравоохранения в странах с высоким доходом остаются относительно высокими. Соединенные Штаты Америки и Норвегия тратят более 7000 долл. США в год на душу населения; Швейцария – более 6000 долл. США. Страны Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) тратят в среднем 3600 долл. США на одного человека. Находящиеся на другом конце шкалы доходов страны изо всех сил борются за то, чтобы обеспечить доступность основных медицинских услуг. Из стран-членов ВОЗ 31 страна тратит менее 35 долл. США в год на душу населения, а 4 страны – менее 10 долл. США, и это с учетом финансовой поддержки со стороны внешних партнеров (4).

Однако у всех стран есть возможность шире распространить защиту от финансовых рисков и обеспечить доступ к медико-санитарным услугам более справедливым образом. Руанда, где национальный доход на душу населения составляет 400 долл. США, обеспечивает своим гражданам через систему медицинского страхования базовый набор медико-санитарных услуг стоимостью 37 долл. США на человека (4). Несмотря на то, что Руанда получает финансовую поддержку от международного сообщества доноров, правительство страны ежегодно направляет 19,5% бюджетных средств на нужды здравоохранения (4). Из стран-членов ВОЗ 182 страны имеют сопоставимый или превосходящий (в ряде случаев значительно) уровень Руанды валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения, но многие из них намного дальше, чем она, отстают от достижения цели всеобщего охвата (4). Это необходимо изменить. За небольшим исключением страны не имеют никаких оснований откладывать действия по улучшению доступности качественных медико-санитарных услуг и одновременному увеличению защищенности от финансовых рисков. Данные действия требуют финансовых вложений, и правительства должны начать думать над тем, сколько средств понадобится и где их взять.

Сколько стоит всеобщий охват?

Всеобщий охват не предполагает наличия концепции, одинаково подходящей всем странам; равно как и охват всего населения не подразумевает обеспечения всеми возможными услугами. Как показано в Главе 1, движение в направлении всеобщего охвата подразумевает разработку подходов по увеличению и поддержанию охвата по трем критически значимым направлениям: кто обеспечивается за счет объединенных в пулы средств; какие виды услуг включены и какая часть затрат покрывается. Действуя в этих рамках, лицам, определяющим политику в сфере здравоохранения, предстоит установить источники средств и способы распоряжения ими.

В Таиланде населению бесплатно предоставляются следующие виды медицинского обслуживания: рецептурные медикаменты, амбулаторная помощь, госпитализация, мероприятия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, а также более дорогостоящие медицинские услуги, такие как лучевая терапия и химеотерапия в лечении рака, хирургические операции и интенсивная терапия при несчастных случаях и экстренных ситуациях. Вся совокупность вышеперечисленных услуг обходится стране в 136 долл. США на душу населения – меньше, чем среднестатистические затраты на здравоохранение в группе стран с уровнем дохода ниже среднего (153 долл. США) (4). Но Таиланд не покрывает все нужды. До недавнего времени, например, обеспечение не распространялось на заместительную почечную терапию для больных на терминальных стадиях (Вставка 2.1). Пределы обеспечения у всех стран разные.

Чтобы определить, в какой степени будет осуществляться охват в каждом из трех выше обозначенных направлений, необходимо иметь сведения о стоимости услуг. В 2001 г. Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью подсчитала, что основные медицинские услуги могут быть доступны

за 34 долл. США на человека (6) – цифры, близкие к текущим затратам Руанды. Однако в подсчет не включена полная стоимость антиретровирусной терапии, а также затраты на лечение неинфекционных заболеваний; кроме того, расчетами не предусмотрены инвестиции, которые могут потребоваться для укрепления системы здравоохранения с тем, чтобы распространить охват на территориально изолированные районы.

По обновленной оценке, подготовленной ВОЗ для Группы высокого уровня по инновационным международным механизмам финансирования систем здравоохранения, стоимость обеспечения ключевыми медико-санитарными услугами для 49 обследованных стран с низким доходом в 2009 г. составила в среднем (невзвешенное) чуть менее 44 долл. США на человека, возрастая к 2015 г. до величины чуть более 60 долл. США на душу населения (7). Эта оценка учитывает затраты на расширение возможностей систем здравоохранения таким образом, чтобы можно было обеспечить применение всего набора определенных вмешательств. Учитывались вмешательства, проводимые при неинфекционных болезнях, а также вмешательства, которые необходимы

Вставка 2.1. Таиланд пересматривает охват медико-санитарной помощью

Когда в 2002 г. в Таиланде ввели в действие программу всеобщего охвата, названную позднее программой 30-ти батов, она предполагала оказание всем не только базовых медико-санитарных услуг, но и таких как лучевая терапия, хирургия и интенсивная терапия при несчастных случаях и в чрезвычайных ситуациях. Однако программа не распространялась на заместительную почечную терапию. «Существовало опасение, что [заместительная почечная терапия] может перегрузить систему, поскольку основные риски, приводящие к почечной патологии, также как и риски сахарного диабета и гипертензии, по-прежнему плохо контролируются», – говорит д-р Пратип Дханакиджичароен, заместитель генерального секретаря Бюро национальной безопасности в области здравоохранения, руководящий программой. Заместительная почечная терапия обходится дорого; процедура гемодиализа в Таиланде стоит 400 000 батов (12 000 долл. США) на одного пациента в год, что в четыре раза превышает порог в 100 000 батов на сохраненный год качественной жизни, установленный подкомитетом по лекарственным средствам и методам лечения Бюро безопасности для набора услуг в рамках программы.

Это означает, по мнению Дханакиджичароена, что программа должна в первую очередь покрывать затраты на лечение почечной патологии. Такое мнение разделяет д-р Вирож Тангчароенсатьен, директор Международной программы политики в области здравоохранения при Министерстве общественного здравоохранения. Для Тангчароенсатьена это вопрос справедливости: «В Таиланде существует три программы предоставления медико-санитарных услуг», – говорит он. «Но программа здравоохранения не включает заместительную почечную терапию. Тем не менее, половина людей, охваченных программой, относится к беднейшей квинтилье экономики Таиланда». Его ощущение несправедливости разделяют и другие люди, такие как Субил Ноксакул, пациент 60-ти лет, который за 19 лет потратил все свои сбережения на заместительную почечную терапию. «Когда-то мне удалось накопить семь миллионов батов», – сказал он, «но все мои сбережения закончились». В 2006 г. Ноксакул организовал Тайский почечный клуб, который повысил уровень осведомленности пациентов-почечников о своих правах и оказал существенное давление на Бюро национальной безопасности в области здравоохранения, требуя обеспечить этот вид терапии. Наконец, в октябре 2008 г. министр общественного здравоохранения Монгкол На Сонгкла, включил заместительную почечную терапию в состав программы.

Источник: Выдержка из (5).

для достижения показателей Целей ООН в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРТ), в сфере здравоохранения. Однако эти данные представляют собой среднюю (невзвешенную) для 49 стран в два разных момента времени. Действительные потребности в группе стран будут варьировать по странам: пяти из обследованных стран к 2015 г. необходимо будет тратить более 80 долл. США на человека, в то время как шести другим странам – менее 40 долл. США^а.

Подобные расчеты не означают, что те страны (31 страна), которые выделяют на здравоохранение менее 35 долл. США на человека, должны оставить все попытки мобилизовать ресурсы для достижения всеобщего охвата. Однако им потребуется приспособлять планируемое расширение охвата к имеющимся ресурсам. Кроме того, хотя и предполагается, что данные страны должны мобилизовать ресурсы своими усилиями – подробнее об этом в следующих двух разделах, – но в ближайшем будущем им также будет нужна и внешняя помощь. Даже при относительно высоком внутреннем экономическом росте и приоритетности потребностей здравоохранения в бюджете лишь восемь из 49 стран к 2015 г. имеют шансы обеспечить необходимый уровень финансирования услуг здравоохранения за счет собственных ресурсов (7).

Многим более обеспеченным странам также придется мобилизовать дополнительные финансовые ресурсы для покрытия постоянно возрастающих потребностей здравоохранения, частично обусловленных старением населения и разработкой новых медикаментов, процедур и технологий. Ключевым аспектом в этом вопросе становится уменьшение в ряде стран доли работающего населения. Снижение взносов в бюджет в виде подоходного налога и обязательных вычетов из заработной платы на медицинское страхование вынудит правительства изыскивать альтернативные источники финансирования.

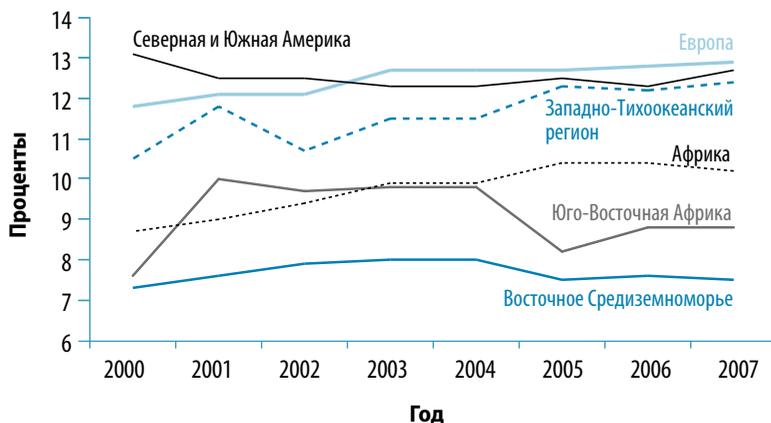
В целом, существует три пути мобилизации дополнительных средств или диверсификации источников финансирования: первый – повысить приоритетность расходов на здравоохранение в текущей структуре расходов, особенно из средств правительственного бюджета; второй – изыскать новые или диверсифицировать уже имеющиеся источники финансирования внутри страны; и третий – увеличить внешнюю финансовую поддержку. Мы рассматриваем каждый из возможных способов; при этом первые два актуальны для стран на всех стадиях развития – как богатых, так и бедных. Эта глава завершается рассмотрением проблемы помощи странам с низким и средним доходом.

Обеспечение выделения справедливой доли государственных расходов на здравоохранение

Даже в тех странах, где внешняя помощь имеет большое значение, ее доля значительно уступает объему средств, собираемых внутри страны. В странах с низким доходом, к примеру, средний (невзвешенный) объем внешнего финансирования в 2007 г. составил немногим менее 25% от всех затрат на здравоохранение, остальная сумма была сформирована из внутренних источников (4). Поэтому критически важно поддерживать и, если необходимо, увеличивать внутренние ресурсы финансирования здравоохранения даже в самых бедных странах (8). Точно такое же значение это имеет и там, где доходы высоки.

Правительства вкладывают средства в улучшение состояния здоровья населения по обоим направлениям: как непосредственно через инвестиции в сектор здравоохранения, так и косвенно, путем вложения средств в социальные детерминанты, например, направляя средства на снижение бедности или повышение уровня образования женщин. Доля общих расходов, направленных в сектор здравоохранения, охватывая лишь один компонент прямых инвестиций, показывает место, на которое правительство ставит здравоохранение среди своих приоритетов, и здесь мы видим значительные различия в разных странах. На Рис. 2.1 показана средняя доля

Рис. 2.1. Государственные расходы на здравоохранение в процентах к общим государственным расходам по регионам ВОЗ, в 2000–2007 гг.^а



^а Представленные средние являются невзвешенными. Государственные расходы на здравоохранение включают расходы на здравоохранение всех министерств и всех уровней управления. Они также учитывают расходы, покрываемые обязательными взносами социального медицинского страхования.

Источник: (4).

государственных расходов на здравоохранение в общем объеме бюджетных расходов по регионам ВОЗ за период 2000–2007 гг. (последний год, на который имеются данные). Цифры включают объем зарубежной помощи, включаемый в государственный бюджет, как в числителе, так и в знаменателе, потому что лишь немногие отчитываются отдельно по этим показателям.

Правительства стран Северной и Южной Америки, Европы и Западно-Тихоокеанского региона, в среднем, больше, чем другие регионы тратят на здравоохранение. Страны Африки так же, как страны Европы и Западно-Тихоокеанского региона увеличивают свои обязательства в секторе здравоохранения. В странах Юго-Восточной Азии относительная приоритетность здравоохранения в 2004–2005 гг. снизилась, но на данный момент она вновь растет, в то время как в Регионе ВОЗ по Восточному Средиземноморью с 2003 г. отмечается снижение доли финансирования здравоохранения.

Некоторые вариации в пределах региона могут объясняться различиями в уровнях благосостояния стран. В целом, чем богаче страна, тем большая доля государственного бюджета выделяется на здравоохранение. Хороший пример – Чили, где увеличение доли государственного финансирования здравоохранения с 11% в 1996 году до 16% спустя десятилетие происходило на фоне значительного экономического роста (9).

Но относительное благосостояние страны – не единственный значимый фактор. Ситуация в сфере здравоохранения в странах с аналогичным уровнем дохода не одинаковая, что указывает на различия в уровне приверженности правительству решению проблем здравоохранения. Это утверждение можно проиллюстрировать разными путями, но здесь мы ссылаемся на Европейское региональное бюро ВОЗ, в котором представлены страны со всеми уровнями дохода. На Рис. 2.2 на вертикальной оси отражена доля расходов государства на здравоохранение, а по горизонтали в виде гистограммы представлены страны, расположенные в порядке увеличения ВВП на душу населения.

В Европейском регионе ВОЗ бюджетные расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от общих государственных расходов, варьируют от 4 до почти 20%. Важно отметить, что хотя приоритетность расходов на здравоохранение в государственном бюджете в целом растет вместе с национальным доходом, некоторые правительства делают выбор в пользу выделения на цели здравоохранения высокой доли общих затрат, не взирая на сравнительно низкие уровни национального дохода; другие же относительно богатые страны, напротив, ассигнуют меньшие доли средств на здравоохранение.

Подобную структуру можно наблюдать повсюду в мире. Хотя приверженность правительству решению проблем здравоохранения растет по мере повышения уровня национального дохода, некоторые страны с низким доходом выделяют на здравоохранение большие доли общегосударственных расходов, чем страны с большим доходом. В 2007 г. 22 страны с низким доходом из разных концов мира выделили на нужды здравоохранения более 10% бюджетных средств, в то время как 11 стран с высоким доходом потратили меньше 10%.

И хотя данные по Африканскому региону не являются самыми неблагоприятными (Рис. 2.1), относительно низкий уровень финансовых инвестиций

в отрасль здравоохранения ряда стран Африки к югу от Сахары заслуживает особого внимания ввиду скромных успехов в достижении Целей развития тысячелетия в области здравоохранения (10, 11). В 2007 г. только три африканских страны – Либерия, Руанда и Объединенная Республика Танзания – в полной мере выполнили свои обязательства по Абуджийской декларации, в которой значилось «поставить целью выделение по меньшей мере 15% своего годового национального бюджета на улучшение в секторе здравоохранения» (12). К сожалению, доля здравоохранения в государственном бюджете 19 стран Африки в 2007 г. была ниже, чем до момента подписания ими Абуджийской декларации (4).

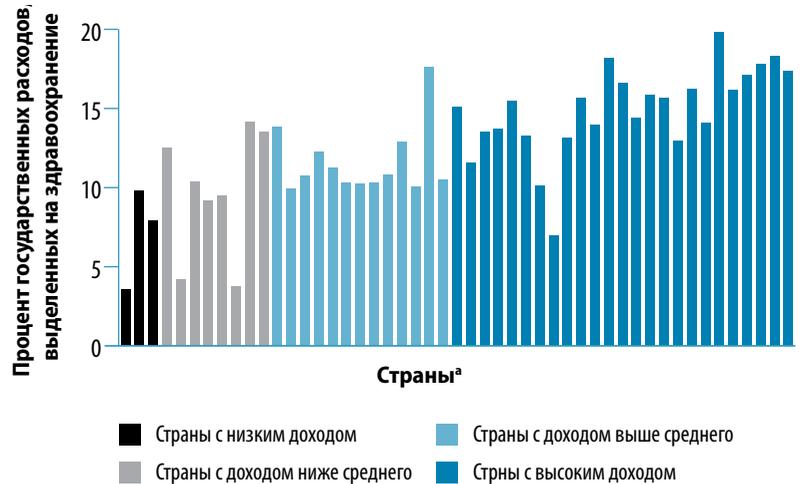
Тем не менее, страны имеют возможность пересмотреть приоритеты бюджета в пользу здравоохранения. И хотя потребности финансирования существенно различаются в зависимости от стоимости услуг, возрастного состава населения и структуры заболеваемости, правительства многих стран, как богатых, так и бедных, могут выделять значительно больше средств из доступных источников. Выгоды могут быть значительными. Группа стран с низким доходом, в целом, может привлечь дополнительно по меньшей мере 15 млрд долл. США в год в здравоохранение из внутренних источников за счет увеличения до 15% доли здравоохранения в общих государственных расходах (без учета зарубежных поступлений). Для этих стран увеличение финансирования за период 2009–2015 гг. составит 87 млрд долл. США (7).

Существует несколько причин, по которым те или иные страны не делают расходы на здравоохранение приоритетом своей бюджетной политики. Часть из них носит финансовый характер, часть – политический, в некоторых случаях министерства финансов считают деятельность министерства здравоохранения экономически неэффективной. Кроме того, приоритетность программ здравоохранения отображает степень заинтересованности правительства здоровьем нации. Проблема всеобщего охвата медицинскими услугами также подразумевает необходимость учитывать интересы бедных и маргинальных слоев населения, политически бесправных и почти лишенных политического представительства.

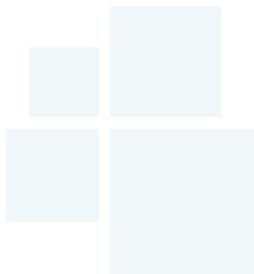
Вот почему так важно сделать здравоохранение ключевой политической проблемой и почему гражданское общество вместе с общепризнанными лидерами в деле достижения всеобщего охвата, могут помочь заставить политиков переместить вопросы финансирования всеобщего охвата на приоритетное место политической повестки дня (13). Повышение эффективности и подотчетности также поможет убедить министерства финансов и, в большей степени, доноров, что увеличение финансирования будет сопровождаться лучшим его использованием (мы вернемся к этому вопросу в Главе 4).

Знание языка, на котором говорят экономисты и использование типов аргументов, способных убедить их в необходимости дополнительного выделения средств, тоже может существенно помочь министерствам здравоохранения в переговорах с министерствами финансов. Эти знания также помогут понять всю сложность изменения схем финансирования здравоохранения и научиться использовать возникающие возможности. Например, важно, чтобы министерство здравоохранения было в курсе переговорного процесса между организациями-донорами и министерством

Рис. 2.2. Доля государственных расходов на здравоохранение в государственном бюджете в европейском регионе ВОЗ, 2007



^a Расположены в соответствии с размером ВВП на душу населения. Источник: (4).



финансов, связанного с облегчением бремени задолженности и общей поддержкой бюджета (14–16). Они должны не только понимать эти процессы, но также быть способными вести дискуссии и переговоры с министром финансов о выделении доли в общем объеме имеющихся средств.

Диверсификация внутренних источников поступлений

Существует два основных способа увеличить объемы внутренних ресурсов для здравоохранения: первый подразумевает перенаправление на данные цели большего количества средств из уже существующих источников, что обсуждалось в предыдущем разделе; второй способ – изыскание новых методов привлечения средств или диверсификация источников.

Дополнительное финансирование может быть получено за счет более эффективного сбора налогов и страховых взносов. Улучшение собираемости поступлений касается всех стран, хотя труднее в данном вопросе будет странам с низким доходом, где существует большой неформальный сектор (17). Однако это не означает, что этого нельзя добиться. И хотя задача сложная и часто кажется неосуществимой, есть ряд примеров успешного управления сбором налогов, в том числе в странах с очень обширным сектором теневой занятости. Удачным примером в данном случае может служить Индонезия (Вставка 2.2).

Тип реформы, что была проведена в Индонезии, требует такого рода инвестиций и уровня технологического обеспечения и инфраструктуры, которые доступные не всем странам. Он также требует улучшения сбора налогов не только с физических лиц, но и с корпораций. И вновь это может быть затруднительным для стран с низким доходом, в которых расположены предприятия добывающей промышленности. Низкая налоговая дисциплина со стороны хотя бы нескольких крупных налогоплательщиков может значительно снизить поступления в казну.

Растущая глобализация и размещение корпоративных активов в офшорных зонах – часто в налоговых гаванях – повышают риск снижения налоговых поступлений, как в результате использования лазеек в законодательстве, так и ввиду

Вставка 2.2. Индонезия увеличивает налоговые поступления путем поощрения соблюдения налогового законодательства

Еще до азиатского кризиса 1997–1998 гг. собираемость налогов, не связанных с нефтью, была в Индонезии весьма низкой и в 2000 г. упала до 9,6% ВВП. Налоговый режим был сложным, а налоговое администрирование слабым. В конце 2001 г. Генеральный директорат по налогообложению (ГДН) решил упростить саму налоговую систему и управление ею. Целью являлось поощрение добровольного соблюдения налогового законодательства, при котором налогоплательщики самостоятельно рассчитывают и затем платят налог на декларированный доход. Добровольное соблюдение обычно составляет 90% от общего объема налоговых поступлений для страны и представляет собой направление, где правительство встречает наименьшее сопротивление, если оно стремится к повышению налоговых сборов. В отличие от добровольного исполнения, принудительное взыскание налогов, как правило, является трудоемким и затратным процессом, и дает сравнительно малую отдачу.

ГДН составил налоговые законы и правила, которые были четкими и доступными, и были последовательно введены, а также применил политику нулевой терпимости к коррупции. Также ГДН были введены процедуры быстрого, дешевого и беспристрастного устранения споров, и приняты меры по поощрению прозрачности, благодаря которым все действия налоговой администрации стали предметом общественного контроля. Качество работы и эффективность процессов были улучшены частично за счет перевода бумажных процессов в цифровой формат. За этим последовали положительные результаты. За четыре года прошедших после проведения реформы сбор налогов вырос с 9,9% до 11% ВВП, созданного в отраслях, несвязанных с нефтью. Дополнительные налоговые поступления означали, что общие государственные расходы могут быть увеличены; расходы на здравоохранение росли быстрее, чем другие.

Источник: (18).

незаконного использования скрытых личных счетов. Все страны ОЭСР приняли Статью 26 типового налогового соглашения ОЭСР, включающую обмен информацией, и уже было подписано более 360 соглашений об обмене налоговой информацией (19). Есть надежда, что глобальные корпорации и финансовые институты, их обслуживающие, в будущем станут прозрачнее в своих операциях, а страны, в которых они ведут свою деятельность, будут получать более справедливую долю налоговых поступлений, часть которых, хочется надеяться, пойдет на обеспечение потребностей здравоохранения.

Но обязательность налогоплательщиков можно повысить, если граждане будут считать, что, выплачивая налоги, они заключают выгодную сделку с правительством. Проведенное в 2009 г. исследование показало, что наряду со значимостью таких мер как расследование

и наказание, важное значение имеет представление о качестве управления (20). Так, налоги в Ботсване платят лучше, но там и качество государственных услуг считается хорошим, а в соседних странах, где качество государственных услуг считают более низким, налоги платят хуже.

В краткосрочном периоде страны с низким доходом и большим неформальным сектором будут концентрировать свое внимание на тех налогах, которые можно собирать сравнительно легко, например налоги с занятых формальном секторе экономики и налоги с корпораций, импортно-экспортные сборы разного рода и налог на добавленную стоимость (НДС) (21). Например, Гана покрывает 70–75% финансовых потребностей Национальной программы медицинского страхования из общих налоговых средств, особенно за счет национального сбора на страхование здоровья, составляющего 2,5% НДС, который, в свою очередь, составляет 12,5%. Недостающее финансирование поступает из других государственных средств и от партнеров по развитию, в то время как страховые взносы, традиционно основной источник страхования, составляют лишь 3% общих поступлений. Национальная программа медицинского страхования на базе НДС позволила обеспечить увеличение расходов на здравоохранение за счет внутренних объединенных средств. Тем самым зависимость системы от прямых платежей, таких как плата пациента, была снижена (22).

Чили, страна с уровнем дохода выше среднего, в 2003 г. увеличила НДС на 1% для финансирования здравоохранения. Даже более обеспеченные страны столкнулись в необходимости диверсифицировать их источники финансирования, отходя от традиционных форм подоходного налога и страховых вычетов с заработной платы. Старение населения означает, что снизившаяся доля работающего населения и взносы, отчисляемые с заработной платы, уже не могут покрывать стоимости медицинских услуг. Германия, например, недавно приступила к внесению средств из общих налоговых поступлений (из бюджета) в систему социального медицинского страхования через новый централизованный фонд *Gesundheitsfond*. Национальная программа медицинского страхования во Франции, в течение 30 лет частично финансировалась через фонд *Contribution Sociale Généralisée*, который в дополнение к традиционным источникам поступлений, таким как подоходный налог, формировался за счет налогообложения недвижимости и прироста основного капитала (23).

Поиск отечественных источников финансирования здравоохранения

Международное сообщество с 2000 г. предприняло ряд важных шагов в целях мобилизации дополнительных ресурсов для улучшения здравоохранения в бедных странах. Поскольку в них содержатся идеи, которые могут пригодиться и другим странам в их поиске путей привлечения средств внутри страны, то данным разделе приводится их краткое перечисление.

Один из первых шагов был сбор с продаж авиабилетов в фонд *Unitaid*, международный механизм закупок лекарств против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (24, 25). На данный момент он позволил собрать 1 млрд долл. США, что в сочетании с более традиционными программами помощи в области развития, дало возможность *Unitaid* профинансировать проекты в 93 странах на общую сумму 1,3 млрд долл. США с 2006 г. (27) В тоже время покупательная способность, продемонстрированная *Unitaid*, привела к значительному снижению цен на определенные изделия, увеличив тем самым количество приобретаемой продукции, способствующей улучшению состояния здоровья. Совсем недавно Фонд тысячелетия по инновационному финансированию здравоохранения начал осуществление программы добровольных сборов солидарности под названием *MassiveGood*, благодаря которой частные лица могут принять участие в финансировании *Unitaid*, делая взносы при покупке услуг, связанных с поездками и туризмом (27, 28).

По оценкам в 2006 г. продажа гарантированных странами-донорами и размещенных на международных финансовых рынках облигаций позволила привлечь 2 млрд долл. США (29). Эти средства направлены в Международный финансовый орган для программ по вакцинации, связанный с Альянсом ГАВИ. Правительства восьми стран заявили о том, что они выделили средства для выкупа этих облигаций, когда придет срок их погашения. Впрочем, превратятся ли данные средства в дополнительные ресурсы для глобального здравоохранения, зависит от того, будут ли платежи по облигациям считаться частью выплат в свет запланированной будущей помощи или дополнением к ним. Но они, как минимум, позволят оказать финансовую поддержку немедленно.

Совсем недавно Группа высокого уровня по инновационным международным механизмам финансирования систем здравоохранения рассмотрела широкий диапазон возможностей по дополнению традиционной двусторонней помощи развитию (31). Группа пришла к выводу, что учреждение сбора с валютных транзакций потенциально способно в мировом масштабе мобилизовать наибольшие суммы: 33 млрд долл. США в год. Помимо этого Группа выдвинула и другие предложения (30, 31).

Эти действия позволили наметить новые источники денежных вложений и поддерживать на высоком уровне международную солидарность в вопросах финансирования здравоохранения. Однако, дискуссии по инновационному финансированию до сих пор игнорировали нужды стран в поиске новых внутренних источников средств, предназначенных для самостоятельного использования: как в странах с низким или средним доходом, которым необходимо привлекать больше средств, так и в странах с высоким доходом, вынужденных вести поиск в условиях изменяющихся потребностей здравоохранения, спроса на услуги и трудовой модели.

Чтобы облегчить эту дискуссию, в Табл. 2.1 приведен перечень возможных мер для использования в странах, намеренных увеличить или диверсифицировать внутренние источники финансирования, основанный на публикации, процитированной выше. Не все предложения могут быть реализованы в любых условиях, а те, что могут быть использованы широко, имеют разную способность генерировать доход в зависимости от конкретной страны, хотя мы строим предположения о том, какой уровень финансирования можно обеспечить на уровне отдельных стран. Например, хотя сбор с валютных транзакций, предложенный Группой высокого уровня, способен сразу мобилизовать большой объем финансовых ресурсов, финансовые транзакции и продукты, с которых данный сбор взимается, сконцентрированы в странах с высоким уровнем дохода. Фактически 85% традиционной международной валютной торговли приходится на десятку стран с высоким уровнем дохода (35). Объемы торговли большинства стран с низким и средним уровнем дохода очень невелики, поэтому данный конкретный вид сборов для них не подходит. Правда, есть исключения: в Индии существует весьма значительный международный валютный рынок с ежедневным оборотом в 34 млрд долл. США (35). И если бы Индия решила использовать этот механизм, то при уровне транзакционного сбора в 0,005%, она получила бы 370 млн долл. в год.

Другой многообещающий подход – налог солидарности на определенные товары и услуги – подразумевает надежность источника финансирования, относительно низкие административные издержки и устойчивость. Применить эти меры при наличии политической поддержки нетрудно. Введение принудительного сбора солидарности, например, на авиабилеты можно осуществить в течение 2–12 месяцев (30).

Введение каких-либо механизмов, включающих в себя налоги, может быть весьма чувствительным делом с политической точки зрения и всегда будет встречать сопротивление определенных заинтересованных групп. Так, например, налог на операции с иностранной валютой может быть воспринят как действие ограничительного характера в отношении банковского сектора и как мера, сдерживающая активность экспортеров/импортеров. Когда в Габоне в 2009 г. ввели налог на денежные переводы, чтобы привлечь средства для субсидирования медицинских услуг для малообеспеченных слоев населения, некоторые люди протестовали, усмотрев в этом ограничения для

Таблица 2.1. Возможные пути инновационного финансирования внутри страны

Варианты	Потенциал привлечения средств ^а	Допущения/примеры	Замечания
Специальный сбор с крупных и прибыльных компаний – налог/сбор, возлагаемый на некоторые самые крупные компании в стране	\$\$–\$\$\$	Австралия недавно установила сбор для угледобывающих компаний; Габон ввел сбор с компаний операторов мобильной связи; Пакистан уже давно использует налог на фармацевтические компании	Особый контекст
Сбор с валютных операций – налог на обменные операции в иностранной валюте на валютных рынках	\$\$–\$\$\$	Некоторые страны со средним доходом, в которых работают важные валютные рынки, могут привлечь существенные дополнительные средства	При условии введения в широком масштабе нуждается в координации с другими финансовыми рынками
Облигации для диаспоры – правительственные облигации, предназначенные для продажи соотечественникам за рубежом	\$\$	Снижает стоимость заимствования для страны (патриотическая скидка); применялись в Индии, Израиле и Шри-Ланке, но не всегда для целей здравоохранения	Применимо для стран, значительная часть населения которых живет за границей
Налог на финансовые операции – сбор распространяется на все операции с банковскими счетами или переводы средств	\$\$	В Бразилии в 1990 г. существовал банковский налог, касавшийся банковских операций, хотя впоследствии был заменен налогом на приток капитала в/из страны; Габон ввел налог на денежные переводы	Судя по всему этот налог вызывает большее противодействие со стороны заинтересованных лиц, чем другие (32)
Взносы солидарности с мобильных телефонов – взносы солидарности могут позволить лицам и корпорациям осуществлять добровольные взносы при ежемесячной оплате счетов мобильной связи	\$\$	Мировой рынок мобильных услуг, оплачиваемых по факту предоставления, составляет 750 млрд долл. США, поэтому даже 1% означает привлечение больших сумм; применимо в странах с высоким, средним (33)	Упорядочение взносов и текущие затраты по их обеспечению могут составить 1–3% от ожидаемой выручки (33)
Акцизный налог на табак – акцизный налог на табачные изделия Акцизный налог на алкоголь – акцизный налог на алкогольные напитки	\$\$	Акцизные налоги на табак и алкоголь существуют в большинстве стран, но для их увеличения предоставляются широкие возможности без снижения поступлений	Снижают потребление табака и алкоголя, что положительно влияет на общественное здоровье
Акцизный налог на «нездоровую пищу» (сахар, соль) – акцизный налог на «нездоровые» продукты питания и ингредиенты	\$\$–\$\$	Румыния предлагает введение 20% сбора на продукты питания с высоким содержанием жиров, соли, пищевых добавок и сахара (34)	Снижает потребление вредных для здоровья продуктов и, тем самым, улучшает состояние здоровья населения
Продажа продуктов или услуг с предоставлением привилегий – аналогична программе Глобального фонда ProductRED, в рамках которой компании получают лицензию на продажу товаров, а часть прибыли направляют на здравоохранение	\$	Продажа франшизных товаров и услуг с отчислением на здравоохранение части прибыли	Такая схема применима в странах с низким и средним доходом при условии, что она не будет конкурировать с программой Глобального Фонда
Налог на туризм – налогом на туризм облагаются виды деятельности, связанные преимущественно с обслуживанием лиц, приезжающих из-за рубежа	\$	Уже нашли широкое применение аэропортовые сборы с отъезжающих; к этим сборам можно добавить компонент или отдельный сбор в пользу здравоохранения.	Выигрыш в разных странах будет существенно различаться в зависимости от уровня развития туристической индустрии

^а \$ – означает низкий, \$\$ – средний и \$\$\$ – высокий потенциал привлечения средств.

Вставка 2.3. Нацеливать или не нацеливать?

Целевые налоги предназначены для конкретной программы или использования. Примерами таких налогов являются телевизионные лицензионные сборы, которые используются для финансирования общественного вещания, и дорожные сборы, которые направляются на поддержание и модернизацию дорог. На такой же целевой основе в 1991 г. был создан Западно-Австралийский фонд укрепления здоровья «Хелтуэй», первоначально финансировавшийся из увеличенного налога на табачные изделия, а в Республике Корея в 1995 г. был учрежден Национальный фонд развития здравоохранения, частично финансируемый из налогов на табачные изделия (40). Тайский фонд укрепления здоровья, созданный в 2001 г., финансировался за счет дополнительной 2%-ной наценки на табачную и алкогольную продукцию (41, 42).

Министерства здравоохранения часто отдают предпочтение таким налогам, поскольку они, в частности, гарантируют финансирование мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике. Таким видам деятельности трудно конкурировать за финансирование с медико-санитарными услугами – отчасти потому, что их не считают чем-то срочным, а отчасти потому что они дают результаты в более долгосрочной перспективе, что делает их менее привлекательными для политиков, для которых важен электоральный цикл, и для страховых фондов, заинтересованных в финансовой жизнеспособности.

Министерства финансов, однако, редко одобряют целевое использование налогов, поскольку они чувствуют, что это подрывает их мандат на выделение бюджетных средств. Действие целевого налога означает принятие решения о расходовании средств помимо правительства, что может ограничить способность правительства решать проблемы цикличности экономики.

Однако на практике целевое введение какого-либо конкретного налога, например, на табачные изделия, не гарантирует, что в целом финансирование здравоохранения будет возрастать. Большинство государственных поступлений, естественно, являются взаимозаменяемыми, и увеличение финансирования здравоохранения из целевых налогов может сопровождаться сокращением потоков из остальной части бюджета. Поэтому вопрос о том, приводит ли использование целевых налогов к чистому увеличению финансирования всего здравоохранения, или только конкретных видов деятельности, является эмпирическим вопросом.

С прагматической точки зрения лучше выделять больше средств на здравоохранение в целом, чем настаивать на целевых налогах. Если правительства удастся убедить использовать хоть один из новых источников финансирования, которые рассматриваются в данной главе, на финансирование здравоохранения в целом, это будет уже хорошо. Если нет, то и в этом случае будет происходить увеличение финансирования здравоохранения, поскольку здравоохранение обычно получает свою долю при увеличении общих государственных расходов. Хотя это увеличение может быть ниже, чем в случае использования целевых налогов, поборники интересов здравоохранения должны быть уверены в том, что, настаивая на целевых налогах, они не вызовут общего противодействия со стороны министерства финансов новому налогу, и дополнительные средства все-таки будут получены.

Источник (43).

проанализировала потенциальные выгоды от повышения налогов на табак в 22 из 49 стран с низким доходом, по которым доступны все необходимые данные для проведения расчетов. Акцизные сборы в данных странах составляют от 11 до 52% от розничной цены на самые популярные торговые марки сигарет, что в абсолютных числах составляет 0,03–0,51 долл. США с пачки (37). По нашим подсчетам, 50% надбавка к уже существующим акцизам позволит дополнительно выручить в этих странах 1,42 млрд долл. США, что представляет собой весьма значительную сумму. В таких странах, как Лаосская Народно-Демократическая Республика, Мадагаскар и Вьетнам, дополнительные доходы позволят увеличить как минимум на 10% общие расходы на здравоохранение и более чем на 25% увеличит объем бюджетного финансирования здравоохранения при условии, вырученные средства полностью пойдут на здравоохранение (Вставка 2.3). Если взглянуть на дело с другой стороны, то это простое нововведение позволит в ряде стран привлечь дополнительное финансирование, которое более чем вдвое превысит текущий уровень внешней помощи на нужды здравоохранения.

Международная обеспокоенность вредными для здоровья и экономики последствиями злоупотребления алкоголем растет, а ценовая политика в отношении этой проблемы может быть ключевым звеном в снятии такой озабоченности. Например, в Москве цены на алкоголь в августе 1985 г. были увеличены на 20% и еще

валютных операций. Несмотря на это, Габон ввел 1,5%-ный сбор на прибыль после выплаты налогов для компаний, занимающихся денежными переводами, и 10%-ный налог на прибыль операторов мобильной связи. Благодаря этим двум видам налогов, совокупный объем вырученных на цели здравоохранения средств составил в 2009 г. 30 млн долл. США (36, 37). Сходным образом в Пакистане за счет налогообложения прибыли фармацевтических компаний в течение многих лет финансируется часть расходов на здравоохранение (38).

Между тем, налог «на пороки» позволяет не только пополнить источники финансирования программ здравоохранения, но и улучшает состояние здоровья за счет снижения потребления вредных для здоровья продуктов, таких как табак и алкоголь. По данным исследований проведенных в 80 странах, в период 1990–2000 гг. реальная цена табака с учетом изменения покупательной способности снизилась. И хотя после 2000 г. было отмечено несколько повышений цен, существуют большие возможности увеличения объема поступлений из этой области, за что выступает Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (39).

В рамках настоящего документа не представляется возможным дать оценку того, сколько средств можно привлечь благодаря использованию каждого из этих инновационных финансовых механизмов в каждой стране. Но ВОЗ

на 25% на следующий год. В результате в последующие 18 месяцев значительно (на 28,6%) снизилось потребление алкоголя. Соответственно снизились случаи госпитализации по поводу психических и поведенческих расстройств, связанных со злоупотреблением алкоголем, уменьшилось количество смертей от цирроза печени, отравления алкоголем и связанного с употреблением алкоголя насилия. В 1987 г. эти меры были свернуты, а цены на алкоголь в последующий период росли медленнее, чем цены на другие товары. В результате многие из положительных тенденций были повернуты вспять (44).

Анализ потребления, налогообложения и ценовой политики в отношении алкогольных напитков по ряду стран, по которым имеются данные, показывает, что если акцизные сборы вырастают до уровня, по меньшей мере, 40% от розничной цены, то существенно вырастают дополнительные поступления, а вредные последствия потребления алкоголя уменьшаются. Для 12 выбранных стран с низким уровнем доходов потребление алкоголя снизилось бы на 10%, а налоговые поступления более чем утроились бы, достигнув величины, приблизительно равной 38% от общих расходов на здравоохранение в данных странах (37).

Эти суммы нельзя игнорировать. Если все страны выберут хотя бы одну из возможностей, представленных в Таблице 2.1, и повысят приоритетность здравоохранения в государственном бюджете, то в здравоохранение можно привлечь значительные объемы дополнительного финансирования.

Внешняя финансовая помощь

В период, предшествовавший экономическому спаду, начавшемуся в конце 2008 г., объем помощи на цели развития систем здравоохранения от богатых стран бедным постоянно рос. Финансирование из внешних источников в странах с низким доходом выросло с 16,5% всех расходов на здравоохранение в 2000 г. до 24,8% в 2007 г. (4). Базы данных, поддерживаемые Комитетом содействия развитию ОЭСР, показывают, что финансирование здравоохранения двусторонними донорами увеличилось с 4 млрд в 1995 г. до 17 млрд в 2007 г. и 20 млрд долл. США в 2008 г.³

Эти данные могут быть неполными, поскольку базы данных Комитета не включают сведения о правительственных обязательствах перед здравоохранением не входящих в ОЭСР стран, таких как Китай, Индия и некоторые страны Ближнего Востока; содержат данные лишь об ограниченном числе многосторонних институтов; не учитывают средства, предоставляемые ключевыми частными игроками в сфере здравоохранения, такими как Фонд Билла и Мелинды Гейтс, другими частными фондами и неправительственными организациями. По данным недавнего исследования, совокупный вклад из всех вышеперечисленных источников может составить 21,8 млрд долл. США, что на 5 млрд долл. США больше, чем по расчетам ОЭСР за 2007 г. (45)

Тем не менее, как минимум в четырех ключевых направлениях перспективы для стран-получателей внешней помощи являются менее радужными, чем можно предположить исходя этих цифр.

Во-первых, несмотря на увеличение внешней помощи, общие расходы на здравоохранение во многих странах остаются ничтожно малыми и недостаточными для обеспечения всеобщего доступа даже к самому минимальному набору медицинских услуг. Как отмечалось в этом докладе ранее, только в 8 странах из 49 стран с низким доходом, включенных в аналитическое исследование для Группы высокого уровня, были какие-либо перспективы привлечения достаточных средств, необходимых для достижения к 2015 г. ЦРДТ, за счет внутренних источников. В других странах в 2015 г. потребуются выделение дополнительных средств из внешних источников в объемах от 2 до 41 долл. США на душу населения.

Во-вторых, несмотря на то, что объемы внешней помощи существенно возросли, лишь в половине стран, сообщивших в ОЭСР о своей помощи, направляемой на развитие, фактически выделенные средства полностью соответствуют принятым обязательствам по их предоставлению (это касается средств на общее развитие, включая

здравоохранение) (46). Другие страны пока не в состоянии выполнить свои обещания, при этом их отставание велико. Медленный прогресс в отношении выполнения этих обязательств ведет к огромным человеческим потерям; дополнительно могут быть спасены 3 млн жизней, если до 2015 г. все доноры выполнят свои обещания (7).

В-третьих, цифры, представленные выше, являются обязательствами; реальные выплаты ниже. Кроме того, часть средств, которые страны-доноры, отмечают как выплаченные, не поступают в страны-получатели для распределения. Иногда значительная часть помощи, уходит на так называемое техническое сотрудничество. Например, такая ситуация была характерна для периода 2002–2006 гг., когда, по данным Комитета, более 40% официальной помощи в целях развития (ОПР)^b в области здравоохранения приходилось на финансирование так называемой технической помощи (научно-консультативная поддержка проектов) и зачастую уходила на оплату работы граждан страны-донора по обеспечению оказания помощи или обучение граждан страны-получателя (47). Несмотря на то, что техническая помощь может быть полезной, выплаченные на это средства превосходили средства, которые страны-получатели могут использовать для улучшения здоровья у себя в стране.

Наконец, в последнее время высказывались опасения, что расходование средств странами-получателями может стать объектом ограничений. Установленные макроэкономические и финансовые целевые показатели инфляции и уровня валютных резервов основаны на концепции пруденциального макроэкономического менеджмента. Существует мнение, что эти целевые показатели мешают полностью использовать поступившую помощь, поскольку часть помощи будет изъята из обращения, чтобы избежать инфляции, или будет использована для создания валютных резервов (48–50).

В настоящее время ведутся активные дискуссии о том, действительно ли целевые показатели в отношении инфляции и валютных резервов являются слишком строгим ограничением и мешают расходовать средства стран-доноров на цели развития и здравоохранения (39, 51, 52). Более того, до сих пор неясно, сколько появится дополнительных средств в случае смягчения макроэкономических показателей: последние исследования показывают, что эти дополнительные средства, вероятно, будут небольшими по сравнению с дополнительными средствами, которые могут появиться, если правительства придадут здравоохранению более высокий приоритет при формировании своих бюджетов (53).

Пересмотр целевых показателей, установленных с позиций макроэкономической пруденциальности, является, пожалуй, одним из вариантов увеличения объема помощи, которую можно потратить. Другим вариантом является дефицитное расходование. Страны могут либо пойти на заимствования, чтобы осуществлять текущие расходы, либо сделать то, что в последнее время называют смягчением денежной политики – печатать деньги для финансирования текущих расходов. Ни один из этих вариантов не является жизнеспособной долгосрочной стратегией, поскольку долги, возникшие в настоящее время, должны быть возвращены, а применение печатного станка в какой-то момент повысит инфляционное давление.

Более стабильным вариантом для внешних партнеров является снижение неустойчивости потоков их помощи. Это, как минимум, снизит напряженность в сохранении потолка финансирования здравоохранения из государственного бюджета, и больший объем средств внешней помощи сможет быть направлен на улучшение состояния здоровья. Недавно была предложена более амбициозная повестка дня, согласно которой странам-донорам и странам-получателям предстоит полностью пересмотреть всю структуру предоставления помощи и систему управления этой помощью (54, 55). Суть данной программы заключается в отказе от восприятия помощи как благотворительности, выделение которой полностью зависит от стран-доноров, и в переходе к системе взаимной глобальной ответственности, что сделает помощь более предсказуемой, вероятно все это позволит увеличить объемы помощи и направить ее именно тем странам, которые в ней больше нуждаются.

Влияние экономического спада на предоставление помощи в целях развития

До сих пор точно не известно, какое влияние будет иметь финансово-экономический кризис, начавшийся в 2008 году, на предоставление помощи, направляемой на развитие, и, в частности, на развитие здравоохранения. Тем не менее, существуют опасения, что экономический спад может послужить тормозом в тот самый момент, когда во все большей степени признается необходимость возрастания внешней финансовой поддержки здравоохранения.

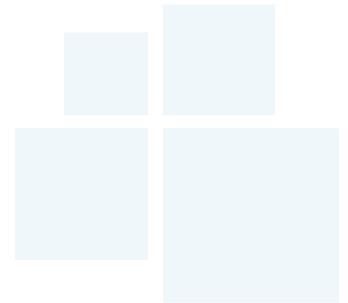
Как правило, оказание двусторонней помощи развитию здравоохранения отражает экономический рост в стране-доноре. Это не всегда так, если речь идет о помощи развитию в области здравоохранения, которая во время некоторых недавних экономических кризисов оставалась стабильной, несмотря на общее уменьшение объема помощи, направляемой на развитие (56). Тем не менее, правительства многих стран, которые традиционно являются основными двусторонними донорами помощи развитию в области здравоохранения, в настоящее время обременены значительно большим количеством долгов, чем до начала кризиса, значительная часть которых призвана смягчить последствия экономического кризиса и стимулировать экономический рост в их собственных странах. Некоторые из этих правительств в настоящее время пытаются уменьшить свой долг за счет сокращения расходов.

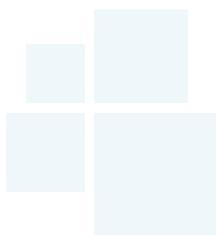
ОЭСР сообщает, что в то время как некоторые доноры обещают выполнить свои обязательства по ОПР на 2010 г., ряд крупных доноров уже сократил или отложил свои обязательства (46). В целом ожидается, что ОПР в 2010 г. по-прежнему продолжит расти, но более низкий темп, чем первоначально предполагалось. Это не очень хорошая новость, но можно надеяться, что основные доноры будут не только поддерживать нынешний уровень помощи более бедным странам, но и увеличат объем помощи, необходимый для выполнения их международных обещаний. Кроме того, есть надежда, что страны-доноры не будут отвечать на высокий уровень государственного долга сокращением медицинских услуг в своих странах.

Еще до начала нынешнего глобального экономического спада были основания для беспокойства о том, как финансирование, направленное на развитие здравоохранения, распределяется по всему миру. Одной из проблем является финансирование более заметных инициатив в области здравоохранения и пренебрежение другими. В 2002–2006 гг. финансовые обязательства перед странами с низким доходом были сосредоточены на ЦРДТ 6 (борьба с ВИЧ / СПИДом, малярией и другими заболеваниями, включая туберкулез), и на их долю приходилось 46,8% общего объема внешней помощи в сфере здравоохранения. Было подсчитано, что в результате этого на все остальное осталось только 2,25 долл. США на душу населения в год, в том числе на решение таких проблем как здоровье матери и ребенка (ЦРДТ 4 и 5), питание (ЦРДТ 1), неинфекционные заболевания и укрепление системы здравоохранения (47). Финансирование, требующееся только для укрепления системы здравоохранения, превосходит эту цифру. Ежегодно требуется 2,80 долл. США на душу населения для обучения дополнительных медицинских работников, и эта сумма даже не включает средства, необходимые для выплаты им заработной платы (57).

Ситуация становится менее мрачной, если принять во внимание недавние усилия Альянса ГАВИ и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в целях поддержки развития систем здравоохранения и создания потенциала. Тем не менее, заболевания, не звучащие в заголовках новостей, остаются без внимания доноров, равно как и проблемы систем здравоохранения, такие как менеджмент, логистика, закупки, инфраструктура и развитие трудовых ресурсов (58).

Дисбаланс в распределении помощи по странам становится очевидным, стóит только разбить общую сумму помощи по отдельным странам; некоторые страны





финансируются особенно хорошо, в то время как другие не получают практически ничего. На Рис. 2.3 показано, что в 2007 г. страны-реципиенты, получившие более 20 долл. США на душу населения внешней помощи в области здравоохранения, были странами со средним доходом, в то время как большая часть стран с низким доходом получили менее 5 долл. США на душу населения. Многие из беднейших стран получают значительно меньше помощи для развития здравоохранения, чем гораздо более богатые соседние страны. Например, Намибия, страна с уровнем дохода ниже среднего, в 2007 г. получила около 34 долл. США на душу населения на развитие здравоохранения, в то время как Мозамбик получил 10 долл. США, Демократическая Республика Конго – 4,40 долл. США и Республика Гвинея – 2,80 долл. США. Оказывается, что объем помощи определяют многие другие факторы помимо, собственно, потребности в ней (4).

Группа высокого уровня предположила, что сосредоточение внимания многих внешних партнеров лишь на нескольких больших программах и нескольких странах противоречит духу Парижской декларации по эффективности помощи от 2005 г., которая стремится помочь странам-получателям разработать и выполнить свои собственные национальные планы в соответствии со своими национальными приоритетами (59). В своем докладе Группа высокого уровня призвала отойти от использования «международных механизмов финансирования, которые основываются на проектных заявках, утвержденных в международной штаб-квартире партнера по развитию или его столице» (60). Что действительно необходимо сделать, так это переориентироваться на согласованные финансовые взносы в национальные планы здравоохранения, а не продолжать оказание помощи, основанное на проектах. Нам еще предстоит увидеть влияние этих идеалов, отраженное в официальных цифрах. По данным исследования, подготовленного для Норвежского агентства по сотрудничеству в целях развития, в 2002–2007 гг. количество проектов в области здравоохранения не снизилось, а напротив, возросло в два раза и достигло 20 000. Большинство из проектов были маленькими, со средним объемом расходов всего 550 000 долл. США (61). Необходимость управлять, отслеживать и отчитываться

по множеству малых проектов налагает высокие транзакционные издержки на страны-получатели.

В Парижской декларации также подчеркивается, что финансирование должно быть предсказуемым и долгосрочным. Практически невозможно строить планы на будущее, если страны не могут рассчитывать на стабильное финансирование. Например, в Буркина-Фасо в 2003–2006 гг. подушевая помощь развитию в области здравоохранения колебалась от 4 до 10 долл. США и снизилась в результате до 8 долл. США. В некоторых странах с низким доходом две трети общих расходов на здравоохранение финансируется из внешних источников, в результате чего предсказуемость объемов помощи является для них серьезной проблемой (4, 62).

Некоторые партнеры в области развития уже начинают уходить от традиционных краткосрочных обязательств по линии ОНР путем изменения структуры своих обязательств. Контракты по ЦРДТ Европейского союза являются именно таким примером,

Рис. 2.3. Объем помощи в целях развития здравоохранения на душу населения по уровням дохода стран, представлены страны с низким и средним доходом, 2007^a



^a В расчет не включены малые островные государства.
Источник: World Health Organization national health accounts series (4).

предлагая гибкую, основанную на проверке исполнения бюджетную поддержку в течение 6 лет. Такого рода обязательства нравятся не всем, поскольку они предусматривают обусловленность будущих бюджетов помощи. Тем не менее, в Планах действий, принятом в Аккре в 2008 г., комитет ОЭСР по вопросам помощи развитию обязался предоставлять странам-получателям информацию об «использовании средств на 3–5 лет расходования и/или реализации планов». Возможно, это является началом долгосрочных обязательств (59).

Заключение

Странам необходимо постоянно адаптировать свои системы финансирования для того, чтобы привлекать достаточно средств для функционирования здравоохранения. Многие страны с высоким доходом сталкиваются с сокращением доли населения трудоспособного возраста и вынуждены рассматривать альтернативы традиционным источникам поступлений в виде подоходного налога и взносов медицинского страхования от работников и работодателей. Во многих странах с низким доходом больше людей работают в неформальном, чем в формальном секторе, что затрудняет сбор подоходного налога и взносов медицинского страхования, основанных на заработной плате.

Существует несколько вариантов привлечения дополнительных средств на нужды здравоохранения, перечень которых приводится в таблице 2.1. Не все из них применимы во всех странах, а те, что могут быть применены, имеют разный потенциал в разных странах с точки зрения способности генерировать поступления и разную степень политической осуществимости. Однако в некоторых случаях дополнительные доходы, полученные в результате реализации одного или нескольких из этих вариантов могут быть существенными, возможно, гораздо большими по объему, чем текущий объем помощи. В то же время эти новые дополнительные механизмы, конечно, не являются единственным вариантом. Многие правительства богатых и бедных стран по-прежнему устанавливают сравнительно низкую приоритетность для здравоохранения при распределении бюджетных средств. Поэтому важно, чтобы министерства здравоохранения были лучше подготовлены к переговорам с министерствами финансов, а также с международными финансовыми институтами. Но основной мыслью этой главы является то, что каждая страна может делать больше на национальном уровне в целях привлечения дополнительных средств для здравоохранения.

Однако инновационное финансирование не должно рассматриваться в качестве заменителя ОПР от стран-доноров. Призывы к странам-получателям использовать внешние средства более прозрачно и эффективно понятны. Но такие озабоченности не должны останавливать выполнение богатыми странами их обязательств, взятых на себя в Париже и Аккре. Коллективные действия, выполненные Международным финансовым органом для программ по иммунизации и Фондом тысячелетия, сыграли неоценимую роль в финансировании глобальных общественных благ для здоровья, но нет никакой необходимости ждать глобального сотрудничества, прежде чем начать действовать самим. Если правительства стран-доноров сохраняют свои нынешние международные обязательства по предоставлению помощи и выделяют средства таким образом, что страны-получатели смогут осуществлять свои национальные планы в области здравоохранения, то международное сообщество продвинется далеко вперед по пути достижения Целей развития тысячелетия в 2015 году. Кроме того, если каждая страна-донор применит лишь один из новых вариантов, описанных здесь, и использует полученный доход в дополнение к ОПР, то они заложат основы для устойчивого развития в направлении всеобщего охвата и улучшения системы здравоохранения в будущем. ■

Ссылки

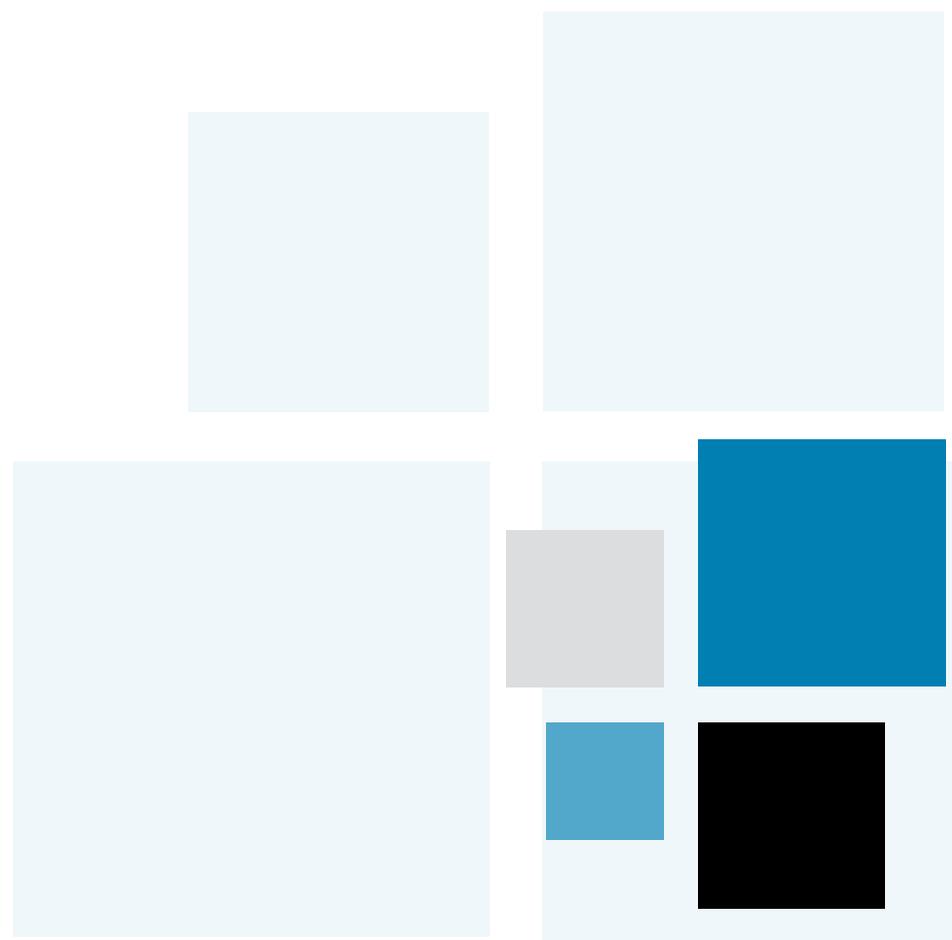
1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-E0B5-D429BEDD12DFE74E>, accessed 3 April 2010).
2. Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE. *Daily Mail*, 29 April 2009 (<http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationing-body-NICE.html>, accessed 3 April 2010).
3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CD7772>, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 4 May 2010).
5. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
6. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_\(world_health_organization\)_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf), accessed 6 July 2010).
8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
11. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24–27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ABUJA/3).
13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355–384.
14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. *General budget support – has it benefited the health sector?* World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009,93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001–07)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf>, accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (<http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf>, accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009,70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf>, accessed 5 July 2010).
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009,9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583

23. Wanert S. *Aspects organisationnels du système de financement de la santé Français avec une attention générale pour la Réforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 août 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_fra-e/en/index.html, accessed 6 July 2010).
24. Unitaid, 2010 (<http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html>, accessed 1 June 2010).
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 2010,375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salomé B. *The role of innovative financing mechanisms for health*. World health report 2010 background paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).
29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (<http://www.iff-immunisation.org>, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls overfast food tax. *Lancet*, 2010,375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007*. Basel, Bank for International Settlements, 2007 (<http://www.bis.org/publ/rpfx07t.pdf>, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population*. World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization - mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. Nishtar S. *Choked pipes—reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:898-901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4, HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International Encyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA, Academic Press, 2008:624–637.
43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major anti-alcohol campaign. *Addiction*, 1998,93:1501-1510. PMID:9926554
45. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009,373:2113-2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).
47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484

48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington, DC, Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).
49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries*. ActionAid, 2010 (<http://www.ifWATCHnet.org/sites/ifWATCHnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf>, accessed 7 July 2010).
50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening*. World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en).
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf>, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2006 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/aid/2006/eng/aid.pdf>, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed*. World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health*. World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006,3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid – better health: report prepared for the Accra High-level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf>, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals*. Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient*. World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

Примечания

- a Группа высокого уровня включила в это понятие вмешательства, нацеленные на снижение материнской и младенческой смертности и смертности детей до пяти лет; родовспоможение; услуги в области репродуктивного здоровья; профилактику и лечение основных инфекционных заболеваний; диагностику, информацию, направления и паллиативную помощь при различных состояниях; и мероприятия по формированию здорового образа жизни.
- b Как правило, термин «официальная помощь в целях развития» (ОПР) используется для описания официальной помощи, предоставляемой государствами. Помощь на развитие здравоохранения является более широким понятием, включая ОПР, а также займы и кредиты многосторонних банков развития, трансферты из основных фондов и от неправительственных организаций.



Глава 3 | Преимущество в численности



Ключевые идеи

- Системы, требующие прямых платежей в тот момент, когда людям необходима помощь – включая оплату услуг пациентами и оплату лекарств – не позволяют миллионам людей получить доступ к услугам и ведут к финансовым трудностям и даже к обнищанию многих миллионов людей.
- Страны могут ускорить продвижение в направлении всеобщего охвата путем снижения зависимости от прямых платежей. Для этого нужно ввести или усилить использование форм предоплаты и объединения средств в пулы.
- В странах, которые ближе всех подошли к обеспечению всеобщего охвата медико-санитарными услугами, для платежеспособной части населения предусмотрены обязательные взносы через налогообложение и/или страховые премии.
- В идеале средства обязательной предоплаты должны быть объединены в один пул, а не храниться в разных фондах. Уменьшение фрагментации позволяет повысить финансовую защищенность при данном уровне предварительно выплаченных средств, что, в свою очередь, облегчает достижение целей социальной справедливости.
- Добровольные схемы, такие как страхование здоровья членов сообщества или микрострахование, по-прежнему могут играть полезную роль там, где обязательные источники обеспечивают только минимальный уровень предоплаты. Если удастся перенаправить часть прямых платежей таких схем в пулы предоплаты, то они смогут расширить до определенного уровня защиту от финансовых рисков в случае заболевания и помогут людям понять преимущества страхования.
- Некоторые люди сталкиваются с финансовыми барьерами при доступе к медицинской помощи, даже если прямые платежи отменены; транспортные расходы и стоимость проживания при получении медицинской помощи могут быть сдерживающими факторами. Правительства должны рассмотреть варианты снижения этих барьеров, включая обусловленные денежные трансферты.

3



Преимущество в численности

Проблемы с прямыми платежами

Способ оплаты услуг здравоохранения является ключевым аспектом работы системы здравоохранения. Привлечение необходимых ресурсов является очевидной необходимостью для функционирования системы здравоохранения, но не менее важно как эти ресурсы используются для приобретения товаров и услуг, другими словами, как осуществляются платежи. Одним из наиболее распространенных способов оплаты – прямая оплата лекарств и медико-санитарных услуг в момент возникшей необходимости – и это именно тот способ, на который в основном полагаются более бедные страны (1).

Недавно проведенное исследование по 50 странам с низким и средним доходом, основанное на данных ВОЗ о расходах на здравоохранение, на обзорах типологии систем здравоохранения и на интервью с ключевыми информированными лицами, установило, что только в 6 из этих стран в государственных медицинских учреждениях не требуют прямой оплаты в той или иной форме. (3).

Применение прямых платежей не ограничено только странами с низким доходом или с менее развитыми системами финансирования здравоохранения (Рис. 3.1). Взимание платы с пациентов в момент предоставления медицинской помощи является основным источником финансирования здравоохранения в 33 странах и ещё 75 странах этот источник составляет 25% всех финансовых ресурсов здравоохранения (4). Как мы видели в Главе 1, прямые платежи принимают разные формы, включая оплату врачебной консультации, медицинских процедур, лекарств и других материалов медицинского назначения, а также оплату лабораторных исследований. Кроме того, прямые платежи могут осуществляться в таких формах как соучастие в страховании и соплатежи лиц, имеющих страховку.

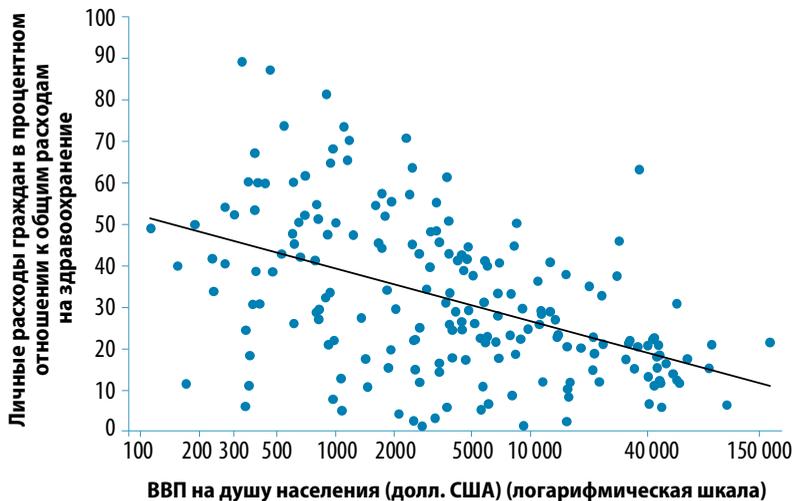
Одной из причин, по которым прямые платежи не подходят для систем предоставления/потребления медико-санитарных услуг, является то, что прямые платежи ограничивают доступность этих услуг. Это особенно верно для наиболее бедных слоев населения, которым постоянно приходится делать выбор между оплатой медико-санитарных услуг и другими необходимыми тратами, такими как оплата продуктов питания или аренды. Для людей, которым просто необходима медицинская помощь – потому что растет опухоль в груди или потому что у ребенка развилась и не проходит лихорадка, – существует риск впасть в бедность или даже в нищету. В Бурунди в 2002 г. установили прямую оплату медицинских услуг. Через два года, четверо из 5 пациентов либо имели долги, либо продали имущество (5). Во многих странах люди вынуждены брать займы или продавать имущество для получения медицинской помощи (6, 7).

Случаи финансовых катастроф, связанные с прямыми платежами за медицинские услуги – т.е. доля людей, тратящих в течение года на прямую оплату медико-санитарных услуг 40% своего дохода после вычета оплаты продуктов питания, могут составлять 11% в год в масштабах страны и обычно превышают 2% в странах с низким доходом. Не удивительно, что частота финансовых катастроф внутри страны ниже всего среди более состоятельных людей, но это не значит, что самые бедные слои населения обязательно страдают больше в этом смысле, так как они вообще не могут позволить себе пользоваться медико-санитарными услугами и, соответственно, ничего

*“ Плата
потребителями
за оказанные
услуги стала
наказанием
для бедных ”*

Д-р Маргарет Чен (2)

Рис. 3.1. Личные расходы граждан в процентах к валовому внутреннему продукту (ВВП) на душу населения, 2007



Источник (4).

не тратят на них. Недавние исследования также показывают, что домохозяйства, имеющие в своем составе лиц с ограниченной дееспособностью, детей или пожилых членов семьи, наиболее подвержены катастрофическим расходам на медико-санитарные услуги (8–11).

Только в случаях, когда доля прямых платежей составляет менее 15–20% общих расходов на здравоохранение, количество случаев финансовых катастроф снижается до незначительного уровня (Рис. 3.2) (1). Такие уровни достигнуты преимущественно странами с высоким доходом, поэтому странам со средним и низким доходом следует ставить перед собой более достижимые краткосрочные цели. Так, например, страны регионов ВОЗ для Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана поставили перед собой задачу снизить уровень прямых платежей до 30–40% (12, 13).

Любой вид оплаты, пусть и сравнительно низкий, но, напрямую возлагаемый на домохозяйство, может вы-

нудить отказаться от использования медицинских услуг и выталкивать людей за грань или ставить на порог нищеты. В Кении проводился эксперимент, в рамках которого была введена плата в 0,75 долл. США на обработанную инсектицидами на кроватную противомоскитную сетку, предоставлявшуюся ранее бесплатно. Спрос на сетки упал на 75% (14). Введение незначительной платы за противогельминтные препараты снизило их потребление на 80% (15). Прямые платежи, даже небольшие, могут привести к необоснованному самолечению – например, к использованию просроченных или не отвечающих стандартам препаратов, к приему сниженных доз или, что иногда более опасно, к несвоевременному обращению к специалисту за ранней консультацией (16).

Чтобы стать препятствием, прямые платежи не обязательно должны взиматься официально. Например, в Армении до недавних пор лишь 10% прямых платежей в больницах были официально установленными сборами государственных учреждений. Оставшиеся 90% составляли неофициальные или неформальные платежи напрямую медицинским работникам. Правительство сейчас разрабатывает стратегии по устранению неформальных платежей, понимая, что они также препятствуют доступности необходимой медицинской помощи и усиливают тревогу заболевших и их семей, ввиду непредсказуемого характера неофициальных ставок (17). Неофициальные платежи являются распространенным по всему миру явлением (18–20).

Прямые платежи – наименее справедливая форма финансирования здравоохранения. Они регрессивны, поскольку позволяют богатым оплачивать каждую конкретную услугу по той же цене, что платят и бедные. Социально-экономическое положение людей является не единственной основой несправедливости. В культурах, где женщины обладают более низким статусом, чем мужчины, женщины и девочки в семье часто вынуждены пользоваться медицинской помощью только после мужчин и в силу этого имеют меньший доступ к медицинским услугам (21).

Польза от прямых платежей распространяется только на обратившегося за услугой и на поставщика или учреждение, собирающее эти платежи. Монетка, переданная в руки медсестре в деревенской клинике, гарантирует предоставление необходимой услуги или лекарства. Это не плохо само по себе, но это плохо, если министр здравоохранения хочет обеспечить медицинскими услугами людей, живущих на окрестных

холмах, у которых такой монетки нет. Прямые платежи препятствуют перераспределению затрат по группам людей в формальном выражении солидарности, например между богатыми и бедными или здоровыми и больными. Прямые платежи также делают невозможным распределение затрат по всему периоду жизни человека. При прямых платежах люди не могут делать взносы тогда, когда они молоды и здоровы, и использовать их, когда позже они будут в них нуждаться. Людям приходится платить тогда, когда они больны и наиболее уязвимы.

Так почему же система прямых платежей как механизм финансирования здравоохранения, учитывая все ее недостатки, распространена столь широко?

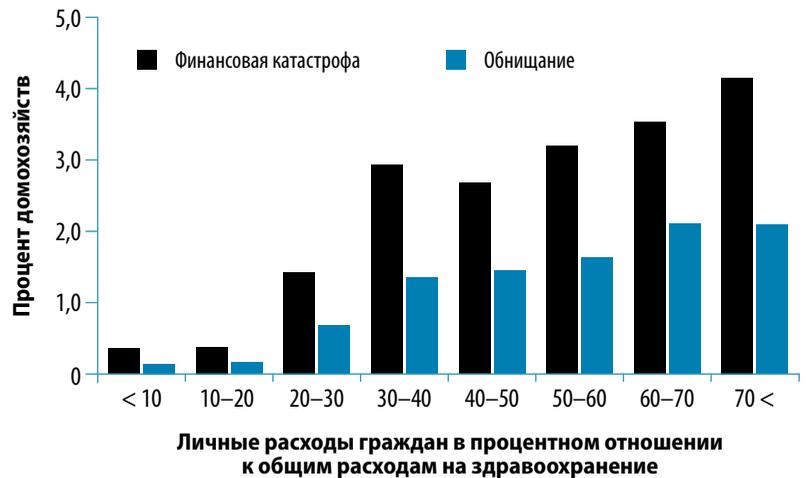
Во-первых, прямым платежам отводится большая роль в том случае, если правительство не желает увеличивать финансирование здравоохранения и не верит или не понимает, что обла-

дает возможностью расширить применение схем предварительной оплаты и объединения средств в пулы. Это создает разрыв между необходимым уровнем охвата услугами и охватом, который государство может обеспечить. Как правило, в такой ситуации медицинские работники оказываются в незавидном положении, получая низкую зарплату (дополняемую иногда неформальными платежами) и пытаясь обеспечить услуги в условиях дефицита оборудования и лекарственных средств. При таком сценарии многие правительства выбирают введение формальной платы пациентами или соплатежей для поддержания уровня заработной платы работников здравоохранения и в целях обеспечения большей доступности лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Во-вторых, система прямых платежей позволяет получить доступ к ресурсам в тех областях, где медицинские учреждения никаким другим способом не могут получать деньги – возможно в тех областях, куда правительственное финансирование доходит не часто, если вообще доходит. Многие районы Демократической Республики Конго ввиду их географической удаленности, спорадических конфликтов и природных бедствий иногда оказываются, по меньшей мере, временно, совершенно изолированными. Такая изоляция от государственной поддержки и контроля, особенно в восточных провинциях, автоматически привела к использованию прямых выплат от пациентов (не считая внешней помощи), в качестве единственно возможного способа сохранения в работающем состоянии служб медицинской помощи хотя бы на минимальном уровне (22). Как правило, прямые платежи автоматически становятся методом финансирования здравоохранения в посткризисное время, особенно после вооруженных конфликтов. Когда люди более всего нуждаются в доступе к медицинским услугам, многие просто не могут позволить себе лечение (23).

В-третьих, прямая оплата может показаться привлекательным решением в периоды экономического спада. В действительности, в развивающихся странах первая волна установления прямой оплаты потребителями услуг, оказываемых в государственных медицинских учреждениях, была порождена мировым экономическим спадом 1970-х гг. Глобальный долговой кризис привел к необходимости введения стратегии структурного регулирования, ограничивающей государственные расходы (24). В то время отмечалось, что взимание платы с потребителей может быть способом, позволяющим получать необходимые дополнительные доходы,

Рис. 3.2. Воздействие личных расходов граждан на финансовые катастрофы и обнищание



Источник (7).

сокращать чрезмерное потребление услуг и поощрять предоставление услуг с низкой себестоимостью за которые будет взиматься низкая плата с потребителей (25).

Бамакская инициатива 1987 г. стала одним из результатов такого подхода. Эта инициатива, одобренная министрами здравоохранения стран Африки, обосновывалась тем, что в условиях хронической нехватки ресурсов в секторе здравоохранения прямые платежи будут обеспечивать, по крайней мере, часть средств, необходимых для приобретения лекарств и, иногда, для оплаты труда медицинского персонала на местном уровне (26). Есть свидетельства, что реформы, предпринятые в развитие этой инициативы, улучшили ситуацию с доступностью услуг и лекарств, но есть и другие свидетельства – о том, что прямые платежи осложнили доступ к медико-санитарным услугам, особенно для бедных (27–31).

Наконец, многие страны вводят прямые платежи в той или иной форме с целью сокращения излишнего потребления медицинской помощи, и как инструмент сдерживания роста расходов. Это является довольно грубым инструментом контроля над расходами, имеющим к тому же нежелательный побочный эффект, способствующий отказу от потребления медицинской помощи тех групп населения, которые больше всех нуждаются в помощи. Данный вопрос будет рассмотрен в главе 4.

Работает ли система льгот по оплате?

Большинство стран, полагающихся на прямые платежи, пытаются избежать порождаемой ими исключенности за счет введения льгот по оплате конкретным группам населения (например, беременным женщинам или детям) или за счет бесплатного предоставления определенных медицинских вмешательств. Правительство Бурунди в 2006 г. отказалось от взимания платы за услуги по программе материнства и детства, включая роды. Через три месяца после этого, потребление амбулаторных услуг для детей в возрасте до 5 лет увеличилось на 42% (32). В Сенегале в 2005 г. отменили оплату за прием родов и выполнение кесарева сечения. По данным первого раунда оценки, эта политика ведет к увеличению на 10% числа родов, принимаемых в государственных медицинских учреждениях, и к росту числа выполнения кесарева сечения более чем на 30% (33).

В качестве критерия предоставления права на льготы также используется доход. Например, в Германии предусмотрены соплатежи за некоторые услуги, но только до некоторого предела, зависящего от уровня дохода человека. Во Франции также предоставляют дополнительное бесплатное страхование для бедных – страхование, покрывающее соплатежи (34). Но в странах с более низким доходом по сравнению с развитыми странами схемы использования льгот, основанные на доходах, показали себя менее эффективными. Когда большинство людей являются фермерами, ведущими натуральное хозяйство, или заняты в неформальном секторе и получают заработную плату неофициальным образом, то тем, кто проводит проверку на нуждаемость, трудно определить, кто из этих людей беднее. Проводящие проверку на нуждаемость администраторы стоят перед выбором: либо они должны использовать более широкие категории, чтобы избежать исключения групп, заслуживающих льготы – этот подход ведет к получению выгод теми, кто менее всего в них нуждается – либо должны руководствоваться более строгими критериями, ведущими к недостаточному охвату, в той или иной степени оставляющему нетронутыми барьеры на пути к доступности услуг (35).

В большинстве случаев одного только освобождения от оплаты медицинских услуг вряд ли будет достаточно. Например, в Камбодже оценка, проведенная спустя пять лет после введения в 1990-х годах платежей пациентов, показала, что освобождение от оплаты оказалось неэффективным: поскольку 50% дохода от оплаты медицинских услуг распределялось между медицинским персоналом, то каждый случай освобождения от оплаты означал для низкооплачиваемых работников здравоохранения потерю дохода (36). Для того чтобы система освобождения от оплаты медицинских услуг была эффективной, необходимы механизмы компенсации меди-

цинским учреждениям теряемых ими потенциальных поступлений. Впоследствии в Камбодже взяли курс именно на это. Были созданы фонды справедливости в здравоохранении, куда поступали средства от конкретных агентств-доноров. Средства фондов были предназначены для компенсации потерь доходов медицинских учреждений и персонала, предоставлявшим льготы бедным.

Этим объяснялся рост потребления медицинских услуг бедными слоями населения, как в городской, так и в сельской местности (37, 38). В результате таких действий удалось достичь успехов в обеспечении большей защищенности от финансовых рисков; стоимость заемных средств для получателей фондов справедливости была ниже, чем для пациентов, платящих за отдельные услуги (39). Росла и поддержка такого подхода, и в настоящее время фонды справедливости в здравоохранении финансируются главным образом из объединенных средств доноров в рамках камбоджийского Проекта помощи сектору здравоохранения, хотя с 2007 г., они также стали привлекать больше внутренних средств, поступающих от министерства экономики и финансов. Аналогичный подход используется в Кыргызстане (40).

Но есть и другие факторы, которые препятствуют потреблению бедными медицинской помощи даже при наличии льгот или субсидий, покрывающих расходы на них. Такие факторы труднее оценить количественно. Как оценить, например, нежелание бедных людей унижаться, обращаясь с просьбой о предоставлении льгот и субсидий, или то, как медицинские работники иногда обращаются с бедными. В тех случаях, когда доход медицинских работников полностью или частично зависит от прямых платежей, возникают ярко выраженные стимулы для отказа в просьбах предоставить льготу. Исследование Всемирного банка выявило, что в Кении медицинские учреждения редко удовлетворяют больше двух запросов на льготное оказание медицинской помощи в месяц, а ведь в этой стране 42% населения живет за чертой бедности (41). Каким бы тревожным это нам ни казалось, мы должны иметь в виду, что медицинские работники нередко работают, получая неадекватную заработную плату.

С другой стороны, оказалось, что целевой подход, учитывающий доходы, может быть эффективным в некоторых ситуациях, особенно на уровне сообщества. Например, в Камбодже, лидерам общин было предложено определить, кто должен быть освобожден от оплаты и за кого будет платить фонд справедливости в здравоохранении. Их оценка оказалась точной, по крайней мере, в том отношении, что люди, выбранные для предоставления льгот, были более нуждающимися, чем те, кого не выбрали (42). В Пакистане поиском инновационных механизмов освобождения от оплаты медицинских услуг занимается проект HeartFile, который будет в ближайшее время проходить процедуру оценки (43).

Некоторые страны, ранее входившие в состав Советского Союза, в 1990-е гг. испытали резкое сокращение уровня государственных расходов на здравоохранение, с последующим быстрым ростом неофициальных платежей из личных средств граждан. Это создало серьезные финансовые барьеры для предоставления помощи тем, кто не в состоянии оплачивать медицинские услуги. В результате многие из этих стран ввели формальные платные услуги или соплатежи, призванные ограничить неофициальные платежи и привлечь дополнительные ресурсы. Затем они были вынуждены создать механизмы предоставления льгот, для выявления и защиты тех, кто не в состоянии оплачивать медицинские услуги (44). Несмотря на это, многие из этих стран все еще демонстрируют относительно высокие уровни личных финансовых катастроф, связанных с прямыми платежами за медицинское обслуживание (45).

Отказ от прямых платежей

Практические проблемы, затрудняющие усилия, направленные на целевые группы, легко решаются, если разработчики политики распространяют льготы на все население. Недавно в шести странах с низким доходом отменили взимание прямых платежей в государственных учреждениях, и в одной стране такую политику распространили на медицинские неправительственные учреждения (46). В некоторых случаях, такие

действия приводят к резкому возрастанию числа людей, обращающихся за лечением. Отмена платы в сельских районах Замбии в апреле 2006 г. и январе 2007 г., например, привела к увеличению обращений в государственные учреждения на 55%, и наибольшее количество обращений было зарегистрировано в районах с преобладающей концентрацией бедного населения (47). После того как в 2001 г. в Уганде отказались от платы за услуги, процент посещений медицинских центров подскочил на 84% (48).

Однако в обоих случаях отмена платы не была изолированной мерой; неотъемлемой частью политики являлось увеличение бюджета сельских медицинских учреждений. В Замбии рост ассигнований из внутренних источников сочетался с помощью доноров. В результате бюджеты районов получили на 36% больше средств, чем в предыдущем году, от оплаты услуг пациентами. Правительство Уганды увеличило расходы на медикаменты и предоставило большие права руководителям медицинских учреждений по контролю за бюджетными средствами, чтобы они не потеряли возможности действовать с той гибкостью, которой они до этого обладали благодаря платежам пациентов.

Некоторые наблюдатели считают, что от прямых платежей в государственных учреждениях можно отказаться без особых потерь, так как они генерируют незначительную часть доходов (49, 50). По данным исследований официальных платежей пациентов в государственных медицинских учреждениях в 16 странах Африки к югу от Сахары, такие денежные поступления покрывают приблизительно 5% текущих расходов системы здравоохранения, не считая административных расходов (51, 52).

Однако бюджетные средства в основном привязаны к постоянным затратам на персонал и инфраструктуру, и остающейся части не хватает на ключевые ресурсы для лечения пациентов, например, на лекарства и другие расходные материалы. Именно по этим направлениям расходов доходы от платежей пациентов часто играют решающую роль. В исследовании, проведенном в одном из районов Ганы, было выявлено, что хотя доля прямых платежей в общем объеме поступлений составляет только 8% в медицинских центрах и 27% в стационарах, они покрывают 66% (в медицинских центрах) и 83% (в больницах) всех расходов, не связанных с заработной платой, составляя важную часть средств, относительно гибкое использование которых находится под контролем руководителей учреждения (53).

Какой бы ни была действительная ценность прямых платежей для системы, разработчики политики должны представлять себе последствия их отмены. Без соответствующего планирования, учитывающего рост спроса и потерю платежей, отмена платежей потребителей может привести к снижению и невыплате заработной платы, переработкам со стороны персонала, пустым полкам с медикаментами, плохому обслуживанию оборудования и его поломке (46, 54). Стоит заметить, что случаи катастрофических медицинских расходов среди бедного населения в Уганде уменьшились после отмены платежей пациентов, скорее всего потому, что частое отсутствие лекарств в государственных учреждениях после 2001 г. вынудило пациентов идти в частные аптеки (55). Возможно также, что увеличились неформальные платежи медицинским работникам, компенсируя для последних потерю дохода от официальных платежей пациентов.

Возвращение к неформальным платежам оказалось одним из рисков, сопровождающих отмену платежей пациентов, хотя масштабы этого явления пока не известны. Также неясно, смогли ли те страны, которые ввели официальные платежи в целях уменьшения неформальной оплаты, добиться полного устранения последней, или им сопутствовал лишь некоторый успех в сокращении платежей такого рода (56).

Такие примеры показывают, что для того, чтобы уменьшить зависимость от прямых платежей – являющихся основным препятствием на пути к всеобщему охвату – необходимо найти где-то ресурсы, возмещающие ранее получаемые поступления средств от формальных и неформальных платежей. Непосредственным образом это можно сделать, если государство способно и намерено вкладывать больше средств в здравоохранение (57). Но есть и альтернативы тому, чтобы просто выделить больше средств на здравоохранение, и они предполагают осуществление других изменений в системе финансирования сектора.

Такого рода альтернативы предназначены не только для стран с ограниченными ресурсами. Хотя прямые платежи и играют относительно несущественную роль в большинстве стран, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), во многих из них была отмечена тенденция к росту прямых платежей, причем еще до глобального экономического спада. Многие увеличили долю участия пациентов в расходах за счет прямых платежей для того, чтобы ограничить вклад государства и предотвратить излишнее потребление услуг (58). Эти прямые платежи создают финансовые трудности для одних и снижают доступ к услугам для других. Как мы уже отмечали в Главе 1, прямые платежи привели к тому, что только в шести странах ОЭСР более чем 1% всего населения, или почти 4 млн чел. в год, страдают от катастрофических медицинских расходов.

Преимущество в численности

Наиболее эффективным путем решения проблемы финансового риска при оплате медицинских услуг является его разделение, и чем больше людей делят эти риски, тем надежнее защита. Хад Нарин Пинталакарн объединился с людьми из своей деревни для того, чтобы организовать чрезвычайный фонд для использования его средств при заболевании или несчастном случае, но расходы на операцию на мозге, проведенной ему в региональной больнице Кхон Каен, и на последующую реабилитацию, могли бы истощить все резервы этого фонда. К счастью, он сотрудничал с организацией налогоплательщиков Таиланда, которая финансирует программу всеобщего охвата. Это было не просто сознательное решение; это было решение, за которое другие боролись в течение многих десятилетий. Пинталакарн был одним из участников настолько большой группы людей, что будучи разнорабочим, зарабатывающим в день сумму, эквивалентную 5 долл. США, и не способный внести ни одного бата в момент получения им медицинской помощи, он тем не менее получил лечение и поправился. Это и есть сила численности (Вставка 3.1).

Люди с давних пор добровольно объединяли свои деньги, чтобы защитить себя от финансового риска, связанного с оплатой медико-санитарных услуг. Программа страхования «Студенческий дом здоровья» была учреждена в Западной Бенгалии в 1952 г., а аналогичные проекты в некоторых западно-африканских странах, в том числе в Бенине, Гвинее, Мали,

Вставка 3.1. Преимущество в численности

У разработчиков политики, планирующих отказаться от взимания платы с пациентов и других прямых платежей, для этого есть три взаимосвязанных способа. Во-первых, можно заменить прямые платежи различными формами предоплаты, наиболее распространенной из которых является комбинация налоговых отчислений и страховых взносов. Второй способ – это консолидация существующих пулов в больший, а третий – повышение эффективности использования имеющихся средств (это тема Главы 4).

Предоплата не обязательно означает, что люди платят полную стоимость услуг, которые они получают, но они делают платежи заранее. Это означает, что они делают вклад в пул, из которого они или другие могут получить средства в случае заболевания. В какие-то годы они могут получить больше услуг, чем они внесли средств, а в другие – меньше.

Возможность объединения пулов в один национальный пул или их раздельного существования, позволяющего стимулировать конкуренцию или учесть потребности разных регионов, частично является вопросом национальных предпочтений. В большинстве стран с высоким доходом сбор и объединение средств в пулы происходит на уровне центрального правительства; функции сбора и объединения средств распределяются между министерством финансов или казначейством и министерством здравоохранения. В Республике Корея, например, избрали путь объединения 300 отдельных страховых компаний в единый национальный фонд (59).

Но есть и исключения. Жители Швейцарии подавляющим большинством голосов высказались за сохранение многочисленных пулов вместо того, чтобы использовать единую страховую кассу *caisse unique*, и ресурсы там объединяются в интересах небольших групп людей (60). В Нидерландах с начала 1990 гг. существует система конкурирующих фондов (61). В обоих случаях страховые взносы являются обязательными. Правительства обеих стран стремятся консолидировать пулы, насколько это возможно, через выравнивание рисков путем перемещения средств из страховых фондов, обслуживающих группы людей с меньшим риском, в те фонды, которые страхуют главным образом людей с высоким риском, что связано с более высокими затратами.

Тем не менее, опыт показывает, что единый пул имеет несколько преимуществ, включая более высокую эффективность (см. Главу 4) и возможность перекрестного субсидирования населения. Существуют убедительные доказательства, что раздробленные системы пулов без выравнивания рисков работают против целей социальной справедливости в финансировании, потому что каждый пул стремится страховать людей с низким риском, а те слои населения, которые получают большие доходы, не желают делиться своими объединенными средствами с теми слоями населения, которые живут хуже (62).

Выравнивание рисков происходит также тогда, когда центральное правительство выделяет средства на здравоохранение органам власти на местах или конкретным медицинским учреждениям в различных местностях. Население и бизнес в более богатых регионах с меньшим количеством проблем со здоровьем обычно платят в объединенные фонды в виде налогов и сборов больше, чем они получают, в то время как те, кто живет в более бедных регионах с большим количеством проблем со здоровьем, получают больше, чем платят. Некоторые страны используют сложные формулы для определения того, какое распределение ресурсов является справедливым в разных географических районах и медицинских учреждениях (63).

Сенегале, начали свою работу с 1980-х гг., первоначально насчитывая лишь несколько сотен участников (64–67). Такие программы отличаются высокой степенью локализации и часто привязаны к деревне или группе людей одной специальности. В Украине, например, на индивидуальном уровне создаются так называемые фонды на случай болезни для того, чтобы помочь справиться с платой за лекарственные средства там, где возможности бюджетного финансирования местных медицинских учреждений ограничены. Взносы обычно составляют около 5% заработной платы и часто дополняются деньгами, полученными от благотворительных мероприятий. Пока охват невелик в сопоставлении с национальным уровнем, но эти фонды играют важную роль в маленьких городах, где медицинские учреждения не получают достаточного финансирования (68).

Когда отсутствует эффективный альтернативный вариант – функционирующий и регулируемый на общественном уровне механизм объединения средств в пулы – такие программы часто становятся популярными среди различных групп населения. В Бангладеш, Индии и Непале работает в общей сложности 49 связанных со здравоохранением программ на уровне сообществ, которые обслуживают, занятых в неформальном секторе работников и мелких фермеров. Такие программы могут иметь сотни тысяч участников (69), но, с другой стороны, они слишком малы, чтобы функционировать эффективно как рискованные пулы, и обеспечивают лишь ограниченный охват дорогостоящих вмешательств, таких как хирургические операции. Тем не менее, они предоставляют некоторый уровень защиты, охватывающей расходы по оказанию первичной помощи, а в некоторых случаях, частично, расходы на госпитализацию. Они также знакомят людей с системой предварительной оплаты и объединения средств в пулы, и могут пробуждать солидарность, необходимую для осуществления более широких действий на пути к всеобщему охвату (70).

Медицинское страхование на уровне сообществ, или микрострахование, тоже может послужить институциональным основанием для первого шага к более масштабным региональным программам, которые, в свою очередь, могут быть консолидированы в национальные рискованные пулы, хотя это практически всегда требует поощрения со стороны государства. Многие страны, которые ближе всего подошли к всеобщему охвату, начинали с маленьких программ добровольного страхования, которые постепенно объединялись и превращались в обязательное социальное страхование конкретных групп населения, и в итоге достигли намного более высоких уровней защиты от финансового риска в рамках значительно более крупных пулов. Программы добровольного медицинского страхования через много лет оказали важное содействие в разработке системы всеобщего охвата в Германии и Японии.

Совсем недавно некоторые страны выбрали более прямой путь к всеобщему охвату, чем тот, которым прошли Германия и Япония столетие назад. До начала в 2001 г. реформы всеобщего охвата в Таиланде существовало несколько отдельных программ: программа благосостояния в области здоровья для бедных, программа добровольных карт здоровья, программа медицинских услуг для государственных служащих, программа социального страхования для занятых в формальном секторе экономики и частное страхование. Несмотря на быстрое распространение охвата в 1990-е гг., около 30% населения Таиланда в 2001 г. все еще оставалось вне охвата (71). Программа для государственных служащих получала намного большую финансовую поддержку в расчете на одного участника, чем программа благосостояния в области здоровья для бедных (72). Фактически такие действия увеличивали неравенство.

Программа реформирования в целях всеобщего охвата 2001 г. в течение короткого времени привела к сокращению числа разрозненных программ и к уменьшению правительственных субсидий, направлявшихся в медицинские учреждения. Разработчики политики отказались от постепенного расширения охвата через страховые взносы, признав, что значительная доля людей, остающихся неохваченными, работает в неформальном секторе, а множество людей слишком бедны, чтобы выплачивать страховые взносы (73). Вместо этого они отменили программу благосостояния и программу добровольных карт здоровья и использовали бюджетные средства, ранее направлявшиеся в эти программы и государственным поставщикам

медико-санитарных услуг, чтобы создать национальный пул для финансирования единой программы всеобщего охвата (раньше эта программа называлась программой тридцати батов). Программа для государственных служащих и программа социального страхования продолжили раздельное существование, но и без них программа всеобщего охвата объединила в пул средства более 50 млн чел. и сумела сократить долю населения, не имеющего страховки, с 30 до менее чем 4%.

Все страны, используя конкурирующих между собой страховщиков для целей обязательного охвата, применяют какую-то систему выравнивания рисков, чтобы избежать негативных последствий фрагментации. В Чешской Республике начали с создания целого ряда страховых медицинских фирм, но лишь один фонд нес на своих плечах весь груз клиентской базы, состоявшей из очень пожилых и бедных людей. В 2003 г. правительство распространило механизм выравнивания рисков на все доходы, получаемые от обязательных предварительных выплат по медицинскому страхованию, эффективно перенаправляя средства из фондов, охватывающих людей с низким риском, в те, что охватывают людей с высоким риском. Эта реформа создала также механизм компенсации страховщиков за высокозатратные случаи (74).

Где и каким образом охватить больше людей?

Двигаясь в сторону финансирования здравоохранения, основанного на предварительной оплате и объединении средств в пулы, разработчики политики должны в первую очередь решить, какую часть населения планируется охватить. Исторически, во многих странах Европы с высоким доходом, а также в Японии сначала страховали работников формального сектора, которых легко выявить и чей регулярный доход в форме заработной платы относительно легко облагается налогами.

Однако если сегодня начинать с формального сектора, то мы рискуем прийти скорее к дальнейшей фрагментации и неравенству, а не к созданию крупного пула, позволяющего субсидиям перетекать от богатых к бедным и от здоровых к больным. С 1980 г., пожалуй, только Республика Корея двигалась к всеобщему охвату таким путем. В этой стране система проходила процесс становления под строгим контролем правительства и в условиях быстрого экономического роста и высокого уровня (в сравнении с большинством стран с низким и средним доходом) участия работников формального сектора экономики (75, 76).

В других странах результаты были менее позитивными. Обычно первоначально охваченные группы настаивают на больших преимуществах или на снижении взносов, а не на распространении охвата на других людей, особенно тех, которые не способны выплачивать взносы. Это усугубляет неравенство, поскольку работники формального сектора в целом лучше защищены в финансовом отношении, чем остальное население. Об этом свидетельствует опыт Мексики, где 15 лет назад разные типы пулов охватывали разные группы населения, предоставляя разные виды льгот (77–79). Такие схемы не только несправедливы, но еще являются неэффективными и затратными (80, 81). Это стало причиной проведения в Мексике новых реформ, нацеленных на более эффективный охват самых бедных групп населения (82).

Основное внимание – бедным

При планировании финансирования всеобщего охвата разработчики политики не должны исключать тех, кто, возможно, зарабатывает недостаточно, чтобы платить подоходный налог или вносить страховые взносы. Основной вопрос состоит в том, должны ли права на получение медицинских услуг соответствовать взносам. Долж-

ны ли те, кто не платит страховых взносов, получать бесплатную медицинскую помощь? По данным немногочисленных существующих на эту тему исследований, большинство людей считают, что бедные должны получать помощь при оплате медико-санитарных услуг, но такая помощь не должна включать оплату всего (83). В каждой стране эта проблема будет рассматриваться с учетом конкретных сложившихся социально-экономических условий, но разработчики политики должны помнить, что только те системы финансирования здравоохранения, которые воспринимаются как справедливые, имеют наилучшие шансы стать устойчивыми в долгосрочной перспективе.

Риск исключенности не является уделом только больных и бедных. Например, есть бедные, имеющие опасную работу. В районе, где произошел несчастный случай с Нарином Пинталакрном, разнорабочие чаще всего становятся пациентами отделения реанимации или, если деньги на их лечение не были перечислены, оказываются в местном морге.

Какая бы система ни была принята, те или иные поступления от государства необходимы для того, чтобы гарантировать, что люди, которые не могут выплачивать страховые взносы, все равно получают медицинскую помощь. Такие поступления могут идти на субсидирование их взносов на медицинское страхование или, например, на то, чтобы с пациентов не требовали прямых платежей. Страны, в которых сумма расходов из бюджетных поступлений и взносов на обязательное медицинское страхование составляет менее 5–6% валового внутреннего продукта (ВВП), борются за то, чтобы охватить бедных услугами здравоохранения (84). Региональное бюро ВОЗ для стран Америки настаивает на уровне в 6% (85, 86). Только более богатые страны достигли этого уровня обязательного объединения средств, но странам, стремящимся к всеобщему охвату, необходимо разработать стратегии расширения взносов, которые со временем будут покрывать расходы бедных. Это можно сделать разными путями, включая субсидирование страховых взносов или предоставление бесплатных услуг.

В то время как вопрос о том, кого предстоит охватить, требует тщательного рассмотрения, вопрос, откуда взять деньги – из бюджета государства или в какой-либо форме из взносов на обязательное медицинское страхование – является менее сложным. Фактически превращение рассмотрения вариантов в дихотомию – либо бюджет, либо социальное медицинское страхование – может оказаться бесполезным. В большинстве систем финансирования здравоохранения превалирует сочетание разных методов: сбор средств, их объединение в пулы и расходование происходят с помощью сочетания различных механизмов. Источники поступлений не обязательно определяют то, как объединяются средства или кому предоставляются льготы. Страховые взносы, вносимые работодателями и/или работниками, могут быть внесены в один пул с бюджетными взносами. В Республике Молдова правительство в 2004 г. учредило Национальную компанию медицинского страхования, в которую поступают средства из двух основных источников: нового налога в размере 4% от заработной платы (в 2009 г. налог был увеличен до 7%) и поступлений из бюджета, которые ранее перечислялись окружным или республиканским медицинским учреждениям, а теперь перенаправлены в адрес компании (87).

Объединение бюджетных средств с обязательными страховыми взносами фактически исключало фрагментацию децентрализованной бюджетной системы и, в сочетании с переходом от финансирования входных ресурсов к оплате результатов работы, привело к более равномерному распределению подушевых государственных расходов на здравоохранение по регионам страны. Кроме того, среди 20% беднейшего населения было отмечено сокращение уровня личных расходов на здравоохранение (88, 89), хотя Республика Молдова до сих пор стоит перед проблемой расширения охвата отдельных сегментов населения (Вставка 3.2).

Даже в Германии, где, как считается, существует самая старая в мире система социального медицинского страхования работающих, была увеличена доля бюджетных платежей в пул страхования. Эти изменения стали ответом на проблемы, возникшие вследствие старения населения и соответствующего уменьшения базы

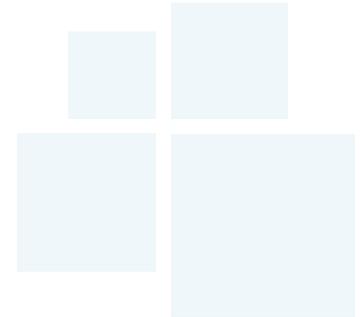
для исчисления страховых взносов, связанных с заработной платой (91). Стране пришлось также учитывать воздействие глобального экономического кризиса, начавшегося в 2008 г., на занятость и уровни страховых взносов. Позднее Германия внесла дополнительные бюджетные средства в систему страхования и тем самым снизила с 15,5 до 14,9% уровень страховых взносов, исчисляемых в процентах от заработной платы (91, 92).

Другие барьеры на пути к доступной медицинской помощи

Хотя переход от прямых платежей к системе предварительной оплаты и объединению средств в пулы помогает более бедным людям получать медицинскую помощь, это не гарантирует ее доступности. Прямые платежи являются только одним из видов финансовых затрат, с которыми сталкиваются люди, нуждающиеся в медицинской помощи, и оплата услуг пациентами в государственных медицинских учреждениях может быть только малой долей этих затрат. Более того, финансовые затраты являются только одним из возможных барьеров на пути к получению медицинской помощи (93, 94). В мультикультурных обществах существуют еще культурные и языковые барьеры, например, там, где женщинам не разрешается путешествовать одним.

Результаты, полученные Всемирным обзором в области здравоохранения в 39 странах с низким доходом и доходом ниже среднего, показали, что в среднем только 45% общих личных расходов граждан на амбулаторную помощь составляли платежи в государственных медицинских учреждениях, включая гонорары врачам, стоимость лекарственных средств и лабораторных исследований (серые сегменты на Рис 3.3). В некоторых странах они составляли меньше 15%. Остальные 55% представляют собой оплату услуг, предоставляемых в частных учреждениях, включая неправительственные организации, и плату за приобретаемые частным образом лекарственные средства и лабораторные исследования (95). Предоставление бесплатных медицинских услуг в государственных учреждениях является только частью пути к снижению финансовых барьеров на пути к доступу; в некоторых странах это очень маленькая часть.

Затраты на транспорт могут быть другой важной проблемой, особенно в отдаленных сельских районах. В исследованиях, проведенных для того же Всемирного обзора в области здравоохранения по 39 странам, было показано, что расходы на транспорт составляют в среднем более 10% общих личных расходов, которые несут граждане по оплате медицинской помощи. Транспортные расходы также могут заставить людей отложить лечение (96). При длительной госпитализации пациентов часто оказывается необходимым предоставить проживание и питание для лиц, обеспечивающих уход. Это ведет к росту затрат на лечение (97). Даже там, где пациенты не платят совсем или



Вставка 3.2. Вопросы права на получение медицинской помощи в Республике Молдова

В 2004 г. Республика Молдова внедрила национальную систему обязательного медицинского страхования. Закон предусматривает, что экономически активное население делает отчисления в виде налога на зарплату, а самозанятые платят фиксированный взнос. Оставшаяся часть населения, включая зарегистрированных безработных и неработающих, освобождены от уплаты взносов, и их страхование осуществляется государством, которое делает взносы от их имени. Положение закона о том, что наличие гражданства Республики Молдова больше не дает права на получение медицинской помощи и такая помощь оказывается только тем, кто уплатил взносы, привело к тому, что четверть населения (27,6% в 2009 г.) не имеет адекватного доступа к медицинским услугам. Эти люди, по большей части сельскохозяйственные рабочие из сельской местности, имеют доступ к медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни, и к ограниченному набору консультаций в учреждениях первичного звена медицинской помощи, но за остальные услуги они должны платить сами (87).

Правительство требует, чтобы не только эти люди – многие из которых живут ниже черты бедности – платили страховой взнос, но чтобы этот взнос являлся фиксированным для всех самозастрахованных, включая врачей, нотариусов и юристов. В феврале 2009 г. был принят еще один закон, который призван обеспечить каждого, кто в соответствии с Законом о социальной поддержке зарегистрирован как бедный, медицинской страховкой, полностью оплачиваемой государством. Озабоченность проблемой охвата была также отражена в законодательном акте, принятом в декабре 2009 г., который значительно расширил пакет услуг (включив в него, например, всю первичную медицинскую помощь), который предоставляется любому жителю страны независимо от того, имеется ли у него страховка. Несмотря на некоторые сохраняющиеся проблемы обеспечения социальной справедливости, централизация всего государственного финансирования здравоохранения и разделение функций по закупке и предоставлению услуг с момента введения в 2004 году реформы страхования привели к повышению социальной справедливости в распределении подушевых государственных расходов на здравоохранение между регионами (90).

платят за предоставляемые услуги не в полном объеме, расходы на транспорт и другие прямые платежи могут стать серьезным препятствием для домохозяйства при получении своевременной медицинской помощи (98).

Существует несколько способов преодолеть эти дополнительные финансовые барьеры. Один из наиболее очевидных способов состоит в том, чтобы инвестировать средства в первичную помощь, которая бы гарантировала каждому недорогие и физически легкодоступные медико-санитарные услуги. Для Таиланда это было ключевым фактором в движении по пути к всеобщему охвату. Реформа финансирования здравоохранения в этой стране сопровождалась повсеместным распространением первичной медико-санитарной помощи и развитием медико-санитарных услуг в сельской местности, куда распределялись на работу выпускники медицинских учебных заведений (99).

В других странах реформу предпочли проводить поэтапно с использованием ваучеров или обусловленных денежных трансфертов (ОДТ), которые предоставляли людям финансовые средства для получения медицинских услуг и/или осуществления действий, направленных на укрепление здоровья, обычно профилактического характера (100, 101).

Использование таких трансфертов было особенно широко распространено в Латинской Америке, где они имели успех в таких странах как Бразилия, Гондурас, Колумбия, Мексика и Никарагуа (102–104). В Мексике благодаря программе с использованием ОДТ *Oportunidades* (ранее известной как Progresá), начатой в 1997 г. и охватывающей пять миллионов семей, с общим объемом государственного финансирования почти в 4 млрд долл. США, удалось улучшить здоровье детей и снизить младенческую смертность (105, 106).

ОДТ также были введены в ряде других стран, включая Бангладеш, Гватемалу, Индию, Индонезию, Кению, Непал, Пакистан, США, Турцию и Эквадор. Хотя ОДТ и нашли свое место в системе финансирования здравоохранения, они мало пригодны в районах, где ограничено число медицинских услуг, или они низкого качества, как в сельских районах большинства стран Африки к югу от Сахары.

ОДТ и ваучерные программы возмещения затрат и потерянных доходов лиц, нуждающихся в медицинской помощи, эффективны только тогда, когда они тщательно нацелены. При использовании таких механизмов необходимо учитывать воз-

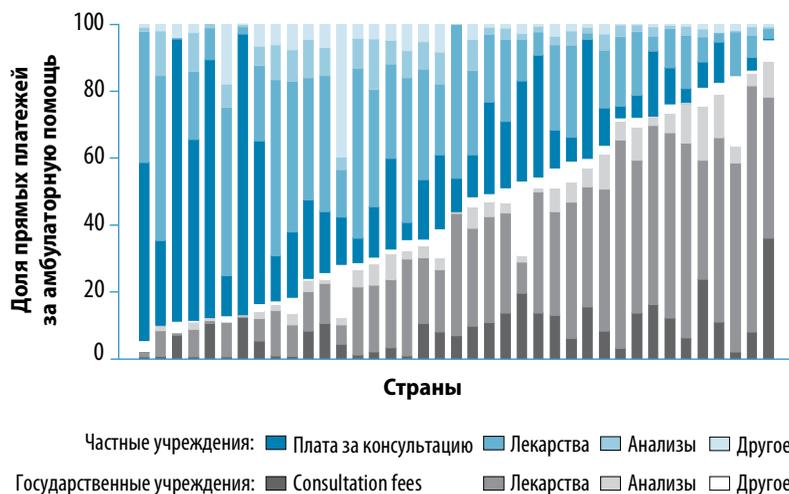
можные значительные затраты и факторы риска потенциальной неэффективности, такие как утечка средств к тем, кто не беден, но, благодаря своему образованию и связям, может легче воспользоваться преимуществами таких программ.

Однако в тех районах, где барьеры на пути к доступной медицинской помощи значительны – например, в бедных, изолированных сельских областях – ОДТ и ваучерные программы в краткосрочном плане могут оказаться единственным способом обеспечить людям получение своевременной медицинской помощи, в которой они нуждаются.

Заключение

За последние три десятилетия были сделаны практические выводы о недостатках применения прямых платежей (таких как плата пациентов) в системе финансирования здравоохранения. Ре-

Рис. 3.3. Прямые платежи, осуществленные в государственных и частных учреждениях в 39 странах



Источник (95).

шением этой проблемы является переход к системе предварительной оплаты и объединения средств в пул с максимально широким распределением финансовых рисков нездоровья среди групп населения. Такие шаги должны быть тщательно спланированы, чтобы избежать усугубления отчаянного положения, в котором находятся многие представители бедных и уязвимых групп населения, особенно те, кто проживает в отдаленных районах. Во Вставке 3.3 обобщаются данные, представленные в этой главе. Эта информация может быть полезна для лиц, принимающих решения.

Долгосрочными целями должны быть снижение доли прямых платежей до уровня ниже 15–20% общих расходов на здравоохранение и увеличение доли суммарных расходов бюджета и обязательного страхования приблизительно до 5–6% ВВП. Достижение этих целей в некоторых странах потребует времени, поэтому в них могут быть выдвинуты более доступные краткосрочные цели. Переходный период может казаться непреодолимым, но за последнее время многие страны, включая страны с ограниченными ресурсами, уже сделали решительные шаги в этом направлении.

Для стран, неспособных выделить средства или не располагающих техническим потенциалом для проведения реформы, жизненно необходима финансовая поддержка извне. Важно, чтобы эта поддержка предоставлялась в соответствии с духом Парижской декларации, таким способом, который позволяет реципиентам помощи разрабатывать и осуществлять свои собственные национальные планы в соответствии их приоритетами. Следует избегать фрагментарного способа направления средств донорами. Партнеры по развитию должны помнить, что многие правительства, опирающиеся сегодня на платежи пациентов, ввели их по совету извне и иногда в ответ на требования доноров.

Переход к системе предварительных платежей и объединения средств в пул требует действий на национальном и международном уровнях, чтобы выполнить в срок обязательства по предоставлению средств, взятые в последнее десятилетие. Успех будет зависеть от степени устойчивости мобилизации ресурсов на том уровне, который обязались обеспечить правительства. Без инвестиций в услуги здравоохранения, особенно в инфраструктуру и персонал, способный оказывать адекватную первичную медико-санитарную помощь, вопрос о том, как приобретать медицинские услуги, просто неуместен. Когда медицинской помощи нет, то ее неоткуда взять, как бы вам ни хотелось за нее заплатить.

В конечном счете, даже в странах, где система предоплаты и объединения средств в пул является нормой, всегда будут оставаться нуждающиеся люди, для которых медицинская помощь должна на практике оставаться бесплатной. ■

Вставка 3.3. Основные идеи по снижению финансовых барьеров

Ключевой вопрос, стоящий сегодня перед лицами, принимающими решения, таков: как мы можем изменить существующую систему финансирования, чтобы использовать преимущество в численности, или как защитить наши достижения? Вот некоторые основные соображения для разработчиков политики, ищущих пути повышения финансовой защищенности населения и снижения барьеров на пути использования необходимых услуг.

Объединение средств целесообразно

Страны могут быстрее продвигаться к всеобщему охвату за счет внедрения форм предоплаты и объединения средств в пул для использования преимущества в численности.

Консолидируйте или компенсируйте

Существует возможность улучшить охват путем консолидации разрозненных пулов или путем развития форм компенсации рисков, которые позволяют перемещать средства между ними.

Комбинируйте налоги и социальное медицинское страхование

То, откуда поступают средства, не должно влиять на то, как они объединяются. Налоговые отчисления и страховые взносы могут комбинироваться для охвата населения в целом, а не храниться в отдельных фондах.

Обязательные взносы помогают

Страны, которые ближе всех подошли к всеобщему охвату, используют какую-либо из форм обязательных взносов, независимо от того, финансируются ли они из бюджетных средств или обязательных страховых взносов. Это позволяет объединять средства для охвата людей, которые не могут платить и которые существуют в любом обществе.

Добровольные схемы очень полезны как первый шаг

Там, где более широкий экономический и фискальный контекст позволяет собирать лишь незначительные налоги или страховые взносы, добровольные схемы обеспечивают некоторую защиту от финансовых рисков в случае нездоровья и могут помочь людям осознать преимущества предоплаты и объединения средств в пулы. Однако опыт показывает, что потенциал добровольных схем ограничен.

Откажитесь от прямых платежей

Только тогда, когда доля прямых платежей в общих расходах на здравоохранение не превышает 15–20%, количество случаев финансовых катастроф снижается до незначительного уровня; впрочем, страны и регионы могут пожелать сами установить для себя промежуточные цели, как мы уже отмечали применительно к регионам ВОЗ для Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана.

Ссылки

1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries)*. Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Médecins Sans Frontières, 2004 (<http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf>, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
10. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006,21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda*. World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region. *Lancet*, 2010,375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010–2015)*. Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf>, accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010,125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007,122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005,331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME et al. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008,13:1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x PMID:18983268
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006,9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285
23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).

24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002,37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9–16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimayew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990,5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995,10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0Increasing0clients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1997,12:Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JJ, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine (1982)*, 1993,37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485
32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITGPress, 2008:168–198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).
35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 ([http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/\\$FILE/mkandatarget.pdf](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570ff00493eaa/$FILE/mkandatarget.pdf), accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004,19:22-32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007,22:246-262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:560-564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372
40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf>, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2007,12:1391-1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World health report 2010 background paper, no.18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilisation and quality of care*. Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005,20:100-108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).
51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995,32:215-243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyongtor F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999,14:329-341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649
54. Witter S et al. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009,2: PMID:20027275
55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* (1982), 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009,373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreyögg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; <http://go.worldbank.org/LSI0CP3900>, accessed 25 June 2010).
59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003,56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPMM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009,18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004,328:103-105. doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608
63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries*. Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium*. Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu*. Paris, Agence française de Développement, 2005.
68. Lekhan V, Rudyi V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization*. Amsterdam, Elsevier, 2009.
70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.

72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges*. World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, accessed 24 June 2010).
75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995–2007*. World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995,32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642
78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006,40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004,19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997,41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005,24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (<http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/>, accessed 24 June 2010).
86. *Towards the fifth summit of the Americas: regional challenges*. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf accessed 24 June 2010).
87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:291-312. PMID:19791707
90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008,27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (<http://www.hpm.org/survey/de/a13/3>).

93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009,9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006,5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029
95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in low-income countries*. World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938
98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf, accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HSS/HSF/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930
106. Barham T.. A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdeveco.2010.01.003.



Глава 4 | Больше здоровья за те же деньги



Ключевые идеи

- Все страны способны сделать хоть что-то, а некоторые очень многое, для повышения эффективности систем здравоохранения, тем самым высвобождая ресурсы, которые могут быть использованы для охвата большего числа людей, большего количества услуг и/или более значительной части затрат.
- Некоторые из этих действий могут быть нацелены на повышение эффективности в какой-то отдельной области здравоохранения, например, в том, что касается лекарств. Другие могут решить проблему стимулирования, столь важную для системы финансирования здравоохранения; в частности, определить то, как будут приобретаться услуги и оплачиваться поставщики.
- Все страны способны добиться повышения эффективности при предоставлении или приобретении медицинских услуг за счет использования стратегического подхода к предоставлению или покупке медико-санитарных услуг: например, принимать решения о том, какие услуги приобретать, на основе данных о потребностях населения в области здоровья, а также увязывать оплату поставщикам с результатами их работы и с информацией о стоимости, качестве и воздействии услуг.
- Любые механизмы оплаты поставщиков имеют сильные и слабые стороны, но с особым вниманием следует относиться к такому типу платежей, как гонорар за услугу, который поощряет излишнее обслуживание платежеспособных лиц, а также тех, кто охвачен объединенными в пулы средствами, и приводят к недостаточному обеспечению услугами тех, кто не способен платить.
- Снижение фрагментации денежных потоков и объединения в пулы средств, предназначенных для здравоохранения и поставок услуг, также повышает эффективность.
- Нет убедительных доказательств того, что частные медицинские учреждения более эффективны или менее эффективны, чем государственные учреждения. Все зависит от местных условий.
- Эффективное управление, выражающееся в установлении правил и гарантирующее их соблюдение, имеет ключевое значение для повышения эффективности и социальной справедливости.
- Доноры также могут внести свой вклад в повышение эффективности, помогая развивать отечественные институты финансирования и сокращая фрагментацию путей предоставления финансовых средств, а также фрагментацию отчетности об использовании средств, запрашиваемой у стран-реципиентов. Они также способны сократить дублирование на глобальном уровне.

4



Больше здоровья за те же деньги

Разумное использование ресурсов

Системы здравоохранения теряют деньги. В недавнем докладе Научно-исследовательского института здоровья компании PricewaterhouseCoopers подсчитано, что более половины общего ежегодного объема финансирования здравоохранения США, составляющего более 2 трлн долл. США, тратится впустую. В докладе, подготовленном агентством Thomson-Reuters говорится о меньшей, но все же значительной сумме в 600–850 млрд долл. США в год (1, 2). Европейская сеть по борьбе с мошенничеством и коррупцией в сфере здравоохранения утверждает, что из суммы 5,3 трлн долл. США, расходуемой ежегодно в мире на здравоохранение, чуть меньше 6%, или примерно 300 млрд долл. США, теряются только в результате ошибок и коррупции (3).

В то время как многие страны теряют больше других, большинство, если не все, не используют в полном объеме имеющиеся ресурсы в силу плохого функционирования системы закупок, иррационального расходования медикаментов, нецелевого использования и плохого управления человеческими и техническими ресурсами или из-за фрагментарности финансирования и администрирования. Все эти недостатки не являются неизбежными, а у неэффективности много оттенков. Некоторые страны, используя свои средства, достигают более высокого уровня охвата и лучших показателей состояния здоровья, чем другие страны, а расхождение между тем, чего страны добиваются и чего они могли бы потенциально достичь при одних и тех же ресурсах, иногда огромно (4). Ситуацию иллюстрирует Рис. 4.1, где показаны значительные различия в процентной доле родов, принятых квалифицированным персоналом, между странами со схожими уровнями расходов на здравоохранение.

Несмотря на то, что привлечение большего количества средств на нужды здравоохранения критически важно для стран с низким доходом, стремящихся приблизиться к всеобщему охвату, столь же важно получить максимальную отдачу от имеющихся ресурсов. Поиск наиболее эффективных путей решения множества проблем, с которыми сталкиваются системы здравоохранения, является важной задачей для стран, борющихся за поддержание высоких уровней охвата перед лицом непрерывно растущих затрат и увеличивающегося спроса.

Существует множество возможностей для повышения эффективности. Но это не означает просто сокращения затрат. Эффективность, которую мы обсудим ниже, является мерой качества и/или количества результатов (т.е. показателей здоровья или услуг), получаемой при заданном уровне входящих ресурсов (т.е. затрат). Таким образом, повышение эффективности может помочь сдерживать затраты – что представляет собой важную во многих странах – посредством снижения расходов на предоставление услуги. Однако, никто не хочет сдерживать расходы путем снижения результатов, поэтому о повышении эффективности можно говорить, если при неизменном уровне затрат происходит расширение охвата.

Предметом рассмотрения в этой главе является то, каким образом страны могут повысить эффективность своих систем здравоохранения.

Десять ведущих причин неэффективности

Любая страна может повысить эффективность и тем самым приблизиться к всеобщему охвату медико-санитарными услугами. В Таблице 1.4 выявлено 10 проблемных зон и предложены пути повышения эффективности функционирования систем здравоохранения.

Устранять нецелесообразные затраты на медикаменты

Затраты на медикаменты составляют 20–30% от глобальных затрат на здравоохранение – в странах с низким и средним доходом эта доля несколько выше, что составляет большую часть расходов того, кто оплачивает услуги здравоохранения (7). Во многих случаях это бремя было бы меньше, если бы государства и отдельные люди платили разумную цену. Но что такое разумная цена? Точкой отсчета для сотрудников отделов закупок в их переговорах являются международные референтные цены. Эти цены определяются посредством подсчета средней цены за одно и то же лекарство в сопоставимых странах (8). Только при наличии межстрановой ценовой информации закупщики могут бороться за получение справедливой цены на мировом фармацевтическом рынке, который не является ни прозрачным, ни эффективным, и на котором существует огромный разброс цен на идентичные продукты. Недавнее исследование цен на лекарственные средства выявило, что лекарства-дженерики в регионах ВОЗ Северной и Южной Америки, Восточного Средиземноморья и Юго-Восточной Азии, приобретаются государственным сектором по ценам, близким к референтным, а в Африке, Европейском и в Западно-Тихоокеанском регионах ВОЗ правительства платят в среднем на 34–44% больше, чем нужно (Рис. 4.2) (9).

В том же исследовании показано, что определенные лекарства почти всегда продаются с существенными торговыми наценками, при огромном разбросе цен в разных странах. Например, закупочные цены на оригинальную форму ципрофлоксацина (антибиотик широкого спектра) в развивающихся странах значительно различаются, причем в некоторых из них платят в 67 раз больше международной референтной цены (9). Даже в странах с высоким доходом существует значительное ценовое разнообразие. По имеющимся данным, в Соединенных Штатах оригинальный ципрофлоксацин стоит 90 или 100 долл. США за курс; а в Соединенном Королевстве он обойдется в половину этой цены (10).

Предпочтение оригинальных брендовых лекарств дженерикам также влечет за собой неэффективность. Недавнее исследование, охватывающее 18 препаратов в 17 странах, преимущественно со средним доходом, показало, что расходы пациентов могли бы быть уменьшены в среднем на 60%, если оригинальный препарат заменить на его более дешевый дженерик (11). В этой группе стран

Рис. 4.1. Процент родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, и уровень общих расходов на здравоохранение в странах с низким и средним доходом за последний год, по которому имеются данные (каждая точка представляет страну)



Источник: (5).

Таблица 4.1. Десять основных источников неэффективности

Источник неэффективности	Распространённые причины неэффективности	Способы влияния на неэффективность
1. Лекарства: недостаточное использование дженериков и установление цен на лекарства на уровне выше необходимого	Недостаточный контроль над агентами сети поставщиков, врачами, выписывающими рецепты и фармацевтами; низкая воспринимаемая эффективность/безопасность дженериков; исторические модели выписывания лекарственных рецептов и неэффективные системы закупок/распределения; налоги и пошлины на лекарства; чрезмерные наценки.	Улучшить рекомендации по выписке лекарственных средств, информационные, учебные программы и практику. Требовать, разрешать или предлагать стимулы для замены дженериками. Развивать активные закупки, основанные на оценке стоимости и пользы от использования альтернативных лекарств. Гарантировать прозрачность закупок и тендеров. Снизить налоги и пошлины. Контролировать чрезмерное повышение цен. Осуществлять мониторинг и уведомлять о ценах на лекарства.
2. Лекарства: использование некачественных и поддельных лекарств	Неадекватные фармацевтические регулятивные структуры/механизмы; слабые системы закупок.	Усилить контроль над стандартами качества в изготовлении лекарств; осуществлять тестирование продукции; укрепить системы закупок с переквалификацией поставщиков.
3. Лекарства: неподходящее и неэффективное использование	Ненадлежащие стимулы для врачей, выписывающих рецепты, и неэтичные методы продвижения лекарств; потребительские требования/ожидания; ограниченная осведомленность о терапевтических эффектах; неадекватные регулятивные системы.	Разделить функции выписки и распределения; регулировать деятельность по продвижению лекарств; улучшить рекомендации по выписке лекарственных средств, информационные, учебные программы и практику; распространять общественную информацию.
4. Продукция и услуги здравоохранения: чрезмерное использование или поставки оборудования, исследований и процедур	Спрос, индуцированный поставщиками; механизмы платы за услуги; боязнь судебного преследования (оборонительная медицина).	Реформировать структуры стимулирования и оплаты (например, подушевая оплата или метод DRG/KCT); разрабатывать или внедрять клинические рекомендации.
5. Медицинские работники: ненадлежащее или затратное сочетание штатного персонала, немотивированные сотрудники	Нежелание менять устоявшуюся политику и процедуры в отношении человеческих ресурсов; корпоративное профессиональное противодействие; фиксированные/неизменные контракты; неадекватные зарплаты; фаворитизм при приеме на работу.	Проводить оценку, основанную на изучении потребностей и соответствующую профессиональную подготовку; пересмотреть политику премирования; внедрить гибкие контракты и/или плату, основанную на результатах деятельности; осуществлять перераспределение обязанностей и другие пути установления соответствия умений потребностям.
6. Медицинские услуги: необоснованная госпитализация и продолжительность пребывания в стационаре	Недостаток организации альтернативной (внебольничной) помощи; недостаток стимулов для выписки из стационара; ограниченная осведомленность о наилучших практиках.	Обеспечить оказание внебольничной помощи (например, дневной стационар); изменить стимулы поставщиков больничных услуг; повысить осведомленность об эффективных практиках госпитализации.
7. Медицинские услуги: ненадлежащий размер больницы (недостаточное использование инфраструктуры)	Ненадлежащий уровень управленческих ресурсов для координации и контроля; избыточное количество больниц и больничных коек в одних районах, недостаточное в других. Часто это отражает отсутствие планирования в развитии структуры здравоохранения.	Ввести в больничное планирование методы оценки ресурсов и результатов деятельности; привести в соответствие управленческий потенциал с размерами; снизить избыточную мощность, чтобы поднять коэффициент использования до 80-90% (при контроле продолжительности пребывания в стационаре)
8. Медицинские услуги: врачебные ошибки и некачественное оказание помощи	Недостаточное знание или использование клинических стандартов и протоколов; недостаток рекомендаций; неадекватный надзор.	Улучшить стандарты гигиены в больницах; обеспечить непрерывность медицинской помощи; чаще проводить клинический аудит; осуществлять мониторинг результатов деятельности больницы.
9. Утечки в системе здравоохранения: растраты, коррупция и мошенничество	Нечеткие рекомендации по распределению ресурсов; отсутствие прозрачности; слабые система подотчетности и механизмы управления; низкие зарплаты.	Улучшить регулирование/управление, включая действенные механизмы санкций; оценивать прозрачность/уязвимость к коррупции; проводить проверки государственных расходов; поощрять использование кодексов поведения.
10. Медицинские вмешательства: неэффективный пакет/ неподходящий уровень стратегий	Финансирование затратных вмешательств с низким эффектом, в то время как не финансируются малозатратные вмешательства с высокими эффектами. Ненадлежащий баланс между уровнями помощи и/или между профилактикой, мероприятиями по формированию здорового образа жизни и лечением.	Регулярное проведение оценки и использование в политике данных о стоимости и ожидаемом эффекте вмешательства, технологий, лекарств и политических мер.

Источник (6).

только для этой ограниченной корзины лекарств общая экономия может составить 155 млн долл. США.

В некоторых странах с высоким доходом при более систематическом использовании дженериков общая экономия могла бы быть даже больше. Например, во Франции осуществляется политика по замене, на дженерики, и, по оценкам, их более широкое использование только в 2008 г. помогло сэкономить 1,32 млрд евро (что равноценно 1,94 млрд долл. США) (12, 13).

Улучшать контроль за качеством лекарств

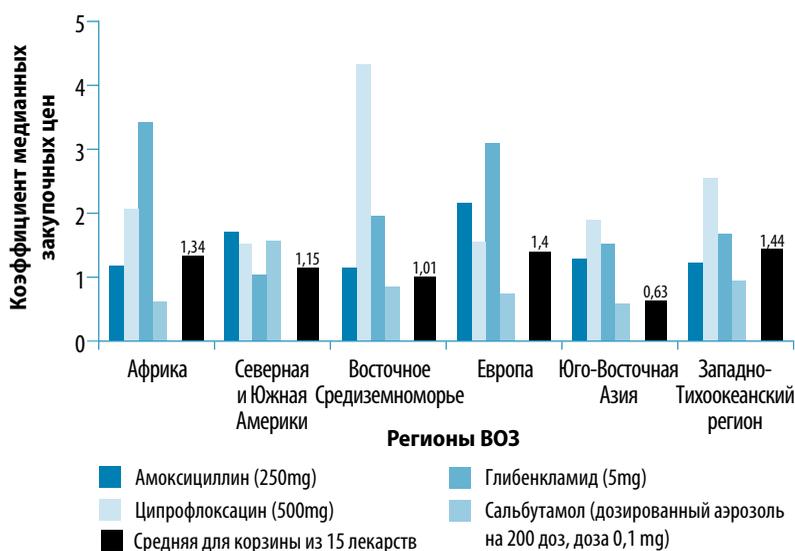
Несоответствующие стандарту, поддельные, фальсифицированные, неверно маркированные, контрафактные или просроченные «плохие» лекарства слишком дороги, по какой бы цене они ни продавались. Другой путь предотвращения растраты ресурсов – избегать таких лекарств. Сообщается, что более половины лекарств, обращающихся в Юго-Восточной Азии, и, как предполагалось, содержащих противомалярийный препарат артезуат, не имели в своем составе активного компонента (14), а в исследовании, проведенном в трех африканских странах, указывается, что 26–44% образцов противомалярийных препаратов не соответствуют стандарту качества (15).

Существует слишком мало достоверной информации, позволяющей оценить распространенность проблемы. Тем не менее, Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США подсчитало, что количество контрафактных препаратов составляет более 10% мирового рынка медикаментов. Если мы возьмем эту цифру за нижнюю границу, то ежегодный мировой доход от продажи препаратов ненадлежащего качества составит более 32 млрд долл. США (16). То есть 32 млрд долл. США, потраченных на здравоохранение, вероятно, принесли мало пользы для улучшения состояния здоровья.

Существует несколько возможностей для стран, которые ищут пути исключения из обращения препаратов ненадлежащего качества. Такой мерой, в частности, являются соблюдение стандарта надлежащей производственной практики (GMP) при производстве фармацевтических препаратов и их приобретение у производителей, соблюдающих стандарт GMP. GMP создан для подтверждения того, что препараты неизменно производятся и постоянно проверяются в соответствии с определенным набором стандартов качества. Это помогает предотвратить загрязнение, неверное маркирование и неадекватную дозировку действующего вещества (17). Во многих странах сформулированы собственные нормы GMP, основанные на модели, разработанной ВОЗ, в то время как другие применяют уже существующие нормы.

В 2001 г. ВОЗ была утверждена программа по преквалификации лекарственных средств против ВИЧ/СПИДа, малярии, туберкулеза и по охране репродуктивного здоровья, призванная облегчить доступ к медикаментам, соответствующим единым стандартам качества, безопасности и эффективности.

Рис. 4.2. Коэффициент медианных закупочных цен в государственном секторе на препараты-дженерики^a в регионах ВОЗ.



^a Соотношение медианной закупочной цены и Международных референтных цен организации «Наука менеджмента в здравоохранении». Источник: (9).

Она была предназначена для оказания помощи специализированным закупочным учреждениям ООН, но со временем список преквалифицированных лекарственных средств стал ресурсом доступным для всех, кто совершает оптовые закупки медикаментов, включая государственные организации по закупкам (18).

Использовать лекарственные средства надлежащим образом

Неправильное использование медикаментов не только ведет к болезням и смерти, но и отвлекает ресурсы от использования для эффективных, научно обоснованных вмешательств. Несмотря на принятые во многих странах национальные стратегии в области лекарственных средств и программы в отношении базовых лекарств, которые стимулируют их надлежащее использование, меньше половины всех пациентов в странах с низким и средним доходом при амбулаторном лечении получают помощь в соответствии с клиническими рекомендациями для обычных заболеваний (19). Подсчитано, что, в целом, более половины всех лекарств назначаются, распределяются и продаются нецелесообразно (19), и половина пациентов не принимают медикаменты в соответствии с выписанным рецептом (20). Неправильное использование может носить разные формы, включая использование опасных комбинаций препаратов (полифармация), злоупотребление антибиотиками и уколами, несоответствие прописываемых препаратов клиническим рекомендациям или неуместное самолечение (21).

Чрезвычайно важной мировой проблемой является злоупотребление антибиотиками и их неправильное использование в связи с тем, что две трети антибиотиков продаются без рецептов на неконтролируемых частных рынках. Многим пациентам выписываются неверные и неадекватные дозы или они не принимают полностью прописанный курс препаратов. Менее половины всех пациентов, страдающих острой диареей, получают дешевое и чрезвычайно эффективное лечение – пероральные регитратационные соли, в то время как более половины пациентов лечатся дорогими и неэффективными в этом случае антибиотиками. Например, в странах с низким и средним доходом чрезмерное использование антибиотиков при лечении острых инфекций дыхательных путей увеличивает стоимость лечения в среднем на 36% (22).

Получать максимум от технологий и услуг

Медицинские технологии могут иметь решающее значение при оказании медико-санитарных услуг, при условии, что они подобраны и использованы по назначению и основываются на научных доказательствах и передовой практике (23). Очень часто осуществлять политику закупок мешает маркетинговое давление изготовителей оборудования. Оно проявляется как в странах с высоким доходом, так и в странах с низким доходом, причем в первых, возможно, даже сильнее, учитывая больший масштаб расходов. Современные медицинские технологии – главный фактор растущих расходов стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), и величина, на которую ориентируется каждая страна, не всегда основывается на потребностях. Среди стран ОЭСР самое большое количество магнитно-резонансных томографов (МРТ) и компьютерных томографов (КТ) на душу населения отмечено в Японии, в то время как США лидирует по количеству диагностических визуализирующих исследований: 91,2 МРТ исследования на 1000 человек (против 41,3 на 1000 в среднем по странам ОЭСР); и 227,8 КТ исследований на 1000 (против 110 в среднем по странам ОЭСР) (24). Считается, что значительная часть этих исследований с медицинской точки зрения является нецелесообразной.

Нецелесообразное приобретение и использование оборудования имеет место и в странах с низким доходом, хотя, в целом, в условиях ограниченных ресурсов там существуют другие технологические проблемы. По оценкам, в развивающихся

странах, по крайней мере, 50% медицинской техники частично или полностью непригодно к использованию (25). В странах Африки к югу от Сахары до 70% оборудования простаивает. Исследования позволяют предположить, что есть несколько причин такого масштабного системного сбоя, включая неэффективное управление процессом обеспечения поставок, недостаточную квалификацию пользователей и неэффективную техническую поддержку (26). Там же, где медицинская технология доступна для использования, она становится причиной несоответствующего или опасного диагноза, либо лечения, которое может создать угрозу для безопасности пациентов. Кроме того, нецелесообразные медицинские технологии накладывают финансовое бремя на системы, которые с трудом выдерживают его.

Как ни парадоксально, в странах с низким доходом передача в дар медицинской техники является одной из главных причин неэффективности. В некоторых странах до 80% медицинской техники поступает от международных доноров или иностранных правительств, большая часть из которой не используется по разным причинам. Как пример можно привести недавнее исследование, проведенное на Западном берегу реки Иордан и в секторе Газа (27). После военных действий в секторе Газа, окончившихся в январе 2009 г., туда были отправлены большие партии техники. Хотя некоторая переданная в дар техника оказалась полезной, часть не могла быть интегрирована в систему здравоохранения и осталась на складах.

Этой проблемы можно было бы избежать, если бы партнеры по реализации проекта уточнили у стран-получателей их потребности и способность обслуживать передаваемое в дар оборудование. Также необходимо, чтобы должностные лица в правительствах стран-получателей учредили рациональные системы управления, организовали хранение медицинского оборудования по типу, модели и производителю и проверку каждого переданного в дар аппарата на укомплектованность, совместимость и качество.

То, что применимо к технологиям, применимо и к медико-санитарным услугам. Согласно исследованию, сравнивающему услуги предоставленные пациентам по программе «Медикэр», в США «жители регионов с высокими расходами получают на 60% больше медицинской помощи, но там нет снижения уровня смертности, улучшения функционального состояния или повышения удовлетворенности услугами» (28, 29). Различия в моделях медицинской практики могли быть не связаны с различиями в медицинских потребностях, а около 30% стоимости лечения можно было бы сэкономить, если бы производители уменьшили предоставление услуг до уровней регионов с безопасным, но консервативным лечением (30). Сходные варианты моделей медицинской практики были отмечены в разных странах, что свидетельствует об аналогичных возможностях уменьшения расходов и повышения эффективности (31–34).

Хотя четко определить необходимость медицинского вмешательства в каждом индивидуальном случае бывает трудно, разработчики политики могут следить за разнообразием клинических практик внутри страны, сосредоточив внимание на производителях или организациях, предоставляющих большое, по сравнению с другими, количество услуг или на тех, кто предоставляет относительно мало. Уменьшение такого разброса может сохранить ресурсы и улучшить показатели состояния здоровья населения.

Стимулировать людей

Медицинские работники являются ведущим элементом системы здравоохранения, и расходы на них обычно составляют половину всех расходов на здравоохранение страны (35). Дефицит медицинских работников часто является главной преградой на пути укрепления систем здравоохранения, но эффективность может также подрываться в результате неэффективного набора персонала, неадекватного обучения, плохого надзора и неправильного распределения персонала внутри страны, а неадекватная оплата влечет за собой чрезмерную текучесть и убыль работников (36). Неизбежным следствием всех этих недостатков является снижение производительности и качества работы.

Каковы на самом деле потери, вызванные неэффективностью использования рабочей силы? Их трудно определить без надежных исчерпывающих данных, но все-таки было предпринято несколько попыток измерить производительность работников здравоохранения в конкретных условиях. Например, в Объединенной Республике Танзания отсутствие без уважительной причины и время, потраченное на перерывы, неформальное общение и ожидание пациентов, снизили уровень производительности на 26% (37). В Бразилии, как определили Sousa et al., эффективность деятельности медицинских работников по обеспечению всеобщего охвата дорожной медицинской помощью в различных муниципалитетах колеблется от менее чем 20% до более чем 95% (38).

Если принять заведомо ограниченные примеры в качестве индикатора мировых тенденций и применить подтвержденный консервативный средний уровень неэффективности (15–25%) по отношению к доле общих затрат системы здравоохранения на человеческие ресурсы (45–65%, в зависимости от уровня дохода), то в мировом масштабе потери, вызванные неэффективностью трудовых ресурсов, можно оценить более чем в 500 млрд долл. США в год.

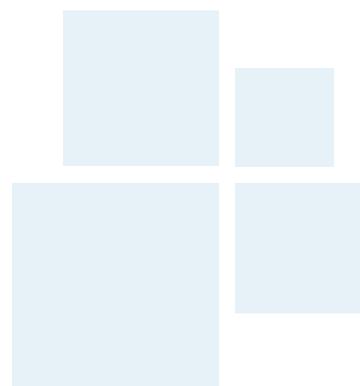
Пути уменьшения этих потерь – вопросы повышения производительности и улучшения результатов труда медицинских работников – были проанализированы в Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2006, в котором, наряду с другими проблемами придавалось большое значение важности надлежащей оплаты и соответствию квалификации работников их функциям (36). Ниже будут рассмотрены вопросы, связанные с платой поставщикам медико-санитарных услуг и оплатой по результатам.

Повысить эффективность работы больниц: объем и продолжительность лечения

Во многих странах расходы на стационарное лечение составляют от половины до двух третей всех государственных расходов на здравоохранение, при этом основными показателями, определяющими расходы, являются госпитализация (зачастую необоснованная) и продолжительность пребывания в стационаре. В четырех исследованиях, посвященных уровню госпитализации взрослых в Канаде, было установлено, что 24–90% госпитализаций и 27–66% дней пребывания в стационаре были необоснованными (39).

Другой источник неэффективности – нецелесообразный размер некоторых учреждений и набор услуг, которые они предоставляют. Существует определенный экономический смысл в том, чтобы увеличивать размеры больниц и масштаб оказываемых ими услуг, чтобы полноценно использовать имеющиеся квалификации, инфраструктуру и оборудование, но существует и предел, после достижения которого экономическая эффективность начинает падать. Аналогичным образом, маленькие больницы становятся неэффективными, когда стабильные объемы инфраструктуры и административные расходы приходится на небольшое количество пациентов, что увеличивает среднюю стоимость госпитализации. Исследования, проводимые в основном в США и Соединенном Королевстве, свидетельствуют о том, что неэффективность начинается при количестве коек менее 200 и более 600 (40). Хорошим индикатором эффективности больницы является показатель использования ее мощности. Исследование ВОЗ, проведенное в 18 странах с низким и средним доходом, показало, что в окружных больницах в среднем используется только 55% коек, что гораздо ниже рекомендуемого уровня в 80–90% (6).

В недавнем обзоре более 300 исследований, в котором анализировались эффективность и производительность оказания медико-санитарной помощи, был сделан вывод, что в среднем экономическая эффективность больницы составляет 85%, означающий, что больницы могли бы оказать услуг на 15% больше при тех же самых затратах или оказать тот же объем услуг, снизив затраты на 15% (41). При этом не было отмечено существенной разницы между больницами США, Европы или дру-



гих регионов, но интересно, что государственные больницы показали себя более эффективными, чем частные коммерческие и некоммерческие больницы (Вставка 4.1). Если применить средний уровень неэффективности в 15% к доле всех расходов здравоохранения, приходящихся на больницы, в каждом из регионов мира по уровню дохода, то получится сумма в 300 млрд долл. США в год, потерянная вследствие неэффективности работы больниц.

Получать правильное лечение с самого начала

Медицинские ошибки не только приносят страдания, но и стоят денег. Из-за недостатка достоверной эпидемиологической информации неизвестны распространенность и число медицинских ошибок во всем мире. По приблизительным подсчетам, в развитых странах при оказании медико-санитарной помощи причиняется вред каждому десятому пациенту; а в развивающихся странах таких пациентов может быть значительно больше (49). В любой конкретный момент времени 1,4 миллиона человек в мире страдает от внутрибольничных инфекций (50). Во что это обходится органам здравоохранения, неизвестно, но по подсчетам исследования 1999 г., в результате медицинских ошибок, которые можно было предотвратить, только в США умирает 98 000 человек в год, что обходится в 17–29 млрд долл. США (51).

Одна из простых мер по уменьшению медицинских ошибок – соблюдение гигиены рук, другая – безопасное выполнение инъекций, третья – обеспечение точной диагностики.

Простым способом сохранения жизни является применение контрольных перечней вопросов, подобных тому, который рекомендуется инициативой ВОЗ «Безопасная хирургия спасает жизни». Использование контрольного перечня уже дало поразительные результаты, в частности, в штате Мичиган, США, где применение во всем штате кратких контрольных перечней послужило причиной снижения инфекций системы кровообращения, связанных с катетеризацией. Среди прочего, контрольный перечень наделяет медсестер правом следить за тем, чтобы врачи следовали установленной процедуре (52). Частота инфекций системы кровообращения в отделениях интенсивной терапии, участвующих в программе, снизилась до 1,4 случая на 1000 дней использования катетера, что составило менее 20% уровня, существовавшего до внедрения программы. По оценкам, это помогло за четыре года спасти 1800 жизней. Сейчас инициатива по использованию контрольного перечня внедрена в некоторых странах, в том числе в Иордании, Китае, Соединенном Королевстве и Таиланде.

«Карательный» (и потенциально противоречивый) подход к снижению количества медицинских ошибок, предусматривает отказ в оплате в случае их

Вставка 4.1. Относительная экономическая эффективность государственной и частной систем предоставления услуг

Относительные роли государственного и частного (коммерческого и некоммерческого) секторов оказания медицинских услуг развивались на протяжении длительного времени и продолжают порождать острые дебаты на идеологической основе. В конечном счете, эмпирические данные должны помочь определить, какой тип системы наиболее эффективно предоставляет конкретные услуги.

Большинство доступных исследований сосредоточиваются на эффективности больниц, на долю которых приходится 45–69% государственных расходов на здравоохранение в Африке к югу от Сахары (42). В работе Hollingsworth (41) недавно был проведен мета-анализ 317 опубликованных работ по измерению эффективности и сделан вывод: «Возможно, государственное оказание услуг потенциально эффективнее частного». Однако исследования отдельных стран показывают, что влияние характера собственности на эффективность не является однозначным. В работе Lee et al. (43) установлено, что некоммерческие больницы в США были эффективнее коммерческих. С другой стороны, уровни эффективности швейцарских больниц не менялись в зависимости от формы собственности (44, 45). Что касается Германии, то одни исследования показали, что частные больницы технически менее эффективны, чем государственные, а другие пришли к противоположным выводам, в то время как третьи вообще не обнаружили какой-либо разницы (46, 47).

Существует нехватка исследований, измеряющих относительную эффективность государственных и частных учреждений здравоохранения в странах с низким и средним доходом. Работа Masiye (48) – возможно, единственное исследование, в котором отмечено значительное положительное воздействие частной собственности на эффективность больниц в Замбии (средняя экономическая эффективность частных больниц составила 73% в сравнении с 63% у государственных больниц).

Таким образом, следует подчеркнуть, что делать обобщения о том, какой из видов собственности является лучшей для всех стран, пока нельзя. В то же время данные показывают, что средние уровни эффективности пока значительно ниже, чем они могли бы быть, во всех типах больниц. Больницы способны стать более эффективными, независимо от формы собственности, если снизят потери и будут выполнять вмешательства с высокой затратной эффективностью. Для того, чтобы это обеспечить, необходимо твердое руководство со стороны государства, способное установить правила деятельности и добиться их претворения в жизнь.

совершения. Этот подход был опробован в США, где с октября 2008 г. в рамках правительственной программы социального медицинского страхования «Медикэр», охватывающей оказание медицинских услуг людям старше 65 лет, больницам перестали выплачивать деньги за так называемые «невозможные» случаи – медицинские ошибки, которые можно было предотвратить. К их числу относятся не только крупные ошибки, такие как проведение операции не на той части тела, но и осложнения, такие как обширные пролежни и телесные повреждения, вызванные падением пациентов. Отказываясь платить за ошибки, «Медикэр» надеется уменьшить число смертей, происходящих ежегодно из-за медицинских ошибок, которое, по оценкам, достигает 98 000 (53).

Ликвидировать потери и коррупцию

По существующим оценкам, 10–25% государственных расходов на здравоохранение, связанных с закупками – приобретением необходимых ресурсов, таких как медикаменты, оборудование и инфраструктура, – ежегодно теряются из-за коррупции (54). В одних только развитых странах мошенничество и другие формы злоупотреблений в здравоохранении обходятся правительству в 12–23 млрд долл. США ежегодно (55). Из-за того, что производство и распределение медикаментов являются сложным многоэтапным процессом, существует много возможностей для злоупотреблений в этой области, хотя проблема злоупотреблений выходит за рамки одних только закупок.

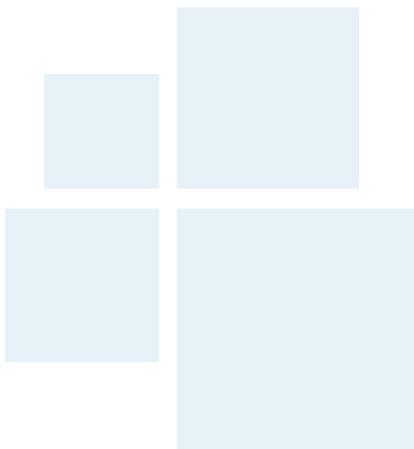
Опыт показал, что для значительного ограничения коррупции при закупке и распределении необходимо применять две взаимодополняющие стратегии: первая из них – дисциплинарный подход, который действует «сверху вниз» и основывается на законодательных реформах, принятии законов, административном устройстве и процессах, необходимых для обеспечения прозрачного регулирования в отношении лекарственных средств и их закупок; а вторая – использование ценностного подхода, направленного «снизу вверх», который содействует институциональной честности посредством моральных ценностей и принципов и стремится стимулировать высоконравственное поведение государственных служащих.

В 2004 г. 26 стран внедрили программы, основанные на принципах надлежащего управления в области лекарственных средств, что привело к снижению расходов на медикаменты (56). Другой инициативой стало создание Альянса за прозрачность в сфере лекарственного обеспечения (MeTA), сосредоточившего свои усилия на обеспечении финансовой доступности и наличия высококачественных медикаментов благодаря действиям на уровне страны, способствующим повышению эффективности всей цепи снабжения лекарствами, прежде всего за счет прозрачности и подотчетности (57).

Однако эти принципы не ограничиваются только закупкой и распределением медикаментов и могут быть применены к любым видам деятельности в здравоохранении. Они подкреплены основными принципами надлежащего управления, включающими подотчетность, прозрачность и верховенство закона (58). Основные нормативные функции, которые могут эффективно противостоять бюджетным и другим утечкам, начинаются с регистрации, аккредитации и лицензирования поставщиков медицинских услуг, учреждений и продуктов (для улучшения качества) и заканчиваются функциями внутреннего надзора и аудита. Для повышения качества управления необходима осведомленность и улучшение использования информации, чтобы выявлять нарушения установленного порядка и отслеживать изменения.

Критически оценить потребности в конкретных услугах

Стоимость приобретения одного года здоровой жизни, по оценкам, варьирует в широких пределах от менее чем 10 до более чем 100 000 долл. США, в зависимости от вмешательства (59, 60). Другими словами, если вы выбираете вмешательство,



способное сохранить год здоровой жизни за 10 долл. США, то за 1 млн долл. США вы можете сохранить 100 000 лет здоровой жизни. Но если выбрать вмешательство за 100 000 долл. США, то можно сохранить только 10 здоровых лет.

Не существует общего правила о том, какое вмешательство в стране было бы самым эффективным с точки зрения затрат, поскольку надо учитывать все – уровень цен, структуру заболеваемости и уровень охвата. Неверно даже то, что профилактика всегда более эффективна с точки зрения затрат, чем лечение. Какие-то формы профилактики имеют более высокую затратную эффективность и используются недостаточно, а какие-то – нет. Несмотря на то, что рабочая программа ВОЗ – CHOICE («Выбор мероприятий с более высокой затратной эффективностью») и два раунда осуществления Проекта установления приоритетов в контроле заболеваемости представили свои рекомендации по затратной эффективности широкого диапазона вмешательств в различных ситуациях, каждая страна, в идеале, должна самостоятельно определять затратную эффективность и экономичность вмешательств в различных условиях (61).

Тем не менее, совершенно ясно, что по самым различным причинам вмешательства с высокой стоимостью и низкой результативностью имеют тенденцию к чрезмерному использованию, в то время как недорогие вмешательства с высокой результативностью используются недостаточно (59, 60). Очевидный путь к повышению эффективности состоит в том, чтобы перенаправить ресурсы от первых к последним. Наш обзор нескольких исследований, сопоставляющих существующее положение с потенциально более подходящей комбинацией вмешательств для определенных групп заболеваний или состояний (Табл. 4.2), позволяет предположить, что тех же самых результатов в области здоровья можно было бы получить, затратив, в зависимости от заболевания, от 16 до 99% средств, выделяемых в настоящее время. Сезонные средства затем можно было бы использовать для улучшения здоровья иными способами.

Даже принимая в расчет транзакционные издержки перенаправления средств данные, приведенные в таблице 4.2, говорят о том, что можно добиться увеличения экономической эффективности примерно на 20% в тех странах, где приоритетом становятся вмешательства с высокой затратной эффективностью. Очевидно, что вмешательства с высокой затратной эффективностью различаются в разных странах, но в странах с низким доходом большинство вмешательств с наивысшей затратной эффективностью, таких как профилактика и лечение матерей и новорожденных или базовая иммунизация детей – все еще не применяются в полном объеме, и это приносит большой вред человеческому здоровью.

Затратная эффективность – не единственный фактор, учитываемый при выборе оптимальной комбинации вмешательств. В случае, когда речь идет о социальной справедливости, равенстве или простой порядочности, общественная ценность отдельного вмешательства может отличаться от производимой им пользы для здоровья. Рассмотрим помощь в конце жизни. Она стоит дорого: в США, например, ежегодно треть расходов программы «Медикэр» приходится на уход за пациентами в последний год жизни, несмотря на то, что такие пациенты составляют только 5% всех охваченных программой (68). Определяющим фактором в этом случае являются общественные ценности, а не соображения затратной эффективности, поэтому общество будет продолжать обеспечивать помощь в конце жизни. Менее экстремальный, но часто встающий перед разработчиками политики в странах с низким и средним доходом пример – снижение затратной эффективности при расширении охвата вмешательствами отдаленных сельских областей. Как указывалось в Главе 1, приверженность цели достижения всеобщего охвата в значительной степени зависит от социальной солидарности, от готовности сделать выбор, уравновешивающий эффективность и социальную справедливость.

Несмотря на то, что соображения социальной справедливости имеют первостепенное значение, чрезвычайно важно, чтобы правительства продолжали ориентироваться на затратную эффективность с тем, чтобы более активно приобретать услуги, обеспечивая при этом наилучшее соотношение цены и качества. Эти вопросы будут подробнее рассмотрены ниже в данной главе.

Потенциальные выгоды от повышения экономической эффективности

Если применить средние уровни неэффективности, установленные в предыдущих главах, и умножить их на среднюю долю общих расходов на здравоохранение, связанных с каждым компонентом, становится понятно, чего можно добиться за счет повышения экономической эффективности (Табл. 4.3). Десять самых распространенных причин неэффективности разделены в таблице на пять больших групп: трудовые ресурсы здравоохранения, медикаменты, больницы, потери в результате коррупции и неэкономного использования ресурсов, и комбинация вмешательств.

Из таблицы видно, что страны с низким доходом могут экономить 12–24% всех расходов на здравоохранение ежегодно, повысив экономическую эффективность боль-

Таблица 4.2. Возможные выгоды от критической оценки вмешательств

Исследование	Валюта ^a	Затраты на достижения одного года здоровой жизни*		
		Действующее сочетание	Оптимальное сочетание	Улучшение (%)
Медикаментозное лечение малярии в Замбии^a (62) (стоимость в расчете на один случай лечения)	US\$	10,65	8,57	20
Профилактика заболеваний и травматизма в Таиланде (63)				
Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний	BHT	300 000	2 185	99
Профилактика дорожно-транспортного травматизма (алкоголь)		6 190	3 375	45
Профилактика дорожно-транспортного травматизма (шлемы)		1 000	788	21
Контроль над алкоголем и табаком в Эстонии (64)				
Алкоголь	EEK	2 621	893	66
Табак		292	247	15
Нейропсихиатрические вмешательства в Нигерии (65)		37 835	26 337	30
Шизофрения	NGN	210 544	67 113	68
Депрессия		104 586	62 095	41
Эпилепсия		13 339	10 507	21
Злоупотребление алкоголем		20 134	10 677	47
Комплекс психиатрического здравоохранения в Австралии (66)		30 072	17 536	42
Шизофрения	AU\$	196 070	107 482	45
Эмоциональные расстройства (любые)		20 463	10 737	48
Фобии (любые)		15 184	9 130	40
Расстройства вследствие употребления алкоголя		97 932	53 412	45
Профилактика и лечение рака шейки матки (67)^b				
Субрегион с высоким доходом (EurA)	I\$	4 453	3 313	26
Субрегион со средним доходом (WprB)		3 071	1 984	35
Субрегион с низким доходом (SearD)		421	355	16

^a US, доллар Соединенных Штатов Америки; BHT – тайский бат; EEK – эстонская крона; NGN – нигерийская найра; AUD – австралийский доллар; I\$ – международный доллар.

^b Субрегионы ВОЗ (страты по уровню смертности): EurA – страны Европейского Региона с очень низкой взрослой и детской смертностью; WprB – страны Западной-Тихоокеанского региона с низкой взрослой и детской смертностью; SearD – страны Юго-Восточной Азии с высокой взрослой и детской смертностью. Регионы ВОЗ подразделяются на основании уровней детской и взрослой смертности: А – очень низкая детская и очень низкая взрослая смертность; В – низкая детская и низкая взрослая смертность; С – низкая детская и высокая взрослая смертность; D – высокая детская и высокая взрослая смертность; E – высокая детская и очень высокая взрослая смертность (<http://www.who.int/choice/demography/regions>). Данная классификация не имеет официального статуса и используется только в аналитических целях.

ниц или персонала, освободив тем самым ресурсы для обеспечения потенциального распространения защиты от финансового риска на большее число людей или увеличения количества доступных услуг. Неизвестно, что точно произойдет, если страны будут работать над всеми этими источниками неэффективности одновременно, но выгоды, несомненно, не будут равняться точной сумме по каждой группе, поскольку повышение экономической эффективности деятельности работников здравоохранения автоматически повысит экономическую эффективность больниц в целом. По консервативным оценкам, 20–40% всех расходов тратятся на то, что на самом деле мало улучшает здоровье людей. Потенциальный выигрыш для здоровья от лучшего реинвестирования этих ресурсов в целях улучшения здоровья населения может быть огромным.

Первым шагом, который должны сделать страны, является определение характера и причин неэффективности на местах на основе представленного выше анали-

Таблица 4.3. Потенциальная экономия от повышения эффективности с разбивкой по затратам и уровням дохода стран

Категория дохода	Потенциальный диапазон экономии от повышения эффективности (процент общих расходов на здравоохранение) ^a	Потенциальная экономия от повышения эффективности на душу населения (долл. США) ^b		Потенциальный диапазон экономии от повышения эффективности для всего населения (млрд долл. США)	
		В среднем	Диапазон	В среднем	Диапазон
Человеческие ресурсы				563	110–851
Высокий доход	8–16	492	78–629	499	79–639
Средний доход	7–14	14	7–48	61	29–206
Низкий доход	8–15	2	1–5	3	1–6
Лекарственные средства				115	24–193
Высокий доход	2–3	93	14–122	95	14–124
Средний доход	2–5	5	2–16	19	9–67
Низкий доход	3–5	1	0–2	1	0–2
Больницы				287	54–503
Высокий доход	3–8	233	30–325	236	31–330
Средний доход	5–11	11	5–39	49	23–168
Низкий доход	4–9	1	1–3	2	1–4
Незаконное использование ресурсов				271	51–468
Высокий доход	3–8	221	28–310	224	29–315
Средний доход	5–10	10	5–35	44	22–150
Низкий доход	5–10	2	1–3	2	1–4
Пакет вмешательств				705	141–1094
Высокий доход	10–20	602	95–774	611	96–786
Средний доход	10–20	21	10–70	89	43–299
Низкий доход	10–20	3	2–7	4	2–8
Всего				1409	282–2188
Высокий доход	20–40	1204	189–1548	1223	192–1573
Средний доход	20–40	42	20–140	178	86–599
Низкий доход	20–40	7	3–13	8	4–17

^a Получено путем умножения диапазона возможной экономии от повышения эффективности (человеческие ресурсы 15–25%; лекарства 10–15%; больницы 10–25%) на долю от общих расходов на здравоохранение в группах стран с разными доходами; возможная экономия от повышения эффективности для незаконного использования ресурсов и пакетов вмешательств подсчитана напрямую как процент расходов на здравоохранение на душу населения (6, 69).

^b Получено путем умножения возможной экономии от повышения эффективности на среднюю величину расходов на здравоохранение на душу населения [межквартильный диапазон]: 4013 [947–3871] (высокий доход); 139 [101–351] (средний доход); 22 [15–33] (низкий доход) (6, 69).

за. Затем необходимо оценить объем затрат и потенциальный эффект от возможных решений. Ливан недавно показал, что повысить экономическую эффективность можно (Вставка 4.2). Хотя, возможно, не всем странам удастся добиться таких же результатов, но значительный выигрыш можно получить практически везде.

Стимулы, финансирование здравоохранения и экономическая эффективность

В предшествующих разделах были предложены конкретные меры для повышения экономической эффективности в 10 перечисленных областях. В данном разделе в центре внимания находятся положительные и отрицательные стимулы, характерные для разных систем финансирования и способные либо повысить, либо снизить эффективность.

Одно из ключевых соображений касается того, каким образом оплачиваются поставщики медицинских услуг. Механизмы платежей больницам и другим медицинским учреждениям, а также оплаты труда врачей, медсестер, физиотерапевтов и других работающих в них специалистов, значительно различаются в разных системах, и многие из них поощряют неэффективность. Наиболее рудиментарной системой оплаты, как уже говорилось, является та, при которой пациент оплачивает услуги производителя в момент потребления медицинской помощи. Многие недостатки этой системы – в частности, создаваемые ею финансовые барьеры на пути к получению услуг бедными, а также финансовые трудности, которые она создает для людей, вынужденных пользоваться ее услугами, – уже были подробно рассмотрены. Наряду с этим эта система платы за медицинское обслуживание порождает чрезмерное предложение услуг для людей, которые имеют возможность платить. И это – еще один вид неэффективности.

Гонорар за услугу является распространенной формой платежей даже там, где средства объединены в пулы, что характерно для программ страхования. Этот тип оплаты достаточно распространен и является дорогостоящим. Поскольку платит страховая компания, ни у врача, ни у пациента нет стимула для уменьшения затрат, и неизбежным результатом этого является предоставление излишних услуг. Предоставление излишних услуг часто принимает форму чрезмерного назначения лекарств, но не ограничивается только этим. Как пример можно привести недавнее исследование причин возросшего числа родов, при которых используется кесарево сечение. На него влияет много факторов, но важная роль принадлежит увеличению спроса со стороны пациенток и растущему предложению со стороны врачей, получающих плату за каждое вмешательство (70). Несмотря на то, что кесарево сечение связано с ростом материнской смертности, материнской и детской заболеваемости и осложнениями при последующих родах (71–73), количество таких родов растет; они применяются даже тогда, когда нет

Вставка 4.2. Реформы в Ливане: повышение экономической эффективности системы здравоохранения, увеличение охвата и снижение платежей из личных средств потребителя

В 1998 г. Ливан тратил 12,4% своего ВВП на здравоохранение – больше чем любая другая страна в регионе Восточного Средиземноморья. Платежи из личных средств пациентов, составлявшие 60% от общих расходов на здравоохранение, также относились к числу самых высоких в регионе и представляли собой значительное препятствие для людей с низким доходом. Но с тех пор Министерство здравоохранения провело ряд реформ, направленных на повышение социальной справедливости и экономической эффективности.

Ключевыми компонентами этой реформы стали: реструктуризация сети первичной помощи в государственном секторе; улучшение качества государственных больниц; и более рациональное использование медицинских технологий и лекарственных средств. Последнее включало в себя увеличение использования прошедших контроль качества препаратов-дженериков. Министерство здравоохранения также пыталось усилить свое лидерство и управленческие функции по линии общенациональных регулятивных органов, ответственных за здравоохранение и биомедицинские технологии, через систему аккредитации всех больниц и заключение контрактов с частными больницами об оказании ряда конкретных услуг по конкретным ценам. В настоящее время Министерство располагает базой данных, которую использует для мониторинга оказания услуг в государственных и частных учреждениях здравоохранения.

Повышение качества услуг в государственном секторе, как на первичном, так и на третичном уровне, привело к повышению потребления услуг, особенно бедным населением. Будучи ведущим поставщиком услуг, Министерство здравоохранения сейчас в большей степени способно добиваться более приемлемых цен на услуги, которые оно закупает у частных больниц, и может использовать базу данных, чтобы отслеживать стоимость единичной услуги в составе различных услуг, предоставляемых больницами.

С 1998 г. улучшилось использование профилактических услуг, услуг по формированию здорового образа жизни и лечебных услуг, особенно среди бедного населения, улучшились также показатели состояния здоровья населения. Снижение расходов на лекарственные средства в сочетании с другими достижениями по повышению экономической эффективности привели к тому, что расходы на здравоохранение снизились с 12,4 до 8,4% ВВП. При этом расходы из личных средств граждан сократились с 60 до 44% общих расходов на здравоохранение, что способствовало повышению уровня защищенности от финансовых рисков.

противопоказаний для естественных родов (74). В 69 из 137 стран, по которым имеется достоверная информация, уровень применения кесарева сечения повышается, и эта ненужная процедура обходится странам в 2 млрд долл. США в год (Вставка 4.3).

Неизвестно, насколько часто кесарево сечение навязывается пациентам людьми, финансово заинтересованными в его применении, но, согласно данным того же исследования спроса и предложения, там, где данная услуга предоставляется государством, уровень применения кесаревых сечений резко падает. В частности, удвоение доли расходов на здравоохранение, полученных из государственных источников, соответствует снижению уровня применения кесарева сечения на 29,8% (9,6-50%) (70).

Большинство систем, в которых плата за пользование услугами производится из страховых фондов, ввели контроль за поставщиками услуг, чтобы предотвратить чрезмерное обслуживание. Кроме того, во многих странах введены соплатежи или другие формы соучастия в расходах для того, чтобы побудить пациентов решать, нужна ли им та или иная услуга. Но эти меры могут быть дорогостоящими при внедрении, требуют значительного потенциала для мониторинга и могут оказаться не способными устранить основную причину проблемы – заложенную в системе мотивацию к излишнему обслуживанию, поскольку система основана на возмещении стоимости оказанной услуги.

Одной из стратегий, нацеленных на ограничение предоставления излишних услуг, является введение ограничений выплачиваемых производителям сумм, рассчитанных по подушевым нормативам. Подушевые платежи часто используются на уровне первичной помощи при этом поставщикам медицинских услуг выплачивается заранее определенная сумма, покрывающая потребности в медицинских услугах прикрепленного населения. Делая врача первичной помощи или медицинское учреждение фактически распорядителем средств (держателем бюджета), ответственным за оплату любых услуг, назначенных им пациенту, или за медицинские услуги, оказанные по его направлению в медицинских учреждениях более высокого уровня, такой подход побуждает его сосредоточивать усилия на профилактике. Предотвращение более серьезных заболеваний уменьшает количество направлений к специалистам и не допускает потери пациентами части их средств. Но это может побуждать врачей откладывать направление к специалисту.

Иногда подушевые платежи используются для оплаты только тех услуг, которые оказывают сами поставщики первичной помощи, независимо от того, как финансируется вторичная и третичная помощь. В этом случае поставщики первичной помощи оказываются заинтересованными в том, чтобы как можно скорее направлять пациентов к специалистам, в том числе в случаях, когда пациент не нуждается в медицинском обслуживании более высокого уровня, поскольку такое направление является для них способом сохранения своего бюджета.

В стационарах эквивалентом гонорара за услугу является оплата по длительности пребывания в стационаре. Как и гонорарная система оплаты за клинические услуги, платежи в соответствии

с длительностью пребывания неизменно приводят к увеличению длительности госпитализаций и, следовательно, к большему, чем это необходимо с медицинской точки зрения, затратам (76, 77).

Более эффективный механизм предусматривает ту или иную форму оплаты за законченный случай, например, по методу оплаты случая лечения по группе однородных диагнозов, объединенных в клинически связанные группы (DRG/KCI), которые объединяют различные патологии в однородные по расходам группы с рассчитанной средней стоимостью лечения. В больницы поступает фиксированная оплата, неза-

Вставка 4.3. Глобальные различия в ресурсах для кесарева сечения

Количество выполняемых кесаревых сечений значительно варьирует по странам, при этом богатые страны и страны с переходной экономикой имеют значительные ресурсы для выполнения этой процедуры, а экономически слабые страны, преимущественно в Африке, не могут удовлетворить спрос на них. Данные о числе кесаревых сечений, выполненных в 137 странах в 2007 г., показывают, что в 54 странах роды с помощью кесарева сечения составили менее 10% всех рождений; в 69 странах доля таких родов превышала 15%. Только 14 стран отметили, что уровень выполнения этой процедуры находится в рекомендуемом диапазоне 10–15%.

Анализ ситуации в отдельных странах, основанный на методе ВОЗ CHOICE («Выбор мероприятий с более высокой затратной эффективностью») показывает, что стоимость выполненных кесаревых сечений в глобальном масштабе ежегодно составляет более 2 млрд долл. США. Не являющиеся необходимыми кесарево сечения в мире в 2007 г. численно превосходили необходимые. Вследствие того, что излишние кесарево сечения практически полностью сконцентрированы в странах с высоким доходом (и, следовательно, с высоким уровнем цен), за счет глобальных расходов на излишние кесарево сечения в 2007 г. потенциально можно было почти 6 раз покрыть расходы на выполнение необходимых процедур кесарева сечения в бедных странах.

Источник: (75).

висимо от интенсивности лечения или длительности пребывания пациента. Обратная сторона использования этого метода состоит в том, что больница может выписать пациента раньше, чем нужно, затем повторно госпитализировать, чтобы получить дополнительную плату за новую госпитализацию по тому же поводу. Многие страны и страховые фонды, причем не только в странах с высоким доходом, в целях контроля за расходами и создания стимулов для повышения эффективности используют при финансировании больниц ту или иную форму оплаты за законченный случай. В число этих страны входят Казахстан, Кыргызстан, Таиланд и Турция (78–81).

Проведенное в Швеции сравнение областей местного управления (графств), применяющих и не применяющих метод DRG/КСГ при финансировании больниц, показало, что этот метод позволяет экономить около 10% расходов (82). Сообщается, что в США средняя продолжительность пребывания в больнице при введении системы оплаты по DRG/КСГ снижается по сравнению с применением других систем оплаты (83). Тем не менее, обе системы – оплата по подушевому принципу и оплата с применением метода DRG/КСГ – требуют тщательного предварительного расчета затрат и постоянного мониторинга результатов.

Альтернативой вознаграждению медицинских работников за оказанные услуги или подушевым платежам являются фиксированные зарплаты медицинских работников. Проблема в данном случае заключается в создании стимулов для людей, которые не имеют финансовой заинтересованности работать лучше. В Национальной службе здравоохранения Соединенного Королевства в 2004 г. в целях улучшения медицинской помощи, особенно при наблюдении за определенными состояниями (сердечная недостаточность, астма, диабет) для врачей общей практики была введена бонусная поощрительная схема оплаты их труда. Размер бонуса может достигать до нескольких тысяч фунтов в год и составляет значительную часть доходов врача (84).

В некоторых странах вводятся смешанные системы оплаты на уровне как больницы, так и индивидуальных поставщиков услуг исходя из того, что продуманная комбинация методов оплаты поможет добиться большей эффективности и качества, чем какая-то одна модель оплаты (85). Система Германии, например, сочетает бюджеты с методом оплаты по DRG/КСГ для больниц со стимулированием контроля затрат. В Финляндии вознаграждение врачей осуществляется на базе сочетания заработной платы подушевой оплаты и платы за оказанную услугу.

Оплата по результатам

Оплата за хорошо выполненную работу концептуально противоположна используемому программой «Медикэр» подходу так называемых «невозможных случаев», поскольку вознаграждает врачей и медсестер за правильные действия, а не является отказом платить за неверные действия. Многие схемы, основанные на стимулировании результативной работы, в течение нескольких последних десятилетий осуществлялись под разными названиями – плата за результаты, контрактная система, основанная на результатах, финансирование в зависимости от показателей деятельности и финансирование, определяемое результатами – но все они сводятся к вознаграждению за оказание конкретных услуг в целях поощрения более высокого охвата, повышения качества или улучшения состояния здоровья (86).

Кроме уже описанного выше в этой главе опыта Соединенного Королевства, некоторые из таких программ дали положительный результат в ряде стран с высоким доходом. В США существует более 200 программ, основанных на оплате в зависимости от показателей деятельности, во Франции действует общенациональная программа такого рода, а в Испании и Италии существуют локальные или небольшие по масштабам пилотные проекты (84). Оценки позволяют утверждать, что схемы, стимулирующие за результаты труда, улучшают качество работы врачей и/или больниц за счет использования набора мер, различных в разных условиях, но всегда включающих такие показатели качества, как следование наилучшим практикам в оказании медико-санитарной помощи, контроль за уровнем кровяного давления пациен-

тов и снижение уровня осложнений при диабете (87, 88). Тем не менее, существуют свидетельства, что иногда эти стимулы не приводят к улучшению работы поставщика (89). И даже там, где они оказывают некоторое воздействие, их затратная эффективность редко принимается во внимание. Так заслуживает ли достигнутое улучшение результатов труда дополнительной оплаты с тем, чтобы его сохранить? Может быть, существуют ли более эффективные, с точки зрения затрат, пути достижения тех же результатов? Эти вопросы пока остаются без ответа (90).

В последние годы такой тип механизмов оплаты был в разных формах введен в развивающихся странах, часто как пилотный проект с донорским финансированием, нередко для видов медицинской помощи, оказываемой в рамках программ охраны материнства и детства (91). К числу таких стран относятся Бурунди, Гаити, Египет, Индия, Камбоджа, Камерун, Демократическая Республика Конго, Никарагуа, Руанда. Улучшение результатов было отмечено в нескольких сферах медицинской помощи, включая дородовые посещения врачей, долю женщин, рожавших в медицинских учреждениях, и охват детей иммунизацией (92, 93).

Тем не менее, к этим многообещающим результатам следует относиться с осторожностью, поскольку в нашем распоряжении имеется ограниченное число доказательств недостаточное число исследований по оценке. Однако недавний межстрановой обзор позволяет предположить, что такие механизмы оплаты при правильном их применении могут стать полезным инструментом повышения экономической эффективности. Для этого необходимо четкое объяснение правил игры и того, что ждет каждого участника. Может понадобиться усиление системы информирования и мониторинга для противодействия возможным отрицательным стимулам, по действием которых поставщики будут пытаться эксплуатировать систему в интересах повышения своего дохода, сосредоточиваясь на лучше всего оплачиваемых процедурах и пациентах, и станут пренебрегать теми пациентами, за помощь которым нельзя ожидать высокого вознаграждения. Такой тип поведения отмечен в странах как с высоким, таким и низким доходом (95–97).

Есть еще два обстоятельства, вызывающих озабоченность в отношении схем, стимулирующих по результатам труда. Во-первых, если платежи за результаты труда будут вводиться порознь и независимо друг от друга по разным программам, то в итоге мы можем получить конкурирующие стимулы: каждая программа будет побуждать поставщика делать работу в первую очередь для нее, а не для других программ. В тех случаях, когда в реализации программы принимают участие доноры, странам-реципиентам необходимо будет принимать решения, определяя насколько стимулирование результатов работы соответствует их собственной системе финансирования и стратегиям по оказанию услуг, а также решать, как, где и за что будут выплачиваться премии.

Во-вторых, сосредоточение внимания на финансовом вознаграждении может повлиять на поведение поставщика самым коварным образом, например, давая почувствовать конкретному медицинскому работнику, что его компетенция ставится под сомнение, или что его искреннее желание сделать хорошую работу не ценится или отвергается (98). Фокусирование внимания на этом вопросе может породить у медицинских работников ощущение, что бонус полагается им за каждое совершенное действие (99).

Стратегические закупки

Оплата по результатам деятельности является лишь одним из соображений, принимаемых во внимание при выделении средств для обеспечения высококачественных услуг для тех, кто в них нуждается, с тем, чтобы система функционировала эффективно. Традиционно поставщики либо вознаграждаются за предоставляемые ими услуги и/или правительства выделяют бюджеты для различных уровней управления, департаментов и программ, в значительной мере основываясь при этом на объеме финансирования предшествующего года. Это называют пассивными закупками (100, 101). Более активные закупки могут улучшить качество и эффективность за счет изучения следующих факторов: потребностей населения в медико-

санитарной помощи и их региональных различий внутри страны; вмешательств и услуг, которые более всего отвечают потребностям и ожиданиям сообществ при учете имеющихся ресурсов и оптимального сочетания мероприятий по формированию здорового образа жизни, профилактики, лечения и реабилитации того, как эти вмешательства и услуги следует приобретать или предоставлять, включая контрактные механизмы и системы оплаты поставщиков, рассмотренные выше в этой главе; и у кого следует приобретать эти услуги, принимая во внимание имеющихся поставщиков и уровень качества и экономической эффективности их работы (102).

Сделать выбор между пассивными и активными закупками непросто. Странам предстоит решить, могут ли они действовать, опираясь на свою способность собирать, контролировать и интерпретировать необходимую информацию, способствовать введению и соблюдению стандартов качества и эффективности. Пассивные закупки ведут к неэффективности. Даже если страны чувствуют, что у них не хватает технического и информационного потенциала для быстрого продвижения в направлении активных закупок, они могут выработать рамочную основу для перехода к ней со временем. Такую роль в рамках активных закупок может сыграть система оплаты по результатам, но она будет работать наверняка лучше, станет частью подхода, включающего все другие элементы.

Инструменты, используемые при активных закупках, со временем будут нуждаться в изменении и модификации. Как уже указывалось, большинство наиболее продвинутых систем финансирования здравоохранения используют несколько методов оплаты услуг поставщиков, пытаясь достичь разумного сочетания стимулов. Во многих странах то принимают одни стимулы, то отказываются от них в пользу других, иногда по техническим, а иногда по политическим причинам. Такова реальность систем здравоохранения: разработчики политики должны жонглировать различными вариантами, участвуя в дебатах по более широким – и часто очень политизированным – вопросам о достоинствах различных методов платы поставщикам и закупки услуг для удовлетворения потребностей населения.

Фрагментация

Каждой стране нужно найти прагматичные решения, касающиеся методов платы поставщикам и организации закупок услуг, с учетом местных условий. Какой бы выбор не был сделан, некоторая степень предварительной оплаты и объединения средств в пулы будет формировать основу систем здравоохранения, способных наилучшим образом соответствовать потребностям населения. Чем больше рисков объединено в пулы, тем лучше. Большие пулы дают несколько преимуществ, прежде всего больший потенциал для покрытия затрат в случае непредвиденных заболеваний, дорогостоящих при лечении. Наиболее эффективные системы здравоохранения избегают фрагментации при объединении средств в пулы, а также при направлении средств и распределении ресурсов. Как было показано в предыдущих главах, фрагментация ограничивает масштаб перекрестного субсидирования между богатыми и бедными, а также между здоровыми и больными, необходимого при системе объединения средств в пулы. В США фрагментированная система объединения средств в пулы считается одной из причин неудачи в достижении всеобщего охвата, несмотря на высокий уровень расходов на здравоохранение (103).

Фрагментация может быть неэффективной. Системы с множественными каналами финансирования и пулами, каждая со своими собственными административными издержками и дублируемыми усилиями, слишком затратны в управлении и нуждаются в координации. Аналогичным образом проявляется фрагментация в других частях системы – в управлении больницами, при распределении лекарственных средств и медицинского оборудования, обеспечении лабораторных систем, – приводя к ненужным потерям и дублированию.

Государственные программы, такие как программы по туберкулезу (ТБ) и контролю ВИЧ, часто испытывают затруднения из-за фрагментированных финансовых

потоков и системы предоставления услуг (104). Там, где средства, выделяемые на программу поступают от государства (нередко дополняемые средствами международных организаций), программа затем принимает на себя ответственность за объединение средств в пул и направление их поставщикам услуг. Во многих случаях у программ существуют собственные учреждения по предоставлению услуг, такие как ТБ больницы. В Кыргызстане, например, программа предусматривает лечение 50% туберкулезных больных в учреждениях первичной медицинской помощи, но на этот уровень выделяется лишь 3–4% всех расходов по лечению туберкулеза вследствие того, что способ объединения внутренних и внешних средств, выделяемых на лечение этого заболевания, отделен от основной системы оплаты поставщиков, и средства идут преимущественно в туберкулезные больницы (105). Совсем недавно эти процессы были усовершенствованы и, начиная с 2011 г., часть средств будет добавлена к общему пулу средств здравоохранения, что может поддержать оказание помощи туберкулезным больным в учреждениях первичной медицинской помощи.

В Эстонии анализ финансовых потоков, направляемых на финансирование программ по ВИЧ и преодолению наркотической зависимости, также выявил ненужное дублирование. Потребители инъекционных наркотиков были целевой группой в каждой из программ, заключавшей отдельные контракты с неправительственными организациями, профессионально занимавшимися информационной работой (106). Реагируя на результаты исследования, правительство ввело единый и более эффективный процесс заключения контрактов при сочетании ресурсов и пакетов вмешательств в обеих программах (107).

Фрагментация является обычным и характерным явлением не только в системе здравоохранения. В одном из недавних докладов Всемирного банка высказывалось предложение, что если пойти на большую интеграцию систем социальной помощи и социального страхования (включая социальное медицинское страхование) в странах Латинской Америки, то это позволит добиться большего как в плане экономической эффективности, так и в плане социальной справедливости (108).

Фрагментация не является единственной заботой национальных правительств. В сообществе специалистов, занимающихся вопросами развития, растет признание того, что фрагментированное предоставление международной помощи ведет к высоким административным затратам доноров и реципиентов, ненужному дублированию, различиям в стратегических рекомендациях и различным стандартам качества на уровне страны (109). Иллюстрацией такого дублирования и потерь является большое число семинаров по созданию потенциала, проводимых каждый год. Часто одни и те же люди из страны-реципиента посещают несколько учебных мероприятий в течение года, и каждое мероприятие охватывает одну и ту же тему, но финансируется различными донорами (110).

Настоятельно необходимо, чтобы в духе Парижской декларации по повышению эффективности внешней помощи, основные доноры не только брали на себя обязательства, но и действовали в направлении соответствия своих усилий национальным планам и стратегиям в области здравоохранения. Они должны добиваться этого за счет сокращения фрагментации путей, которыми средства направляются в страны-реципиенты, и за счет уменьшения дублирования в системах обучения, предоставления услуг, мониторинга и отчетности, которую они запрашивают у стран-реципиентов. Многое предстоит сделать: с 2000 г. количество международных партнерств и глобальных инициатив в области здравоохранения, каждое из которых объединяет и направляет странам средства, существенно выросло (111).

Устранение неравенства

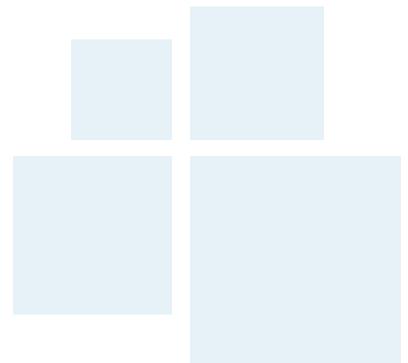
За счет повышения экономической эффективности можно достичь значительных и менее затратных результатов в отношении здоровья населения, но одного этого будет недостаточно. Ведь что здоровье означает нечто большее, чем агрегированный уровень здоровья населения, умело выраженный таким показателем как

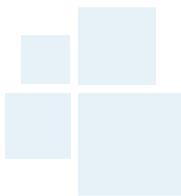
ожидаемая продолжительность жизни. Системы здравоохранения имеют множественные, иногда конкурирующие между собой цели: улучшение общего уровня состояния здоровья; сокращение неравенства в отношении здоровья; улучшение способности системы реагировать на потребности и ожидания населения; и обеспечение финансовой справедливости в том, каким способом собираются средства на здравоохранение (112). В идеале, эффективность следует измерять способностью системы двигаться ко всем этим целям одновременно.

Как минимум, прогресс общего уровня здоровья населения, а также охвата вмешательствами, нужно оценивать по отношению к неравенству, как в рамках агрегированного уровня охвата, так и по результатам в отношении здоровья. Значительная распространенность неравенства в том, что касается доступности квалифицированного медицинского персонала при родах, и при осуществлении коклюшно-дифтерийно-столбнячной иммунизации внутри стран – эти факты заимствованы из новейших Обзоров демографической ситуации и состояния здоровья по большинству стран с низким доходом и с высокой материнской и детской смертностью – была описана в Главе 1. Но неравенство существует и в богатых странах, что было отмечено на последнем заседании Комиссии по социальным детерминантам здоровья (113). В недавнем исследовании по Австралии был сделан вывод, что пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями намного реже получают помощь, если они принадлежат к низшей социально-экономической группе. Вопиющим примером является то, что число пациентов с низким социально-экономическим статусом, прошедших ангиографию, на 52% меньше, чем в группе их более состоятельных соотечественников (114). Аналогичные примеры неравенства результатов в отношении здоровья или в доступе к услугам можно найти в широком круге стран, принадлежащих ко всем группам доходов (115, 116).

Мигранты являются одной из немногих групп, остающихся не охваченными медицинским страхованием в Коста-Рике, где во многих отношениях были сделаны большие шаги в направлении всеобщего охвата (117). Особого внимания заслуживают также коренные народы в силу того, что практически во всех странах они живут меньше и их здоровье хуже, чем у их соотечественников. По данным недавнего исследования, в семи странах Центральной и Южной Америки, например, доля женщин из числа коренного населения, получающих родовую медицинскую помощь и рожаящих в медицинских учреждениях, намного ниже, чем среди женщин, не относящихся к коренному населению. Это неравенство в охвате является одной из причин несоответствия в результатах материнского здоровья между коренным и некоренным населением (118). Женщины-афроамериканки в этих странах тоже реже рожают в медицинских учреждениях, и результаты материнского здоровья у них хуже, чем у других женщин (118). Различные типы неравенства в доступе к медико-санитарным услугам существуют между коренными и некоренными народами в таких странах с высоким доходом, как Австралия, Новая Зеландия, Канада и США, что часто связано с расстояниями и транспортными затратами. Но какими бы ни были причины, показатели состояния здоровья коренных народов устойчиво остаются ниже (119).

Обеспечение более высокой доли имеющихся финансовых средств, расходовемых с использованием механизмов предоплаты и объединения средств в пулы, увеличивает защиту от финансового риска и доступность услуг для всех людей. Правительственные бюджетные субсидии для людей, неспособных платить, еще более увеличивают защиту от финансовых рисков и доступ к услугам. Денежные трансферты, ваучеры и другие механизмы снижения финансовых барьеров, связанных с транспортом, оплатой проживания и потерей рабочего времени, содействуют расширению охвата. Но устранение неравенства требует большего, чем хорошая система финансирования здравоохранения. Необходим более широкий пакет инициатив, выходящих за пределы здравоохранения, более тесно связанный с социальными детерминантами. Считается, что ни одна система здравоохранения не может обеспечить справедливого охвата без тех механизмов финансирования здравоохранения, которые описаны в данном докладе.





Заключение

По нашей оценке, 20–40% всех расходов на здравоохранение теряются вследствие неэффективности. Это примерная оценка, основанная на относительно ограниченных данных, но она подчеркивает, что существуют значительные достижения, которых можно добиться, если сократить неэффективность. Каждая страна может сделать что-то и порой добиться многого, чтобы повысить эффективность. Международное сообщество тоже могло бы сделать больше для улучшения эффективности глобальной архитектуры здравоохранения и для поддержки усилий стран-реципиентов по повышению экономической эффективности.

В этой главе рассматриваются некоторые из наиболее непосредственных, и практических путей к уменьшению потерь. Разработчикам политики следует опираться на них, учитывая нужды собственной страны и сознавая, что в их условиях и странах могут существовать также и другие возможности. Наверное это звучит странно, но снижение неэффективности совсем необязательно требует сокращения расходов; неэффективность может происходить скорее от недостаточных, чем от излишних расходов. Например, вследствие низкого уровня заработной платы медицинские работники станут искать способы получения дополнительного дохода, выполняя дополнительные обязанности в основное рабочее время. Решения необходимо увязывать с потребностями каждой страны, но устранение даже некоторых потерь может позволить бедным странам быстрее двигаться в направлении всеобщего охвата, в то время как более богатые страны смогут улучшить доступность и качество предоставляемых услуг. ■

Ссылки

1. *The price of excess: identifying waste in healthcare spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (<http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml>, accessed 7 July 2010).
2. *Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* Thomson Reuters, 2009 (<http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/HealthcareWaste.pdf>, accessed 06 July 2010).
3. *The financial cost of healthcare fraud*. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 ([http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf), accessed 2 July 2010).
4. Roses M. *Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en América Latina y el Caribe*, 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPolitica-Social_OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).
5. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
7. Lu Y et al. Medicine expenditures. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
8. *International drug price indicator guide*. Management Sciences for Health, 2008 (<http://erc.msh.org/dmpguide>, accessed 06 July 2010).
9. Cameron A et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*, 2009,373:240-249. doi:10.1016/S0140-6736(08)61762-6 PMID:19042012
10. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Health Action International, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices>, accessed 7 July 2010).
11. Cameron A. *Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents*. World health report 2010 background paper, no. 35 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. *Médicaments génériques: plus d'1 milliard d'euros d'économie en 2009*. Caisse Nationale D'Assurance Maladie, 2009 (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf, accessed 2 July 2010).
13. *Mémento médicament 2009*. Fédération Nationale de la Mutualité Française, 2009 (<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiqués-de-presse/La-Mutualite-francaise-publie-l-edition-2009-de-son-Memento-medicament>, accessed 2 July 2010).
14. Dondorp AM et al. Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2004,9:1241-1246. doi:10.1111/j.1365-3156.2004.01342.x PMID:15598255
15. *Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*. The United States Pharmacopeia and USAID, 2010 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/publications/qamsa_report_1109.pdf, accessed 6 July 2010).
16. Cockburn R et al. The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the dangers. *PLoS Medicine*, 2005,2:e100- doi:10.1371/journal.pmed.0020100 PMID:15755195

17. *Production of medicines*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/production, accessed 6 July 2010).
18. *Prequalification programme: a United Nations programme managed by WHO*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/prequal/default.htm>, accessed 6 July 2010).
19. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3, accessed 7 July 2010).
20. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 7 July 2010).
21. Holloway K, Dijk E. Rational use of medicines. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
22. Abegunde D. *Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children*. World health report 2010 background paper, no. 52 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
23. *Essential health technologies*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/eht>, accessed 7 July 2010).
24. *Health at a glance 2009*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
25. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. In: Van Gruting CWD, eds. *Medical devices: international perspectives on health and safety*. Amsterdam, Elsevier, 1994.
26. *Guidelines for health care equipment donations*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/index.html, accessed 6 July 2010).
27. *Medical equipment in Gaza's hospitals: internal management, the Israeli blockade and foreign donations*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 ([http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report\(July09\).pdf](http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report(July09).pdf), accessed 6 July 2010).
28. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:273-287. PMID:12585825
29. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:288-298. PMID:12585826
30. Fisher ES. Medical care—is more always better? *The New England Journal of Medicine*, 2003,349:1665-1667. doi:10.1056/NEJMe038149 PMID:14573739
31. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (Health Financing Policy Paper; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, accessed 13 July 2010).
32. Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *European Heart Journal*, 2002,23:1177-1189. doi:10.1053/euhj.2001.3081 PMID:12127920
33. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997,15:68-75. doi:10.3109/02813439709018490 PMID:9232706
34. de Jong J, Groenewegen P, Westert GP. Medical practice variation: Does it cluster within general practitioners' practices? In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis GF, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage*. Abingdon, Radcliffe, 2006.
35. Hernandez P et al. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. World health report 2006 background paper (<http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf>, accessed 7 July 2010).
36. *The world health report 2006 - working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
37. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries - case studies from Tanzania and Chad*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (HEFP working paper 01/04).
38. Sousa A et al. *Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across sub-national units in Brazil*. World health report 2006 background paper (http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf, accessed 7 July 2010).
39. DeCoster C et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 1997,157:889-896. PMID:9327796
40. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: Mckee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
41. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 2008,17:1107-1128. doi:10.1002/hec.1391 PMID:18702091
42. Zere E et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost effectiveness and resource allocation: C/E*, 2006,4:5- doi:10.1186/1478-7547-4-5 PMID:16566818
43. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. *Journal of Medical Systems*, 2009,33:307-315. doi:10.1007/s10916-008-9192-2 PMID:19697697
44. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 2003,35:361-370. doi:10.1080/00036840210167183
45. Filippini M, Farsi M. *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, 2004 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf>, accessed 7 July 2010).

46. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 2008,17:1057-1071. doi:10.1002/hec.1388 PMID:18702100
47. Staat M. Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 2006,38:2255-2263. doi:10.1080/00036840500427502
48. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, 2007,7:58- doi:10.1186/1472-6963-7-58 PMID:17459153
49. Bates DW et al. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety Global priorities for patient safety research. *BMJ*, 2009,338:b1775- doi:10.1136/bmj.b1775 PMID:19443552
50. *First Global Patient Safety Challenge*. World Health Organization Alliance of Patient Safety (http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html, accessed 4 June 2010).
51. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
52. Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006,355:2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115 PMID:17192537
53. Humphreys G. When the patient falls out of bed, who pays? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:169-170. doi:10.2471/BLT.09.030309 PMID:19377709
54. *Handbook for curbing corruption in public procurement - experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan*. Berlin, Transparency International, 2006.
55. Becker D, Kessler D, McClellan M. Detecting Medicare abuse. *Journal of Health Economics*, 2005,24:189-210. doi:10.1016/j.jhealeco.2004.07.002 PMID:15617794
56. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. *Good governance form medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector*. World health report 2010 background paper, no. 25 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
57. Medicines Transparency Alliance (MeTA). (<http://www.medicines Transparency.org/>, accessed 6 July 2010).
58. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2009,90:13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005 PMID:18838188
59. WHO CHOICE Database. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/choice>, accessed 7 July 2010).
60. Disease Control Priorities Project. (<http://www.dcp2.org>, accessed 7 July 2010).
61. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2003,1:8- doi:10.1186/1478-7547-1-8 PMID:14687420
62. Chanda P et al. A cost-effectiveness analysis of artemether lumefantrine for treatment of uncomplicated malaria in Zambia. *Malaria Journal*, 2007,6:21- doi:10.1186/1475-2875-6-21 PMID:17313682
63. *Unpublished analysis from the SPICE project (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness): informing policy choices and health system reform in Thailand*. Brisbane, University of Queensland, 2010 (http://www.uq.edu.au/bodce/docs/Spice_Brochure.pdf, accessed 7 July 2010).
64. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2007,84:75-88. doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.012 PMID:17403551
65. Gureje O et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007,6:42-48. PMID:17342226
66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 2004,184:526-533. doi:10.1192/bjp.184.6.526 PMID:15172947
67. Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer – a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009,27:6060-6079. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026 PMID:19647813
68. Hogan C et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)*, 2001,20:188-195. doi:10.1377/hlthaff.20.4.188 PMID:11463076
69. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 7 July 2010).
70. Lauer JA et al. *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control*. World health report 2010 background paper, no. 29 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 2003,348:946-950. doi:10.1056/NEJMs022734 PMID:12621140
72. Bewley S, Cockburn JI. I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2002,109:593-596. PMID:12118633
73. Villar J et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006,367:1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7 PMID:16753484
74. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991–2001: cross sectional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2005,330:71-72. doi:10.1136/bmj.38279.705336.0B PMID:15556953

75. Gibbons L et al. *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 30 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2000,53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065
77. Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*, 2004,118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437
78. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
79. Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000-2008. *BMC Health Services Research*, 2008,8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5
80. Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629
81. O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC, The World Bank, 2009.
82. Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999,8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728
83. Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.
84. Elovainio R. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned*. World health report 2010 background paper, no. 32 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Park M et al. *Provider payments and cost-containment – lessons from OECD countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Technical Briefs for Policy-makers, WHO/HSS/HSF/PB/07/02; http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, accessed 6 July 2010).
86. Perrot J et al. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DPE.10.1; http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf, accessed 7 July 2010).
87. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 2007,357:181-190. doi:10.1056/NEJMSr065990 PMID:17625132
88. Lindenauer PK et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 2007,356:486-496. doi:10.1056/NEJMSa064964 PMID:17259444
89. Oldroyd J et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2003,179:30-33. PMID:12831381
90. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006,11:27-31. doi:10.1258/135581906775094316 PMID:16378529
91. Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
92. Eichler R et al. Going to scale with a performance incentive model. In: Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
93. Basinga P et al. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda*. Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5190).
94. Toonen J et al. *Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation*. Royal Tropical Institute in collaboration with Cordaid and the World Health Organization. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 2009 (<http://www.who.int/contracting/PBF.pdf>, accessed 4 June 2010).
95. Oxman AD, Fretheim A. *An overview of research on the effects of results-based financing*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2008.
96. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006,145:265-272. PMID:16908917
97. Cowley J. Effects of health worker incentive payment on safe motherhood indicators in Burundi. Presentation at STI symposium, Basel, 27 November 2008. (http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/STI_Symposium_08_Cowley.pdf, accessed on August 4 2010).
98. Wynia MK. The risks of rewards in health care: how pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*, 2009,24:884-887. doi:10.1007/s11606-009-0984-y PMID:19387747
99. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of Family Medicine*, 2009,7:121-127. doi:10.1370/afm.946 PMID:19273866
100. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press, 2005.

101. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001,56:171-204. doi:10.1016/S0168-8510(00)00149-4 PMID:11399345
102. Preker AS et al. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
103. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate. *Lancet*, 2009,374:1407-1408. doi:10.1016/S0140-6736(09)61845-6 PMID:19866517
104. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Financing of public health services and programs: time to look into the black box. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
105. Akkazieva B et al. *Review of total health expenditures on TB programme in Kyrgyzstan, 2007: NHA sub-accounts on TB control programme*. Bishkek, Health Policy Analysis Centre, 2007 (Policy Research Paper No. 55; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP453.pdf, accessed 7 July 2010).
106. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78905/E90675.pdf, accessed 2 July 2010).
107. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and Tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78904/E90770.pdf, accessed 7 July 2010).
108. Ferreira FHG, Robalino D. *Social Protection in Latin America: achievements and limitation*. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf, accessed 7 July 2010).
109. *Raising and channeling funds. Working Group 2 report*. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 2 July 2010).
110. *Reforming allowances: a win-win approach to improved service delivery, higher salaries for civil servants and saving money*. Dar es Salaam, Tanzania Policy Forum, 2009 (Technical policy brief 9; <http://www.policyforum-tz.org/files/ReformingAllowances.pdf>, accessed 04 June 2010).
111. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals. Study report 1/2009*. Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (<http://www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=146674>, accessed 7 July 2010).
112. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).
113. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
114. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*, 2009,9:460- doi:10.1186/1471-2458-9-460 PMID:20003401
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services*. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf, accessed 7 July 2010).
116. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf>, accessed 2 July 2010).
117. Sáenz M, Bermudez JM, Acosta M. *Costa Rican health care system*. World health report 2010 background paper, no. 11. (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
118. Parodi CT, Munoz S, Sanhueza A. *Acceso y gasto de salud para grupos étnicos/raciales en la región de las Américas*. World health report 2010 background paper, no. 46 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
119. Jackson Pulver LR et al. *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for us all*. World health report 2010 background paper, no. 33 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).



Глава 5 | Программа действий

5



Программа действий

Уроки, извлеченные из опыта

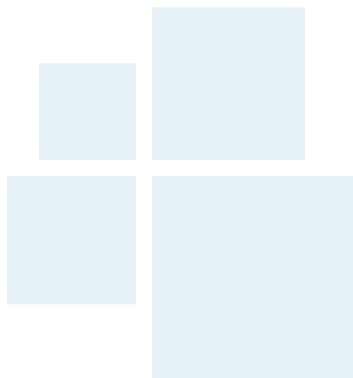
Не существует ни одной страны, в которой финансирование услуг здравоохранения осуществлялось бы на пустом месте. У каждой страны есть своя модель финансирования, построенная на своей системе ценностей, ограничений и возможностей. В построении этой модели может и должен быть использован не только национальный, но и международный опыт. Пришло время, основываясь на обзоре различных систем здравоохранения в предыдущих главах, мы можем сделать ряд основных выводов, которые могут помочь странам в осуществлении действий по достижению универсального охвата.

1. Плата за здравоохранение не должна препятствовать доступу к услугам

Важнейшим выводом является то, что в целом **нельзя слишком полагаться на прямые платежи как на источник внутренних доходов системы здравоохранения**. Необходимость напрямую – как формально, так и неформально – платить за медицинскую услугу в момент ее оказания приводит к тому, что миллионы людей не обращаются за медицинской помощью, когда нуждаются в ней. Для тех, кому нужно лечение, необходимость его оплаты за свой счет может привести финансовым затруднениям и даже обнищанию. Многие страны могут сделать больше, чтобы защитить этих граждан, посредством обеспечения притока основной части объема внутреннего финансирования здравоохранения за счет схем предварительной оплаты, которая объединяется впоследствии в пулы для распределения финансовых рисков среди населения. Предварительные платежи и их объединение в пулы не только снимают финансовые барьеры к доступу, но и уменьшают риск непредвиденных катастрофических расходов, что является двумя ключевыми задачами по достижению всеобщего охвата.

Доказано, что сбор средств с использованием обязательных предварительных платежей обеспечивает самый эффективный и справедливый путь к универсальному охвату. В странах, наиболее близких к достижению универсального охвата, предварительная оплата, организованная в форме общего налогообложения и/или обязательных взносов на медицинское страхование стала нормой. Ни одна из этих форм не является наилучшей, и не всегда заметно четкое различие между ними. Обязательные взносы работодателя и работников на медицинское страхование работников фактически представляют собой налог, предназначенный для финансирования здравоохранения. Однако странам, которые полагаются в основном на взносы работодателей и/или работников, исчисляемые как налог на заработную плату и выплачиваемые в качестве предварительной оплаты, необходимо будет рассмотреть вопрос о диверсификации источников финансирования с учетом старения населения: меньшая часть населения будет работать и способствовать пополнению средств посредством предварительной оплаты, уплачивая налоги на заработную плату. Многие страны уже это делают.

Практически у каждой страны есть возможность увеличить объем финансирования здравоохранения путем придания сектору здравоохранения большего приоритета в общих государственных расходах либо путем увеличения поступлений за счет дополнительных налогов, как описано в Главе 2. Налоги на продукцию, приносящую вред, такие как табак и ал-



коголь, способствовали бы укреплению здоровья населения и одновременно позволяли бы получать дополнительные средства на финансирование здравоохранения. Однако во многих странах этот путь реализуется не полностью.

Система здравоохранения может быть устойчивой, если взносы в систему будут восприниматься как экономически приемлемые и справедливые. Оценка справедливости взносов может быть затруднена, если они поступают через различные налоги и/или страховки. Страховые взносы, например, могут быть основаны не на доходе, но это можно компенсировать общей прогрессивной системой налогообложения, в которой богатые вносят более высокую долю своего дохода, чем бедные. Важно, чтобы в целом взносы были основаны на возможности заплатить.

Универсальность может быть достигнута только, если государство покрывает медицинские расходы людей, которые не в состоянии делать отчисления. Независимо от того, насколько богата страна, некоторые люди слишком бедны, чтобы платить подоходный налог и/или страховые взносы, или в состоянии внести только небольшие суммы. За некоторыми исключениями, немногие страны, в которых расходы на здравоохранение из средств государственного бюджета и обязательного медицинского страхования составляют менее 5–6% ВВП, только приблизились к достижению универсального охвата, так как они неспособны создать соответствующие резервы для субсидирования бедных.

Отмена прямых платежей не гарантирует финансовую доступность медицинских услуг. Более того, отмена прямых платежей только в государственных учреждениях не сможет значительно увеличить доступ к медицинским услугам и не поможет уменьшить масштаб катастрофических расходов в некоторых странах. Потреблению бедными медицинских услуг могут препятствовать как затраты на транспорт и проживание, так и нематериальные барьеры, такие как ограничения, накладываемые на самостоятельные поездки женщин, предрассудки по отношению к некоторым заболеваниям и языковой барьер. Многие возможные пути решения этих проблем не находятся в сфере финансирования, а другие находятся в этой сфере. Например, обусловленные денежные трансферты (ОДТ), используются в здравоохранении некоторых стран для того, чтобы увеличить охват, особенно в отношении мер профилактики, в то время как необусловленные трансферты обычно используются министерствами финансов или социального обеспечения, чтобы уменьшить неравенство доходов и позволить людям оплачивать необходимые им товары и услуги, в том числе медицинские.

На пути к универсальному охвату невозможно избежать сложного выбора. Ни одна страна не может гарантировать доступность всех медицинских услуг по сохранению, защите и улучшению здоровья. Решения должны приниматься, основываясь на том, насколько охвачено население, какие услуги здравоохранения и источники финансирования доступны. Выбор государства носит, с одной стороны, отчасти прагматический характер – например, насколько эффективна с точки зрения затрат данная процедура, – а, с другой, основывается на социальных ценностях, которые отражают отношение государства к социальной солидарности и самодостаточности граждан.

В конечном счете, универсальный охват должен покрывать 100% населения. С этой точки зрения достаточно сложно найти баланс между медицинскими услугами и расходами, которые могут быть покрыты из объединенных в пулы средств.

2. Объедините финансовые пулы и введите обязательные предварительные платежи

Невозможно достичь универсального охвата при системе страхования, основанной на добровольном участии. Группа людей с низким риском – обычно молодые и здоровые – не будут участвовать в системе, сложно также убедить делать взносы индивидуальных предпринимателей. Добровольное участие в страховании может помочь людям оценить преимущества предварительных платежей, и, конечно, даже некоторая защита от финансового риска лучше, чем ее отсутствие. Однако в долго-

срочной перспективе для того, чтобы покрытие страхования охватывало 100% населения, участие должно быть обязательным.

В долгосрочной перспективе небольшие пулы финансово нежизнеспособны. Маленькие пулы уязвимы. Дорогостоящее лечение одного заболевания или одна медицинская процедура может исчерпать их резервы. Страхование отдельных сообществ и микрострахование имеют значение в случаях, когда сложно собрать и объединить средства на здравоохранение в пул другими способами; они могут быть полезны для развития чувства солидарности и доказывают преимущество предварительных платежей. Они также могут обеспечить некоторую степень защиты участников от финансовых рисков, и, в конце концов, чем больше пул, тем лучше, но консолидация пулов с самого начала должна быть частью стратегии. Это относится также к небольшим пулам, управляемым государством, таким как районные бюджеты на здравоохранение. В некоторых случаях адекватный охват в бедных районах может быть достигнут только за счет прямых субсидий из центральных пулов или за счет разделения затрат между районами.

Многочисленные пулы, обслуживающие различные группы населения, неэффективны, поскольку дублируют усилия друг друга и увеличивают стоимость административных и информационных систем. Например, неэффективность дублирования увеличивается, если министерство здравоохранения и министерство социального обеспечения организуют медицинское обслуживание для различных групп населения.

Многочисленные пулы также затрудняют защиту от финансового риска и достижение социальной справедливости. Для того чтобы у всего населения был доступ к одинаковому обслуживанию, необходимо, чтобы богатые и бедные вносили средства и были обеспечены из одного и того же пула. Таким образом, если люди с разными доходами и разным риском для здоровья вкладывают и получают из одного источника, степень защиты от финансового риска увеличивается.

При определенных условиях многочисленные пулы могут обеспечивать социальную справедливость и финансовую защиту, однако это требует хороших административных навыков. Независимо от того, организованы ли эти пулы на неконкурентной географической основе (например, бюджетное финансирование, охватывающее население области или района) или на конкурентной основе (многочисленные страховые компании, конкурирующие за потребителей), справедливость и защищенность от финансового риска могут быть обеспечены при наличии достаточного государственного финансирования и обязательного участия граждан. Для того чтобы эта система работала, необходимо объединить пулы, создать действительно единый пул, в рамках которого выровнялись бы риски и посредством которого средства из страховых компаний и из областей, которые обеспечивают людей с низким риском, были бы переданы в те, которые обеспечивают людей с высоким риском. Этот подход административно сложен, он требует способности эффективно контролировать риски и затраты, собирать средства и перераспределять их между пулами.

3. Используйте ресурсы более эффективно и справедливо

Все страны могут повысить экономическую эффективность, иногда в значительной степени, тем самым высвобождая средства для более быстрого достижения универсального охвата. Во многих странах можно значительно уменьшить расходы без потери качества медицинского обслуживания только за счет лекарственных препаратов, совершенствуя, например, систему их назначения и обеспечивая прозрачность при закупке ресурсов и проведении тендеров. Другие широко распространенные источники неэффективности, а также рекомендации по изменению ситуации перечислены в главе 4.

Фрагментация приводит к проблемам при объединении ресурсов и к неэффективности при закупке и предоставлении услуг. Выделение помощи на цели развития здравоохранения развивающихся стран может невольно усугубить эту

проблему. Финансирование отдельных программ не должно обеспечиваться потоками из параллельных источников каждый источник финансирования требует собственных административных процедур и контроля.

Активная, или стратегическая закупка; заключение контрактов на предоставление медицинских услуг помогают странам быстрее достичь всеобщего охвата, но они не должны осуществляться необдуманно. Чиновники, ответственные за закупку и/или заключение контрактов, должны распределять ресурсы, основываясь на соотношении цены и качества, деятельности и информации о потребностях населения. Это требует хороших информационных систем, сильного информационного управления и анализа. Точная оценка потребностей населения в медицинских услугах, структуры расходов и затратной эффективности вмешательств также улучшает качество и повышает эффективность медицинского обслуживания.

Стимулы для предоставления эффективных, справедливых и качественных услуг необходимы, независимо от того, являются ли поставщики услуг государственными или частными. Не доказано, что услуги, выполняемые частными учреждениями или учреждениями, финансируемыми за счет частных источников, являются более качественными и эффективными или менее качественными и эффективными, чем услуги, предоставляемые государственными учреждениями или учреждениями, финансируемыми за счет государственных источников. С точки зрения стратегии финансирования здравоохранения, решение, о том, как лучше оказывать услуги, должно быть принято в большей степени на основании прагматического, чем идеологического подхода.

Такой метод оплаты, как гонорар за услугу, приводит к предоставлению излишних услуг тем, кто может заплатить (или тем, кто застрахован) и недостаточных услуг – тем, кто не может платить. Помимо этой общей истины, механизмы оплаты должны оцениваться по их преимуществам. Например, использование подушевого принципа при оплате амбулаторной помощи и методов оплаты по законченному случаю, например, по группе однородных диагнозов, объединенных в клинически связанные группы (DRG/KCG), в случае оплаты стационарного лечения снижают стимулы для предоставления излишних услуг, которые порождаются гонорарным методом оплаты. Но эти подходы могут создать другие проблемы, такие как досрочная выписка из стационара и повторная госпитализация с целью получения дополнительной оплаты. Многие страны пытаются объединить различные методы оплаты и административных процедур, используя достоинства одних и нивелируя недостатки других.

Профилактические и формирующие здоровый образ жизни мероприятия могут быть эффективными с точки зрения затрат и в дальнейшем уменьшают необходимость лечения. Если говорить в общем, существует большое давление со стороны политиков в отношении обеспечения доступа к лечению, и многие системы финансирования все больше концентрируются на оплате лечения, а не на мероприятиях, направленных на профилактику и формирование здорового образа жизни, охватывающих население целиком. Кроме того, граждане, предоставленные сами себе, могут не вкладывать средства в профилактику. Это означает, что иногда необходимо, чтобы государство финансировало мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни, направленные на популяцию в целом, отдельно от финансирования персональной медицинской помощи, связанной в основном с лечением и реабилитацией.

Эффективное управление – ключ к повышению эффективности и социальной справедливости. Некоторые основные правила надлежащего управления созданы вне сектора здравоохранения (например, финансовый менеджмент и аудит). Однако нет причин, чтобы здравоохранение не могло быть новатором в этой области. Лица, принимающие решение в секторе здравоохранения, могут многое сделать, чтобы уменьшить утечку средств, например, при осуществлении закупок. Они также могут улучшить качество обслуживания и экономическую эффективность системы посредством регулирования и законодательства.

Рекомендации, описанные выше, взяты из опыта многих стран и могут помочь разработчикам политики решить, как лучше достигнуть цели. Однако простого выбо-

ра подходящего решения из предложенных вариантов или копирования схем, выработанных в других странах, недостаточно. **Должна быть выработана отечественная стратегия финансирования здравоохранения, которая стремится к достижению всеобщего охвата при имеющихся возможностях.** Необходимо, чтобы страны создали собственный потенциал для оценки и понимания достоинств и недостатков существующей системы с тем, чтобы адаптировать политики финансирования здравоохранения, внедрять их, а также отслеживать и модифицировать с течением времени.

Эти рекомендации имеют отношение, главным образом, к техническим аспектам реформы финансирования здравоохранения, но техническая работа – это только один из компонентов разработки и внедрения. Для получения отдачи и изменений нужны другие действия. Они рассмотрены в следующем разделе.

Поддержка изменений

Представленный ниже цикл принятия решения в области финансирования здравоохранения (Рис. 5.1) является скорее общей схемой, чем готовым проектом. Мы описываем процессы, как концептуально дискретные, но в действительности они накладываются друг на друга и продолжают развиваться.

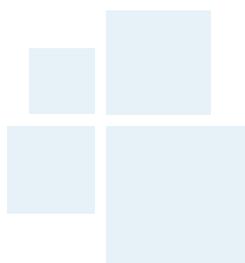
Описанные здесь семь действий могут быть применены не только к странам с низким и средним доходом. Страны с высоким доходом, которые достигли высокого охвата высокого уровня защиты от финансового риска и также должны совершенствовать постоянно действующую систему самооценки для того, чтобы системы финансирования продолжали способствовать достижению своих целей с учетом появляющихся новых методов диагностики и лечения, новых технологий, возрастающего спроса и возникновения фискальных ограничений.

Разработка и осуществление стратегии финансирования здравоохранения подразумевает постоянную адаптацию, а не линейное движение к некоторому отвлеченному идеалу. Цикл заканчивается (Действие 7), когда страна оценивает, в какой степени достигнуты установленные цели (Действие 1), что позволяет пересмотреть стратегию и разработать новые решения проблем. Этот процесс основан на непрерывном образовании, реальность заставляет постоянно переоценивать и корректировать систему.

Система финансирования здравоохранения должна быть адаптирована не только потому, что всегда есть возможности для совершенствования, но и потому, что жизнь стран, в которых они существуют, постоянно меняется: изменяется структура заболеваемости, ресурсы иссякают и пополняются, учреждения расширяются или сокращаются (Рис. 5.1).

Действие 1: разработка концепции

Определение концепции будущего, основанной на понимании настоящего, крайне важно, так как пути стран к достижению всеобщего охвата будут обязательно отличаться. Стремление к всеобщему охвату подразумевает постановку цели сокращения финансовых барьеров на пути к доступности медицинской помощи, усиление и сохранение защиты от финансового риска. Однако это подразумевает, что в процессе работы будут достигаться компромиссы в отношении доли населения, услуг и расходов, которые могут быть покрыты при данном уровне ресурсов. Необходимо в общих чертах обрисовать выбор, который должна сделать каждая страна. Например, в странах, где большинство людей считает, что частично они сами должны взять на себя финансовую ответственность за свое здоровье, может быть принято решение об оплате только определенной части расходов на оказание услуг из объединенных в пулы средств, а оставшуюся часть расходов покрывать за счет личных средств домохозяйств – по крайней мере, за некоторые услуги. В других странах, где сильно развито понятие социальной солидарности, лучше оплатить большую часть общей стоимости, даже если из-за этого предлагается меньший набор услуг. Признание этих ценностей и построение системы в соответствии с ними важны для определения спо-

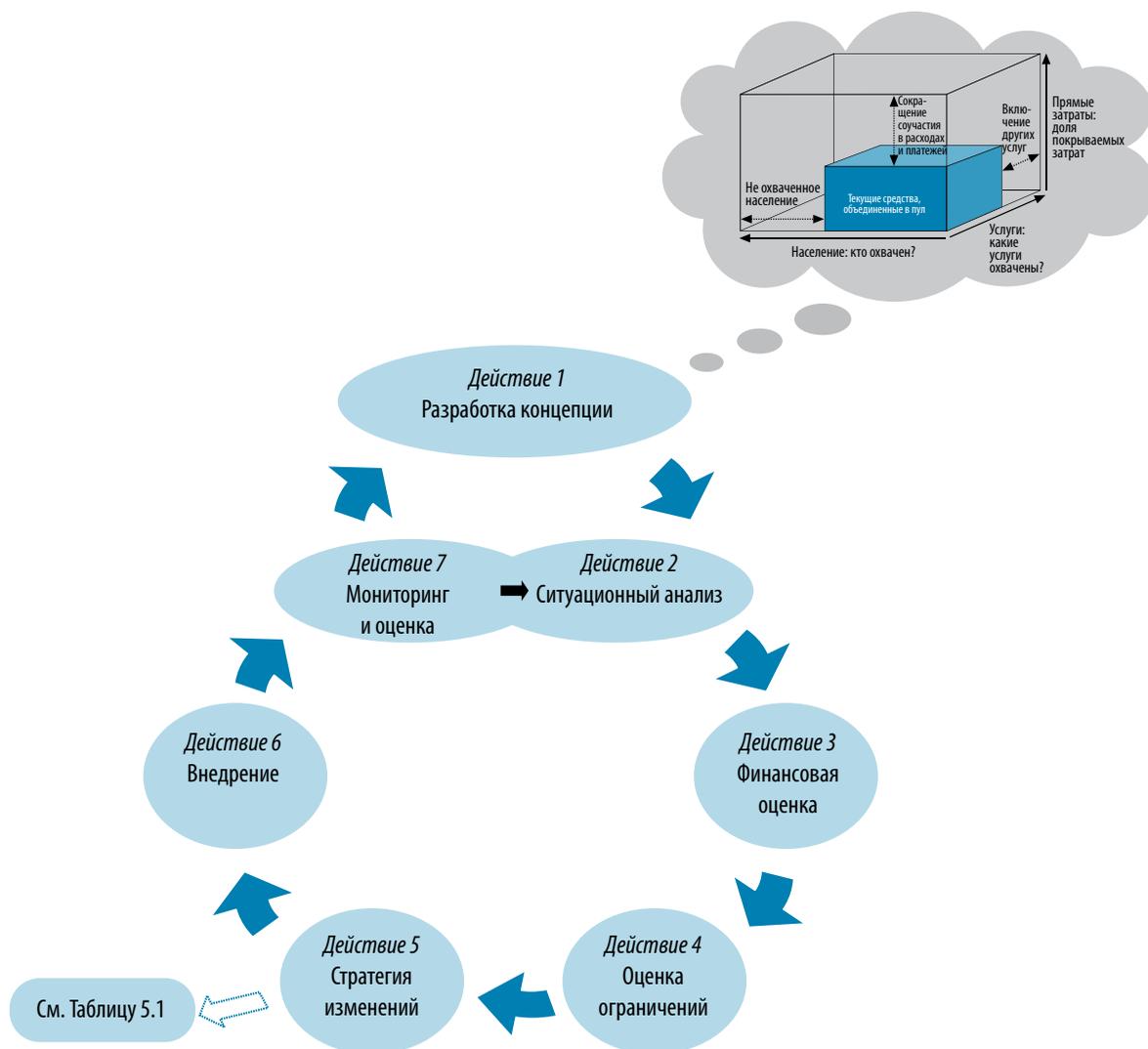


соба выполнения технической части работы. Это также послужит ориентиром для лиц, принимающих решения при достижении компромиссов относительно охвата, которые неизбежно возникнут в процессе эволюции системы финансирования.

Действие 2: ситуационный анализ – ключ к определению отправной точки

Ситуационный анализ должен сосредоточиться на двух компонентах всеобщего охвата с точки зрения финансирования: доступе к необходимым услугам и защите от финансового риска. Это позволит определить, кто охватывается объединенными в пул средствами, какие услуги оплачиваются и какая часть их стоимости покрывается за счет этих средств, в результате чего будет определена разница между тем, чего в настоящее время достигла страна, и тем, чего она хотела бы достигнуть в будущем (как определено в Действии 1). При планировании будущего ситуационный анализ должен учитывать различные факторы внутри системы здравоохранения и вне ее,

Рис. 5.1. Процесс принятия решения в финансировании здравоохранения



которые могут влиять на достижение универсального охвата (Вставка 5.1). И это не только технический процесс. В то время как наличие достоверной информации является основанием для разработки разумной стратегии, текущее воздействие финансовой катастрофы, связанной, например, с прямыми платежами за медицинские услуги, может стать стимулом для политических изменений (1).

Действие 3: финансовая оценка

Для создания всеобъемлющей структуры финансирования системы здравоохранения необходимо оценить текущий за счет всех источников: бюджета, личных средств граждан, частного сектора, неправительственных организаций и внешних партнеров. Оценка должна включать анализ доли государственных ресурсов, распределяемых в сектор здравоохранения в течение долгого времени. Недостаток взаимосвязи между политикой, планированием и составлением бюджета является проблемой во многих странах. Инструменты анализа, такие как среднесрочная структура расходов – процесс планирования и формирования бюджета, в рамках которых устанавливаются задачи в налогово-бюджетной области на три года и осуществляется выделение средств на стратегические приоритеты в пределах этих целей, могут помочь создать полную картину финансирования и установить эффективный диалог между здравоохранением и финансирующими/планирующими министерствами (2).

В некоторых странах этот процесс должен включать взаимодействие с международными финансовыми институтами и внешними партнерами для определения объема предполагаемых ресурсов и определения каналов их распределения государственным и негосударственным участникам. Разработчики политики захотят также установить, будут ли ограничены государственные расходы, и как можно увеличить пределы расходов. Наконец, необходимо рассмотреть дополнительные роли различных источников финансирования здравоохранения.

В Главе 2 были предложены различные варианты в целях оказания помощи странам в изыскании дополнительных или альтернативных средств для финансирования здравоохранения. Как минимум, страны должны оценить, получает ли здравоохранение свою за-

Вставка 5.1. Ключевые компоненты ситуационного анализа в области финансирования здравоохранения

Защита от финансовых рисков

- Какие средства доступны в связи с потребностью, и каковы их источники? Какой приоритет правительство отдает здравоохранению в решениях по выделению средств?
- Сколько люди должны заплатить из собственного кармана за медицинское обслуживание (например, прямые платежи) и каково влияние защиты от финансовых рисков на финансовую катастрофу и обнищание?
- Кто что оплачивает в рамках других взносов в систему здравоохранения? (Ответ на этот вопрос позволит проанализировать восприятие справедливости финансовых взносов.)
- Кто охвачен объединенными в пулы средствами, какими услугами и в какой доле расходов?

Доступ к необходимым услугам

- Трудно непосредственно измерить финансовую доступность услуг, и, таким образом, анализ в основном сосредоточится на текущих уровнях охвата по ключевым вмешательствам. Это поможет исследовать причины низкого охвата, особенно среди уязвимых групп, и степень, в которой изменения системы финансирования улучшили бы этот охват.

Экономическая эффективность

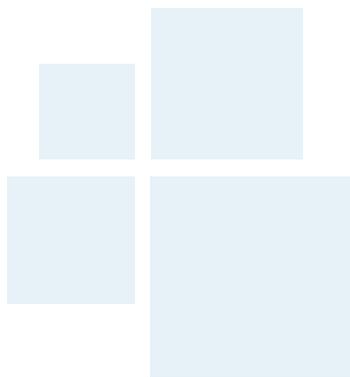
- Каковы главные проблемы эффективности системы, их последствия и причины?

Характерные особенности и потенциал системы здравоохранения

- Систематическое описание и определение количества соглашений по сбору и объединению средств в пулы и их использования для финансирования и оказания услуг. Это включает не только отслеживание средств, но также понимание того, как они перемещаются в системе от источника до адресата, включая внешние источники; следует отметить, где/как система фрагментирована и где/как политические инструменты плохо сбалансированы. Правительственные соглашения также нуждаются в отслеживании, особенно в отношении того, перед кем и за что несут ответственность органы, ответственные за закупки.
- Доступность, распространение и структура использования медицинских учреждений (частных и государственных), медицинских работников (государственных и частных) и ключевые входные ресурсы, такие как медикаменты и технологии. Результат этого исследования определяет применимость разных подходов к увеличению охвата – например, обусловленные денежные трансферты вряд ли окажутся эффективными, если в зоне досягаемости слабо охваченных групп населения не будет медицинских учреждений.

Факторы вне системы здравоохранения

- Демографические переменные, такие как темпы прироста населения, возрастная структура, модели географического распределения и миграции, экономическая активность, объем работ в неформальном секторе и т.д., оказывают влияние на рост потребностей и возможность применения различных методов роста дохода.
- Основные проблемы заболеваемости и их вероятные изменения в будущем, включая воздействие на расходы по расширению охвата в перспективе.
- Масштаб существующих систем социальной поддержки, уменьшающих экономическое воздействие (долгосрочного) заболевания или снижающих финансовые барьеры в отношении доступности услуг.
- Соответствующие аспекты управления общественным сектором и правовые рамки, анализ которых позволяет понять реальные возможности изменений в системе финансирования в контексте существующих инструкций и законов. Ключевые вопросы: какова система оплаты труда работников здравоохранения и существуют ли механизмы, увязывающие ее с системой заработной платы государственных служащих? Что необходимо для того, чтобы ее изменить? Какова структура принятия решений о финансовых ресурсах на различных уровнях правительства? (т. е. вопросы политико-административной децентрализации). Как формируется бюджет в общественном секторе? Насколько свободно государственные организации (например, государственные больницы) могут перераспределять средства между статьями расходов?



конную часть правительственных расходов, и рассмотреть возможность повышения налогов на табак, алкоголь и другие вредные для здоровья продукты. Такие налоги могут внести существенный дополнительный вклад в финансирование и будут способствовать улучшению здоровья населения. Почти каждая страна могла бы использовать, по крайней мере, один из вариантов, предложенных в Главе 2.

Понимание языка экономистов очень важно для увеличения объемов средств, направляемых на финансирование здравоохранения. Если министерство здравоохранения считается эффективным и рассудительным менеджером общественных ресурсов, способным продемонстрировать прогресс и хорошие результаты, это вызывает доверие и уверенность в его силах со стороны министерства финансов и других министерств. Умение говорить на языке экономистов поможет также приводить доводы в пользу дополнительного финансирования. В этом отношении очень важна способность министерства здравоохранения проводить квалифицированный анализ политики в области охраны здоровья для ведения необходимой документации и участия в диалоге с министерствами финансов и планирования.

Действие 4: оценка ограничений

После определения основ разработчикам политики важно на данном этапе определить главных сторонников изменений, и вероятных противников. Оценка потенциальных ограничений позволяет людям, принимающим решение, выявить области политики, в которых требуются широкие консультации, а также определить, с кем и каким образом необходимо консультироваться. Такая оценка позволила бы продвинуться в принятии политического решения.

Именно на этом этапе лица, принимающие решение, также определяют, что является технически и политически выполнимым, и как правительство может поддержать социальный спрос на хорошо функционирующую систему здравоохранения. Этот процесс связан с последующими действиями и должен регулярно повторяться. То, что невозможно сегодня, может стать возможным завтра. Ключевые моменты, о которых необходимо помнить:

- Достижение всеобщего охвата является не столько техническим вопросом, сколько выражением понимания государством понятия социальной солидарности. Основание для принятия всегда, по крайней мере, частично, является политическим.
- Система финансирования здравоохранения мало подвержена изменениям, отчасти из-за того, что любое изменение отражается на интересах влиятельных заинтересованных лиц. Перед лицом противостоящих сил и влиятельных групп интересов поддержка изменения должна быть разумной и исходить от высших инстанций.
- На уровне простых людей динамика часто отражается в инвертированном виде. Опросы населения часто выявляют желание перемен/совершенствования системы здравоохранения страны. Общественные движения (включая организации потребителей, обеспокоенные конкретными условиями), выступающие за реформу здравоохранения, могут быть проводниками изменений на национальном и международном уровнях. Связь между такими группами и министерством здравоохранения помогает внести здоровье в политическую повестку дня и сохранить внимание к этому вопросу. Примером такого подхода является проект обновления и расширения медицинских клиник правительством Бангладеш. Сообщества помогают поддерживать планирование, управление и взаимодействие между медицинскими работниками и населением, которое они обслуживают (3).
- Проактивный подход к политической сфере приносит плоды во многих странах. Адвокатирование, взаимодействие и аргументы на основе фактических данных могут иметь большое значение для получения политической и финансовой поддержки в достижении всеобщего охвата.

Действие 5: разработка и формализация стратегий и целевых показателей изменений

Это действие – самое трудоемкое и занимает много времени. Ему уделяется основное внимание в литературе по финансированию здравоохранения, с ним связана большая часть технической поддержки, предоставляемой странам, иногда при условии, что другие действия были или будут реализованы. В действительности другие действия часто упускались из виду или осуществлялись в спешке, несмотря на то, что они формируют основу технической работы. Разработка стратегии и определение целевых показателей на этом этапе должны вытекать из ситуационного анализа и оценки финансирования (Действия 2 и 3).

Детальная техническая работа над стратегией, основанная на ситуационном анализе и точной оценке вероятных источников финансирования, должна быть сосредоточена в первую очередь на трех ключевых этапах финансирования здравоохранения: сборе средств, их объединении в пулы и использовании в целях обеспечения доступности услуг.

Для иллюстрации широты выбора и характера основных возможных решений в Табл. 5.1 суммированы ключевые моменты из Глав 1–4.

Действие 6: внедрение, включающее оценку организационных структур и правил

На этом этапе некоторым странам достаточно лишь внести небольшие изменения, чтобы сохранить достигнутое. Другим же необходима реформа для создания новых учреждений и организаций. Например, государство может основать фонд медицинского страхования как полуправительственную организацию, чтобы избежать ограничений на объединение средств и закупку в рамках системы финансового менеджмента в общественном секторе. Впрочем, иногда достаточно адаптировать уже существующие институты, например, в странах, где обязательное страхование должно быть организовано частным сектором. В странах, где фонд обязательного страхования существует как часть общественного сектора, требуются новые законы и постановления, а уже существующие должны быть изменены либо отменены.

Конечно, законодательство может в значительной степени способствовать развитию систем финансирования здравоохранения для достижения всеобщего охвата, что также защитит право индивида на получение медицинских услуг. Недавнее появление в некоторых странах новых законов и конституционных прав привело к тому, что большее количество людей стало обращаться в суд, чтобы отстоять право на доступ к медицинскому обслуживанию (4). Еще рано оценивать значение этого факта для достижения универсального охвата, хотя некоторые исследователи считают, что в некоторых случаях это юридическое право на возмещение ущерба менее выгодно самым бедным и уязвимым слоям населения, чем более обеспеченным, которые имеют больше возможностей для выражения своих потребностей (5).

Одной из самых больших проблем во многих странах на этом этапе является недостаток технического и организационного потенциала. Бухгалтеры, актуарии, аудиторы, экономисты и адвокаты являются важными звеньями в этом процессе, но иногда их оценки может быть недостаточно. Возможно, поэтому, для многих стран необходимо провести переоценку образовательных/учебных приоритетов, развить необходимые навыки и разработать стратегии для привлечения и стабилизации квалифицированных профессионалов из других стран.

Расширению охвата услугами часто препятствует нехватка поставщиков медико-санитарных услуг, и планы финансирования должны обеспечивать достаточное количество медицинских кадров, обладающих необходимой квалификацией. Финансовые планы должны также предусматривать возможность повышения качества и увеличение объема предоставляемых медицинских услуг, а также обес-

печивать доступность соответствующих лекарств и технических средств. Со своей стороны, реформируя другие области системы здравоохранения, лица, принимающие решения, должны помнить о значении этих мер для финансирования.

Многие изменения потребуют межотраслевого взаимодействия и совместной работы сотрудников министерства здравоохранения с другими министерствами.

Действие 7: мониторинг и оценка

Лица, принимающие решения, должны хорошо знать, на каком этапе находится их страна. Планируя реформу, направленную на достижение всеобщего охвата, находясь в середине переходного периода или уже достигнув поставленных целей, они должны быть способны оценить текущее состояние и перспективы. Они должны знать, продвигается ли страна к достижению всеобщего охвата или отдаляется от него.

Таблица 5.1. **Технические решения, необходимые для Действия 5**

Основные цели	Компоненты	Решения
Сбор достаточных средств	Достаточность (этот элемент тесно соприкасается с Действием 3, и некоторые действия будут выполнены одновременно)	1. Выберите сочетание налогов и/или страховых взносов, которые будут уплачивать домохозяйства. Выберите любой другой механизм для сбора средств на здравоохранение внутри страны – например, пожертвования от предприятий. Поставьте цели обеспечения стабильного и предсказуемого притока средств в систему.
	Справедливость взносов	2. Разработайте механизмы охвата людей, которые не в состоянии уплачивать взносы. Это может быть достигнуто перекрестным субсидированием, за счет бюджетных средств, или за счет увеличения страховых взносов для людей, которые могут платить за охват членов, не способных вносить средства. 3. Внедряйте экономические достижения в систему взносов домохозяйств
	Эффективность сбора	4. Повышайте эффективность сбора средств путем обеспечения того, чтобы люди, которые должны платить, реально платили.
Снижение финансовых барьеров	Финансовая устойчивость	5. Сделайте обоснованные оценки будущего прогнозируемого объема средств (за счет внутренних и внешних источников) и сопоставьте с оценкой потребности и возможным ростом потребности (см. Действие 3)
	Экономическая и физическая доступность	6. Опираясь на Решение 1, установите институциональные и административные схемы сбора и объединения взносов из различных источников (тем самым уменьшая зависимость от прямых платежей за счет собственных средств пациентов в тех странах, где такие платежи высоки). 7. Определите, расходовалась ли плата, получаемая от пациентов, на стимулирование повышения качества, например, как дополнение к заработной плате на работников первичной помощи. При замещении платы пациентов важно заместить не только общий объем средств, полученных от оплаты услуг пациентами, но и средства на те виды деятельности, которые ранее оплачивались за счет платы пациентов. Необходимы будут дополнительные средства для того, чтобы покрыть ожидаемое увеличение спроса. Это сведет к минимуму возможность замещения официальных платежей неофициальными. 8. Определите, есть ли группы людей или некоторые особые вмешательства, для которых должны быть предприняты меры со стороны спроса (ваучеры или денежные трансферты), с тем чтобы обеспечить соответствующий доступ.
	Справедливость в объединении средств в пул	9. Как можно скорее сделайте обязательными взносы в систему здравоохранения (налоговые и/или страховые). Это будет гарантировать, что люди будут осуществлять взносы, когда они здоровы, а не только тогда, когда они боятся заболеть. Нельзя позволять людям уклоняться от участия в системе, потому что это снижает степень охвата бедных и уязвимых групп населения. 10. Если существует множественность пулов, необходимо снизить фрагментацию путем их объединения, либо путем введения механизма выравнивания рисков между ними с тем, чтобы обеспечить равные условия для людей из разных пулов.
Эффективность объединения в пулы		11. Определите, кто имеет право получать услуги в рамках пула, какие услуги должны быть оказаны, и уровень соплатежей. Разработайте график расширения этих параметров в соответствии в плане финансовой устойчивости, описанным выше.
		12. Минимизируйте фрагментацию в управлении средствами, насколько это возможно.

Основные цели	Компоненты	Решения
Разумное использование ресурсов	Эффективность использования ресурсов	<p>13. Разработайте и внедрите механизмы оплаты поставщиков, способствующие повышению качества и экономической эффективности.</p> <p>14. Так как все методы оплаты услуг имеют как свои преимущества, так и недостатки, предпринимайте дополнительные действия, которые повышают качество и эффективность. Важные элементы включают в себя решение проблем потерь и коррупции, разработку механизмов отбора медикаментов с высокой затратной эффективностью, вопросы закупок и поставок (для более подробной информации см. Главу 4).</p> <p>15. Решите, как распределить объединенные в пул средства между различными типами услуг и различными уровнями медицинской помощи, гарантируя при этом, что не создаются преграды для координации помощи между уровнями.</p> <p>16. Внедряйте стратегические закупки/заключение контрактов для обеспечения соотношения цены и качества.</p> <p>17. Решите, насколько необходимо создание отдельных пулов средств для мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни.</p> <p>18. Проводите рутинный мониторинг результатов и эффективности использования средств.</p>
	Справедливость в использовании ресурсов	<p>19. Решите, как распределить объединенные в пул средства между регионами страны, учитывая относительную численность населения, относительный уровень доходов и бедности, относительные потребности в медицинских услугах и неминуемые различия в стоимости оказываемых услуг (например в силу низкой плотности населения).</p> <p>20. Определите, сохраняется ли неравенство в охвате и состоянии здоровья населения, на которое не может влиять система финансирования здравоохранения и которое требует действий со стороны системы здравоохранения (например, распределение медицинских учреждений или человеческих ресурсов) или со стороны других отраслей. Решите, какие другие министерства и организации гражданского общества могут наилучшим образом решить эти проблемы; разработайте и внедряйте совместные решения.</p>

Системы финансирования не обязательно реагируют на изменение так, как это планировалось. По этой причине важно быть готовым к непредвиденным обстоятельствам и быть способным быстро адаптироваться к ним. Для осуществления этого люди, принимающие решения, нуждаются в постоянном потоке точной информации. Во Вставке 5.1 мы показываем, какая информация необходима для полноценного ситуационного анализа. Большая часть этой информации относится к расходованию финансовых ресурсов. Здесь мы сосредоточились на оценке результатов, которые важны для понимания того, приближается ли регион или удаляется от всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

Мониторинг необходим для сосредоточения внимания на следующих вопросах: имеют ли люди доступ к необходимым медицинским услугам и покрыт ли риск возможных финансовых трудностей, связанный с их оплатой? Некоторую информацию, требующую точной оценки, получить достаточно сложно. К примеру, в то время как достаточно легко оценить долю людей, охваченных определенной схемой медицинского страхования, это не является показателем истинного охвата, так как нам также бы хотелось бы знать соотношение между необходимостью в медицинских услугах и возмещаемыми расходами.

В системах, характеризующихся смешанной системой государственных и частных услуг и финансирующихся частично за счет бюджетных средств, а частично за счет средств страхования, ситуация может быть достаточно сложной. Теоретически, каждый может воспользоваться услугами государственных учреждений, но на практике получается, что люди из отдаленных районов физически не имеют к ним доступа или не пользуются этими услугами, так как медицинская помощь в этих учреждениях является недостаточно квалифицированной или им кажется, что она недостаточно квалифицированная. Поэтому определение, кто на самом деле охвачен финансируемыми из общественных источников услугами, является достаточно сложной задачей, даже при наличии достоверных данных из хорошо спланированных обследований домохозяйств.

В Таблице 5.2 мы предлагаем индикаторы, которые показали себя как сильные предикторы охвата населения и степени предлагаемой защиты от финансо-

Таблица 5.2. **Мониторинг универсального охвата механизмом защиты от финансового риска**

Цели и действия	Корреспондирующие показатели	Интерпретация показателя
1. Сбор достаточного объема средств на здравоохранение: какова доля охватываемого населения, доля услуг и расходов, которые можно покрыть?	1. Общие расходы на здравоохранение на душу населения	1. Должен соотноситься с нуждами населения, но средний минимум требований стран с низким доходом оценивается в 44 долл. США в 2009 г. и увеличится до 60 долл. США в 2015 г.
	2. Общие расходы на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта	2. Отражает также доступность средств, потому что общие расходы на здравоохранение к ВВП в целом увеличиваются с ростом ВВП на душу населения. Страны – члены ВОЗ в регионе Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана установили цель в 4%, хотя этого может быть недостаточно. При таком уровне расходов около сорока стран мира с ВВП на душу населения до 1000 долл. США не достигнут минимальных уровней потребности в финансировании.
	3. Государственные расходы на здравоохранение как процент общих государственных расходов ^а	3. Указывает на обязательства государства в сфере здравоохранения. Страны Африки к югу от Сахары, установили для себя цель в 15% общих государственных расходов, выделяемых на здравоохранение. В странах – членах ВОЗ региона Восточного Средиземноморья обсуждается целевой показатель в 8% общих государственных расходов, выделяемых на здравоохранение.
	4. Государственные расходы на здравоохранение как процент валового внутреннего продукта	4. Отражает способность и желание государства защитить население от платы за предоставление помощи. Достаточно сложно подойти близко к всеобщему охвату при ВВП менее 4–5%, хотя для многих стран с низким и средним уровнем дохода достижение этой цели в ближайшее время амбициозно и может быть запланировано в долгосрочной перспективе
2. Уровни финансовой защиты риска и охват уязвимых групп граждан – комбинация, кто охвачен и какова пропорция затрат?	5. Личные платежи граждан как процент общих расходов на здравоохранение; включает информацию о том, на какие группы населения эти платежи распространяется в большей степени	5. Эмпирические доказательства демонстрируют, что этот показатель отражает риск финансовой катастрофы и обнищания, связанных с платежами пациентов из собственных средств. Там, где личные платежи пациентов /общие расходы на здравоохранение ниже 15–20%, вероятность катастрофических расходов и обнищания минимальна. Многие страны до сих пор имеют высокий коэффициент, а страны – члены ВОЗ в регионе Западной части Тихого океана установили целевой показатель в 20–30%.
	6. Процент домохозяйств, ежегодно страдающих от финансовой катастрофы вследствие платежей за счет собственных средств; включает информацию о том, на какие группы населения это распространяется в большей степени	6. В идеале этот фактор должен оцениваться напрямую, хотя показатель 5 сильно коррелирует с финансовой катастрофой.
	7. Процент домохозяйств, ежегодно страдающих от обнищания вследствие платежей за счет личных средств; включает информацию о группах населения, на которые это распространяется в большей степени	7. Тот же комментарий, что и в показателе 6.
3. Эффективность использования ресурсов^б	8. Средняя цена дженериков для потребителя по сравнению с международной референтной ценой.	8. Там, где коэффициент выше чем 1:1, есть сильные доказательства потенциальной экономии.
	9. Процент государственных расходов на здравоохранение по статьям «постоянные затраты» и «зароботная плата» в сравнении с расходами на медикаменты и товары медицинского назначения	9. Этот показатель гораздо сложнее интерпретировать, хотя большинство стран знают, когда он слишком высок – например, когда не хватает средств для покупки лекарств. Данный показатель может иногда в большей степени отражать недостаточность средств, чем неэффективность.

^а Общие государственные расходы на здравоохранение покрывают расходы на здравоохранение всех министерств, всех уровней правительства и обязательного медицинского страхования.

^б Непросто установить действительные, надежные и сопоставимые показатели эффективности системы здравоохранения. Эти два показателя – только иллюстрации, и страны должны будут сосредоточиться на других областях неэффективности, которые особенно важны в конкретных ситуациях. Возможные показатели включают: долю расходов на стационарную помощь по сравнению с расходами на первичную помощь; уровень направления больных первичного звена на вторичный уровень; уровень использования дженериков по отношению к уровню использования лекарств зарегистрированного патентованного названия; соотношение случаев амбулаторной хирургии и госпитализаций; и полные административные расходы.

вого риска, распространенности оплаты за счет личных средств пациентов и ее влияния на финансовую катастрофу и обнищание. Понятно, что они не охватывают каждый вид возможного влияния систем финансирования здравоохранения на жизнь людей. Например, люди, уже живущие в бедности, уже не будут ввергнуты в нищету платежами за медико-санитарные услуги, но будут становиться еще более бедными. Несколько других показателей, таких как возможность углубления нищеты при необходимости платить за услуги здравоохранения, доступны для стран, обладающих возможностями проведения дополнительного мониторинга, но здесь мы перечисляем минимальный набор показателей, которые широко используются (6–8).

Мы не представляем показателей, касающихся охвата. В идеале, нам хотелось бы знать процентные доли людей с разбивкой по ключевым характеристикам, не имеющих доступа к необходимым услугам в результате финансовых барьеров или других потенциальных препятствий, таких как возраст, пол, социально-экономический статус. Эту информацию, однако, невозможно получить в большинстве стран, и необходимый объем медицинских услуг может значительно варьироваться в силу различной структуры заболеваемости и демографической структуры. Мы предполагаем, что каждая страна может осуществлять контроль различного набора вмешательств для обеспечения эффективного охвата. Набор возможных показателей ежегодно предоставляется в сборнике *World health statistics* (9), хотя они главным образом имеют отношение к странам с низким доходом, где преобладают инфекционные заболевания.

Регулярное поступление данных из этих областей, а также других данных для ситуационного анализа, описываемых во Вставке 5.1, зависит от двух факторов:

- Действующей системы медицинской информации, которая предоставляет данные об охвате нуждающегося населения, в идеале, с разбивкой по возрасту, полу, социально-экономическому статусу и другим показателям уязвимости или депривации. Для этого необходимо, чтобы у ответственных за управление административными ресурсами в системе здравоохранения были налажены хорошие связи с национальными статистическими агентствами.
- Системы мониторинга финансовых потоков. Национальные счета в здравоохранении, а также промежуточные обследования домохозяйств обеспечивают ключевую информацию для оценки личных расходов граждан и уровня их защиты от финансового риска.

Разработчики политики должны стремиться создать единую систему финансовой отчетности, которая не нарушается программами, административной децентрализацией или страховым статусом населения. Проблемы возникают, когда выделение донором средств для проекта и программы отслеживается параллельными, не связанными друг с другом системами финансовой отчетности. Также жизненно важно собирать информацию от всех участников системы здравоохранения, частных и государственных. Во многих странах государственные системы медицинской информации получают недостаточно данных от негосударственного сектора, что мешает сформировать полную картину состояния здоровья населения и структуры потребления медицинских услуг.

Программа действий для международного сообщества

Хотя страны самостоятельно могут сделать очень многое, следуя предложенной выше повестке дня, международное сообщество играет первостепенную роль в поддержке тех стран, которые требуют дополнительной помощи. Для партнеров в области развития важно:

Поддерживать уровни оказания помощи или увеличивать их до необходимого уровня

Лишь около половины стран, представляющих отчеты об официальной помощи на цели развития (ОПР) в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), находятся на пути к достижению целей, которых они придерживаются на международном уровне. Другие страны терпят неудачу, некоторым предстоит еще долгий путь. В то время как некоторые доноры, несмотря на общий экономический спад, обещали выполнить свои обязательства по оказанию помощи на 2010 год, другие уменьшили или отложили свои обязательства. Это вызывает большую озабоченность, и остается надеяться, что партнеры в области развития выполнят обещания, сделанные в Париже и Акре.

Обеспечивать предсказуемость помощи

Когда страны не могут рассчитывать на устойчивое финансирование, планирование на предстоящий период осложняется. Некоторые страны с низким доходом полагаются на внешние источники для финансового покрытия двух третей своих общих расходов на здравоохранение. Тем самым предсказуемость потоков помощи приобретает первоочередное значение. Партнеры в области развития могут помочь, структурируя соглашения по выплатам в рамках традиционных ежегодных отчислений ОПР – как это сделали доноры Комитета содействия развитию ОЭСР в Акре, взяв на себя обязательства по трем пятилетним циклам финансирования.

Внедрять инновации в целях увеличения расходов на здравоохранение для бедного населения

В этой области было сделано многое, особенно Фондом инновационного финансирования здравоохранения «Миллениум», который недавно разработал для частных лиц механизмы добровольных пожертвований на цели глобального здравоохранения при оплате стоимости авиабилетов, проживания в гостиницах или проката автомобилей через Интернет. Продажа облигаций, выпущенных на международных фондовых рынках под обеспечение стран-доноров, по оценкам, принесла 2 млрд долл. США в течение 2006 года. Пока подобные схемы показывают многообещающие результаты, но в этой области может быть сделано намного больше. Считается, например, что глобальный налог на валютные операции может превысить 33 миллиарда долларов ежегодно (см. Главу 2).

Поддерживать планы здравоохранения стран, а не навязывать внешние приоритеты

Основные усилия многих внешних партнеров в области некоторых крупнейших программ вступают в противоречие с духом Парижской декларации 2003 года по повышению эффективности внешней помощи, которая нацелена на то, чтобы побуждать страны-получатели формулировать и выполнять свои национальные планы в соответствии с собственными приоритетами. Необходимо переносить центр внимания с согласованных финансовых взносов на национальные планы развития здравоохранения, в рамках которых отчетность и корректировка результатов происходит на национальном уровне.

Направлять средства финансирования через системы и механизмы, важные для универсального охвата

Некоторые страны-получатели утверждали, что доноры не проявляют желания использовать системы, которые они должны укреплять, предпочитая создавать и использовать параллельные системы при направлении средств в страны; закупке меди-

каментов, оборудования и услуг; и проведении мониторинга результатов (10). Один из способов усилить национальные системы мог бы состоять в том, чтобы направлять внешние источники финансирования в рамках механизмов объединения средств в пулы, действующих в стране-реципиенте. Это могло бы осуществляться в форме общепромышленной поддержки, при которой доноры указывали, что их финансирование предназначено для поддержки здравоохранения, и в тоже время позволяли правительствам принимать решения о распределении этой помощи между программами и видами деятельности или через пулы медицинского страхования. Партнеры по развитию должны также стремиться усилить внутренний потенциал этих институтов.

Поддерживать на местах попытки более эффективного использования ресурсов

Уменьшайте дублирование каналов перечисления средств, а также циклов подачи заявок на предоставление помощи, мониторинга и отчетности. Связанные с ними транзакционные издержки являются существенными для стран. В 2009 году во Вьетнаме действовало более 400 международных медицинских миссий (11). В Руанде правительство должно отчитываться перед различными источниками финансовой помощи более чем по 890 медицинским показателям, в том числе по 595 в отношении ВИЧ и малярии (12).

Показывать пример повышения эффективности путем снижения дублирования и фрагментации международных усилий по оказанию помощи

Фрагментация способов доставки международной помощи приводит к высоким административным расходам доноров и получателей, ненужному дублированию и изменению руководящих указаний и стандартов качества на уровне страны. Необходимо, чтобы ведущие доноры направили усилия на сокращение фрагментации способов передачи финансовой помощи и ее расходования в стране-реципиенте. Более чем 140 глобальных инициатив в здравоохранении проходят параллельно друг другу, что приводит к пустой трате ресурсов и огромной нагрузке на страны-получатели (11).

Заключение

Сегодня наступило для систем финансирования здравоохранения интересное время. Две обширные системы здравоохранения, ранее ориентированные на использование механизмов свободного рынка как базиса для финансирования – одна в Китае, другая в Соединенных Штатах Америки, – реформируются. Китай вновь ориентирует свою мощную систему в направлении всеобщего охвата, частично финансируемого из бюджета. В марте 2010 года президент США Барак Обама одобрил законопроект о реформе, которая распространит медицинское страхование на 32 млн ранее незастрахованных граждан США. В известной мере следует отстаиваемому в нашем докладе принципу всеобщности, эта реформа, предусматривающая смягчение правовых порогов для «Медикэйд», расширяет за счет бюджетных средств охват медико-санитарными услугами на 20 млн человек, ранее лишенных такой возможности.

Реформы в Китае и США привлекают к себе внимание отчасти из-за своих масштабов, но эти страны не являются единственными в переоценке подхода к финансированию здравоохранения. Как показано в настоящем докладе, реформа финансирования здравоохранения проводится во многих странах, на многих уровнях экономического развития. Способы преодоления трудностей будут изменяться, но программы, которые наиболее близки к удовлетворению потребностей населения, будут включать в себя некоторую форму предварительных платежей и объединения средств в пулы.

Однако, помимо этой общей истины, какого-либо набора формул для достижения всеобщего охвата не существует. Ответные реакции стран на проблемы будут отчасти определяться конкретными путями развития систем финансирования здравоохранения, а также социальными предпочтениями, касающимися понятия солидарности (13). Разнообразные по ответным реакциям, они будут внедряться в обстановке невообразимого давления. Игнорировать это давление – значит отказать от решения одной из самых важных задач правительства: обеспечения доступной для всех медико-санитарной помощи.

Каждая страна может что-то сделать, чтобы приблизиться к всеобщему охвату или, по крайней мере, закрепить уже достигнутое. Как бы не обескураживающе это выглядело, лица, принимающие решения, должны глубоко осознать факт, что многие страны вступили до них в борьбу за установление системы всеобщего охвата, и эта борьба хорошо документирована. Эти уроки необходимо усвоить. Каждый из них касается значимости единства общества, выражаемого в политических обязательствах – тема, к которой мы не раз возвращались в этом докладе. Было бы излишним упрощением сказать, что реформа всегда будет результативной там, где есть потребность населения и активное участие гражданского общества, однако совпадение двух этих факторов как предпосылку успеха нельзя сбрасывать со счетов.

В Таиланде оно стало одной из ведущих побудительных причин разработки схемы всеобщего охвата, позволившей приблизиться к системе здравоохранения миллионам тайцев, которые ранее сталкивались с необходимостью оплаты этих услуг из собственных средств, или отказывались от лечения. Для Нарина Пинталакарна ни один из этих вариантов не сработал бы, поскольку в субботу, 7 октября 2006 года, он лежал под обломками своего мотоцикла. К счастью для Нарина, существовал третий вариант. Он зависел от миллионов налогоплательщиков, центра, расположенного всего лишь в 65 км от места аварии, и от хирурга с большим стажем работы... В тот день все было на стороне Нарина. И это его спасло. ■

Ссылки

1. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007,49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
2. *Training in medium-term expenditure framework*. Washington DC, The World Bank, 2003.
3. Uddin MJ. Health service networking through community clinics. *The New Nation, Bangladesh's Independent News Source*, 21 March 2010 (<http://nation.ittefaq.com/issues/2010/03/21/all0120.htm>, accessed 28 June 2010).
4. Yamin AE, Gloppen S, eds. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA, Harvard University Press (unpublished).
5. Easterly W. Human rights are the wrong basis for healthcare. *Financial Times (North American Edition)*, 12 October 2009 PMID:12322402
6. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 2003,12:921-934. doi:10.1002/hec.776 PMID:14601155
7. van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006,368:1357-1364. doi:10.1016/S0140-6736(06)69560-3 PMID:17046468
8. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social science & medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
9. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
10. Task team on health as a tracer sector. *Supporting countries health strategies more efficiently*. World health report 2010 background paper, no. 47 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
11. *Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all*. Address by Andris Piebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/10/55&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>, accessed 28 June 2010).
12. Binagwaho A, Permanent Secretary, Rwanda Ministry of Health. Personal communication, 9 June 2010.
13. Carrin G et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:857-863. doi:10.2471/BLT.07.049387 PMID:19030691

[ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ]

[А]

Абуджийская декларация (2001) хii, 25
Австралия 29, 30, 71, 79
Аккрская программа действий (2008) хxi, 7, 35
Акушеры, квалифицированные х, 10, 61, 62, 78–79
Алкоголь
 акцизные налоги хiii, 29, 30–31
 борьба 71
Алма-Атинская декларация ix, 13
Альянс за прозрачность в сфере лекарственного обеспечения (MeTA) 69
Антибиотики 62, 65
Артезунат 64
Африка к югу от Сахары хii–хiii, 26, 46, 66, 68
Аэропортовые сборы с отъезжающих 29

[Б]

Бамакская инициатива (1987) 44
Бангладеш 48, 94
Банкротство, личное 9
Бедняки
 доступность услуг хviii, 9–11, 41–42
 качество медико-санитарной помощи 10–11
 освобождение от оплаты услуг 44–45
 охват схемами объединения средств 49–51
 субсидирование хv, 50, 51, 88
Богачи хviii, 10, 11
Больницы
 повышение экономической эффективности 63, 67–68, 72
 системы платежей хvii
Бонусные программы стимулирования 75
Ботсвана 27
Бразилия 29, 67
Бурунди 41, 44

[В]

Валовой внутренний продукт (ВВП), доля 3,24,59,53
Ваучеры хvi, 52
ВИЧ/СПИД 27, 33, 64–65, 78
Вмешательства (комплекс, уровни) 63, 69–70, 71, 72
Внедрение 95–96
Внешние источники хxi, 4, 25–26, 31
 См. также: Доноры, международные
Внешняя помощь хiii, 6–7, 31–35, 53
 См. также: Помощь развитию
Врачебные ошибки 63, 68–69
Вредные для здоровья продукты питания; обложение налогом 29
Время ожидания 12
Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)
 «Безопасная хирургия спасает жизни», инициатива 68
 контроль качества лекарственных средств 64–65
 Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака 30
Всеобщий охват ix–х, 3
 два ключевых элемента 6, 9–12
 затраты на осуществление 22–23

повестка дня для действий хix, 87–102
подготовка к движению в направлении т. о. 13–14
придание достигнутым успехам долгосрочного характера 8–9
различные пути достижения 12–13
три аспекта хv–хvi, 12
успехи в продвижении к т. о. , хi, 7–8
 целевой подход 13
Выписка лекарств, экономически эффективная 63, 65
Выравнивание рисков 47, 49, 89
Вьетнам хxi, 8, 101

[Г]

Германия хi, 27, 44, 51, 68, 75
Государственные медицинские учреждения
 отмена оплаты за услуги 45–46
 относительная экономическая эффективность 68
 прямые платежи в г. м. у. 51, 52
Государство
 качество предоставляемых услуг 26–27
 расходы на здравоохранение хii–хiii, 23–26,35
Гана 9, 27, 46
Габон хi, 8, 28–30

[Д]

Детская медицинская помощь 44, 75–76
Дженерики 62–64
Долевое участие в затратах хiv, 4, 5, 74
Доноры, международные 6–7, 25–26
 гарантированные облигации 28, 100
 невыполнение обязательств хiii, 31–32, 33, 100
повестка дня хxi, 99–101
экономическая неэффективность порожденная д. м. 66, 101
Доступность медико-санитарных услуг, финансовая 9–11
 и ситуационный анализ 92–93
 препятствия х, 41–42, 45, 51–52
 устранение препятствий хiv–хvi, 44–51, 52, 53, 87–88
См. также: Охват медико-санитарными услугами

[Ж]

Женщины хviii, 42

[З]

Законодательство 95
Закупки 4
 пассивные хviii, 76–77
 стратегические (активные) хviii, 76–77, 90
Замбия 45–46, 68, 71
Заместительная почечная терапия 22
Замещение дохода х, 11–12
Затратная эффективность 69–70, 71, 75
Защита от финансовых рисков хiv–хvi, 7–8, 11–12, 47–51
мониторинг 98, 99
ситуационный анализ 92–93
создание 88–89
«Здоровье для всех», принцип ix, 13

[И]

Индия хiii, 28, 29, 48
Инновационное финансирование здравоохранения хiii, хxi,
27–31, 35, 87–88, 100
Инфекции, полученные в больнице 68
Инфляция 32
Информационные системы в здравоохранении 99

[К]

Камбоджа xi, 44–45
Катастрофические расходы на охрану здоровья x, 5, 9, 41–42,
43, 46
Качество медицинской помощи 10–11, 63
Качество услуг, предоставляемых государством 26–27
Кения 5, 42, 45
Кесарево сечение 73, 74
Китай 7, 101
Клинически-связанные группы (КСГ) хvii–хviii, 74–75
Коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина (КДС3) 10,
78–79
Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью 22
Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья 13, 79
Комплексная адаптивная система 13
Компьютерные томографы (КТ) 65
Конго, Демократическая Республика 43
Контрафактные лекарственные средства 63, 64
Контроль качества лекарственных средств 63, 64–65
Контрольные перечни 68
Концепция будущего, разработка 91–92
Коренные народы хviii, 79
Корея, Республика 8, 30, 47, 49
Корпорации, крупные 26, 29, 30
Коррупция 61, 63, 69
Кыргызстан 8, 30, 47, 49

[Л]

Лекарственные средства
контроль качества 63, 64–65
коррупционная практика при распространении 69
надлежащее использование 63, 65, 73
нецелесообразные расходы на л.с. 62–64
потенциальная экономия от экономической эффективности 72
Ливан 72, 73

[М]

Магнитно-резонансная томография (МРТ) 65
Малярия 27, 33, 64–65, 71
Медикаменты. См.: Лекарственные средства
«Медикэр» (США) 66, 68–69, 70, 75
Медицинская помощь в конце жизни 70
Медицинские работники 45
стимулы по результатам работы 76
производительность и результаты работы 63, 66–67, 72
оплата труда 43, 44–45, 73, 75

Медицинские технологии 65–66
Медицинское страхование 6,7
на уровне сообществ 48, 89
обязательное хv, 87, 88–89
Международная организация труда (МОТ) x, 11–12
Международное партнерство в области здравоохранения
хxi, 6
Международный финансовый орган для программ
по вакцинации 28, 35
Мексика 8, 49, 52
Мигранты хviii, 79
Микрострахование 48, 89
Мобильные телефоны 29, 30
Молдова, Республика 50, 51
Мониторинг 97–99
Мошенничество 63, 69

[Н]

Надлежащее управление 27, 69, 90
Налог на добавленную стоимость (НДС) 27
Налог на продукты питания, вредные для здоровья 29
Налог на транзакции с банковских счетов 29
Налог на туризм 29
Налог на финансовые транзакции 28–30
Налоги 6
инновационные источники сбора н. хiii, 27–31, 35
«на пороки» хiii, 30
объединение средств со страховыми взносами 50–51
социальной солидарности хiii, 28, 29
целевые 30
экономический эффективный сбор н. хii, 26–27
«Невозможные случаи», подход 68–69
Неравенство
в отношении охвата x, хviii, 9–10, 11
в результате прямых платежей 42
в отношении качества медико-санитарной
помощи 10–11
устранение 78–79
Неформальные платежи 42, 45, 46
Неформальный сектор 26, 48–49
Неэффективность экономическая (неэкономичность) 61
причины хvii, 62, 63
См. также: Экономическая эффективность
Нигерия 71
Нидерланды хv, 47
Норвегия 11, 21

[О]

Облигации
гарантированные странами-донорами 28, 100
для диаспоры хiii, 29
Обнищание x, 5, 9, 41, 42, 43
Оборудование медицинское 63, 65–66
Обусловленные денежные трансферты (ОДТ) хvi, 52, 88
Обучение на опыте 87–91

Объединение финансовых средств; схемы xiv–xvi, 4, 6, 47–51, 52–53

альтернативы и компромиссы 12
и выравнивание риска 47, 49, 89
и субсидированные (страховые) взносы xv, 50, 51
и схемы платежей поставщику услуг 73–74
консолидация 47, 88–89
с поступлениями от общего налогообложения 50–51
технические решения 96
фрагментация xv, 47, 77–78
См. также: Схемы объединения средств

Ограничение затрат 44, 62

Оплата пациентом

См.: Прямые платежи

Оплата случая заболевания xvii, 74–75

Организационные структуры и правила 95–96

Организация экономического сотрудничества

и развития (ОЭСР); страны

медицинские технологии 65

помощь развитию 31–32, 35, 100

прямые платежи 47

расходы на здравоохранение 3, 4, 21

сбор налогов 26

Патентованные лекарственные средства 62–64

Отпуск

по болезни, оплаченный 11

по уходу за ребенком 11

Официальная помощь в целях развития (ОПР) xiii, 32, 33–35, 100

Охват медико-санитарными услугами

всеобщий. См.: Всеобщий охват

и неравенство x, xviii, 9–10, 11

конкретных секторов населения 49

мониторинг 98, 99

три направления расширения xv–xvi, 12

Охрана здоровья матери и ребенка 44, 75–76, 79

Оценка 97–99

ограничений 94–95

[П]

Пакистан 30, 45

Парижская декларация об эффективной помощи xxi, 7, 34, 53, 78, 100

Первичная помощь 52, 74

Плата за услугу xvii, 73–74, 90

Платежи из личных средств пациента. См.: прямые платежи

Подушевая оплата xvii, 74

Помощь развитию (международная) xiii, xxi, 31–35

доноры. См.: доноры, международные

предсказуемость 34–35, 100

фрагментированное предоставление 78, 101

См. также: Внешняя помощь

Помощь, международная. См.: Помощь развитию

Поставщики

методы платежей xvii–xviii, 73–75, 90

стимулы по результатам работы 75–76

Потери от бесхозяйственности xi, xvi–xviii, 61, 63, 69

Предварительная оплата xiv–xvi, 4, 6, 47, 52–53, 77

обязательная xv, 87, 88–89

продвижение к введению п. о. 8

См. также: Схемы объединения средств

Проверка нуждаемости 44

Программа ВОЗ CHOICE 70, 74

Программы

в области профилактики злоупотребления наркотиками 78

основанные на предоставлении льгот в зависимости

от дохода 44

стимулирования по результатам работы 75–76

Профилактические вмешательства 70, 71, 90

Прямые платежи (из личных средств пациента) xi, 4, 5, 52–53

альтернативные ресурсы xiv, 46–47

и дополнительные затраты на медико-санитарные услуги

51–52

и процент расходов на здравоохранение 42, 43, 53

и риск оказания излишних услуг 73–75, 90

и финансовые затруднения x, 5, 9, 41–42

исключения из системы прямых платежей 44–45

как мера по ограничению затрат 44

неофициальные (неформальные) 42, 45, 46

отмена/сокращение xiv, 7–8, 45–47, 53, 87

проблемы 5, 41–44

распространенность 41, 42

Психическое здоровье, охрана 71

[Р]

Рабочая группа высокого уровня по международному

финансированию систем здравоохранения xiii, 22–23, 28

Рак шейки матки 71

Расследования, посвященные неэкономному использованию

ресурсов 63, 65

Расходы на здравоохранение 3, 4, 21

и общие расходы государства xii–xiii, 23–26, 50, 53

процент прямых платежей 42, 43, 53

Ресурсы для нужд здравоохранения, финансовые

альтернатива прямым платежам 46–47

внешняя помощь 31–35

государственные ассигнования 23–26

инновационные внутренние источники xiii, 26–31, 87–88

методы привлечения xii–xiii, 21, 23–35

необходимые для всеобщего охвата 22–23

ограничения xi, 21

привлечение значительных р. xii–xiii, 21–35, 96, 98

смешанные источники 50

справедливое использование 89–91, 97

справедливый сбор 88, 96

экономически эффективное использование xi, xvi–xviii,

61–80, 89–91

экономически эффективный сбор xii, 26–27, 96

Руанда xxi, 6, 21, 101

[С]

Сбор доходов хii, 4
См. также: Налоги
Сбор с валютных транзакций 28, 29
Сбор с валютно-обменных транзакций хiii, 28, 29
Сбор с продажи авиабилетов 27, 28
Сбор солидарности «MassiveGood» 27
Сектор Газа 66
Сельские районы 45–46, 51–52, 70
Сенегал 5, 44
Системы финансовой отчетности 99
Ситуационный анализ 92–93
Смешанная система платежей 75
Советский Союз, бывший 30–31, 45
Соединенное Королевство 21, 67, 75
Соединенные Штаты Америки (США) 21
банкротство частных лиц 9
реформа финансирования здравоохранения 7, 101
экономическая неэффективность 61, 62, 65, 66, 68–69, 70
Соплатежи 5, 44, 74
Социальная помощь (поддержка) х, 11–12
Социальная солидарность 13–14
Социальная справедливость хviii, 88, 96, 97. См. также:
Неравенство
Стандарт надлежащей производственной практики (GMP) 64
Старение населения 23, 27
Стимулы хvii–хviii, 72–75, 90
неправильные 73, 76
основанные на результатах работы 75–76
Стоимость проживания 51–52, 88
Стратегии изменений; разработка 95, 96–97

[Т]

Табак
акцизные налоги хiii, 29, 30
борьба против т. 71
Таиланд 3, 4, 22, 48–49, 71, 102
Танзания, Объединенная Республика 67
Техническое сотрудничество 32
Технологии, медицинские 65–66
Транспортные расходы 51–52, 88
Туберкулез (ТБ) 27, 33, 64–65, 77–78
Турция 8

[У]

Украина 48
Утечка ресурсов в здравоохранении 61, 63, 69, 72

[Ф]

Фармацевтические компании 30
Финансирование здравоохранения
цикл принятия решений хix–хх, 91–99
три критических области 3–4
Финансирование по результатам 75–76
Финансовая оценка 93–94
Финансовые трудности х, 5, 9, 41–42

Фонд тысячелетия по инновационному финансированию
здравоохранения 27, 35
Фонды для оплаты отпуска по болезни 48
Фонды социальной справедливости в здравоохранении 45
Фрагментация хv, 47, 77–78, 89–90, 101
Франция 27, 44, 75
Франшизные продукты/ услуги 29
Франшизы 5

[Ц]

Целевой подход к всеобщему охвату 13
Целевые задачи изменений, разработка 95, 96–97
Целевые налоги 30
Цели ООН в области развития, сформулированные
в Декларации тысячелетия (ЦРДТ) хii, 33
Ципрофлоксацин 62, 64

[Ч]

Частный сектор здравоохранения 51, 52, 68
Чешская Республика 49
Чили 24, 27

[Ш]

Швейцария хv, 21, 47, 68

[Э]

Эффективность экономическая хi, хvi–хviii, 61–80, 96, 97
и ситуационный анализ 93
и стратегические закупки 76–77
и фрагментация 77–78
методы повышения 62–70, 89–91
потенциальные выгоды от повышения 70–72
стимулы содействующие э.э хvii–хviii, 72–76
См. также: Неэффективность экономическая
Экономический спад/рецессия 33, 43–44
Эстония 71, 78

[Ю]

«Юнитейд» (Unitaid) (международный механизм закупок
лекарств против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии) 27