

## **XV. Приложение 4: Финансирование здравоохранения**



*ZdravReform/ЗдравРеформ*

### **Финансирование здравоохранения**

Сентябрь 1999 г.

Submitted by the *ZdravReform* Program to:

USAID/CAR

Funded by:

AID Contract No. CCN-C-00-94-00023

Managed by Abt Associates Inc.

Almaty, Kazakhstan

Финансирование здравоохранения является необходимым, но недостаточным компонентом любой программы реформирования здравоохранения. Вопрос финансирования здравоохранения не может решаться отдельно, а должен быть интегрирован в реструктуризацию системы обеспечения медицинской помощи, изменение медицинской практики, увеличение возможностей медицинских работников, развитие информационных систем и привлечение населения. Решение каждого вопроса в отдельности малоэффективно, поэтому все элементы реформы здравоохранения должны быть объединены в одну комплексную программу.

Вопросы финансирования здравоохранения по сути относятся к тому, как распределяются ресурсы в стране между конкурирующими целями в экономике в целом и между конкурирующими целями в секторе здравоохранения. Реформы финансирования здравоохранения направлены на создание институциональных условий и экономических стимулов для распределения ресурсов на достижение высокоприоритетных целей. «Высокоприоритетные цели» определяются, с одной стороны, политическими решениями, отражающими общие ценности общества, а именно, значением, которое придает государство здоровью населения и развитию здравоохранения по сравнению с другими отраслями экономики, и более объективными критериями, как, например, частью, определяемой более объективными мерками ценности соотношения полученных результатов к затратам.

Решения по распределению ресурсов принимаются на пяти различных уровнях системы начиная от решения по общему объему ресурсов распределяемых сектору здравоохранения на государственном уровне, заканчивая определением объема финансирования каждого медицинского учреждения в отдельности. Финансовая политика здравоохранения определяет то, какие институты принимают решения по распределению ресурсов на каждом уровне и то, как принимаются эти решения. В советской системе политика финансирования здравоохранения была неэффективной и в том, как были разделены функции по распределению ресурсов между покупателями и поставщиками медицинских услуг, и в том, как принимались решения по распределению ресурсов. Поэтому большая часть деятельности по осуществлению реформы финансирования сектора здравоохранения в Центральной Азии была направлена на соответствующее разделение функции покупателей и поставщиков медицинской помощи по распределению ресурсов и изменение механизмов распределения ресурсов на всех уровнях системы.

Решения о распределении ресурсов сектору здравоохранения начинаются с определения общего объема государственных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, и являются политическими решениями. В дополнение к этому, фиксированный объем ресурсов здравоохранения должен распределяться между всеми регионами, что также является политическим решением. В советской системе все эти функции осуществлялись, и часто все еще осуществляются республиканским и областными политическими руководствами совместно с Министерством финансов.

После того как ресурсы здравоохранения будут объединены в единый пул на уровне каждой области, ресурсы должны быть распределены по всем секторам системы здравоохранения: первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-поликлинической и диагностической помощи, стационарной помощи, общественному здравоохранению, образованию и исследованиям, капитальным вложениям и управлению. Ресурсы также должны быть распределены по медицинским учреждениям каждого звена системы здравоохранения, а затем по результатам деятельности внутри медицинских учреждений. В советской системе все эти решения принимались Министерством здравоохранения, но при большом влиянии процесса

формирования бюджета Министерством финансов, который основывался на физических мощностях (см. «Институциональная структура и функции сектора здравоохранения»).

Таким образом, в советской системе, покупатель медицинских услуг в лице политического руководства Министерства финансов и Министерства здравоохранения принимал решения по распределению ресурсов. Поставщики медицинских услуг не могли контролировать ресурсы здравоохранения и поэтому не имели стимулов или возможностей заменять методы предоставления медицинских услуг на более эффективные и результативные. Следующий раздел представляет, как функции распределения ресурсов могут быть разделены между покупателем и поставщиками медицинских услуг, чтобы создать соответствующие экономические стимулы, направленные на лучшее использование ограниченных ресурсов здравоохранения.

### **Разделение покупатель-поставщик**

Разделение покупатель-поставщик является разделением обязанностей в процессе распределения и использования ресурсов здравоохранения между покупателем (на национальном или региональном уровнях) и поставщиком медицинских услуг. Разделение покупатель-поставщик может быть осуществлено посредством принятия нескольких различных политических решений, например, созданием системы медицинского страхования в качестве независимого покупателя медицинских услуг (см. «Медицинское страхование») или увеличением автономии и самостоятельности поставщиков медицинской помощи с сокращением контроля внутренней деятельности поставщиков со стороны Министерства здравоохранения (см. «Приватизация»).

При правильном разделении покупатель-поставщик покупатель наделен полномочиями определять общий объем финансирования системы здравоохранения, географическое распределение финансовых средств и объем финансирования определенных видов медицинских услуг. Распределение ресурсов по видам медицинских услуг может быть осуществлено административным решением. При этом покупатель создает отдельные пулы ресурсов для каждого уровня системы здравоохранения на основе административных критериев. Либо решение может быть принято с учетом рыночных условий, с созданием более комплексного пула ресурсов, при которых конкуренция между различными частями системы здравоохранения определит окончательное распределение ресурсов.

Кроме того, покупатель медицинских услуг осуществляет функцию определения системы финансирования поставщика медицинских услуг, которая является механизмом создания покупателем стимулов для поставщика принимать решения по внутреннему распределению ресурсов. Системы финансирования поставщиков являются границей, за которой заканчиваются полномочия покупателя в части распределения ресурсов здравоохранения и вступают в силу полномочия поставщика или моментом, когда полномочия переходят от покупателя к поставщику (см. «Система подушевого финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи» и «Рационализация структуры и финансирования стационаров»).

Во-первых, покупатель медицинских услуг определяет объем ресурсов здравоохранения в системе и методы распределения ресурсов по всем секторам системы здравоохранения. Следующий этап принятия решений включает распределение ресурсов между поставщиками, предоставляющими различные виды медицинских услуг, например, методы распределения аккумулированных ресурсов стационаров по больницам. На этом этапе покупатель медицинских услуг является только пассивным дистрибьютором финансовых средств. Покупатель уже определил системы финансирования и поэтому теперь должен просто распределять ресурсы, заработанные поставщиками медицинских услуг посредством

предоставления услуг в ответ на стимулы покупателя. Существующие поставщики медицинской помощи, конкурируя друг с другом, определяют распределение ресурсов по учреждениям внутри каждого сектора системы здравоохранения.

Последним этапом принятия решений по распределению ресурсов являются методы внутреннего распределения поставщиками ресурсов, заработанных в результате предоставления медицинской помощи по таким физическим мощностям, как персонал, лекарственные препараты и оборудование, а также по таким результатам, как пакет медицинских услуг. На данном этапе поставщик распределяет ресурсы в соответствии с потребностями организации, вызванными желанием поставщика соответствовать стимулам покупателя для того, чтобы лучше конкурировать и отвечать требованиям по квалификации для получения лучшего финансирования.

### **Распределение ресурсов здравоохранения**

<b>Решения покупателя</b>	
1.	Первый этап- принятие решения по объему государственных (на национальном и региональном уровнях) ресурсов, выделяемых сектору здравоохранения.
2.	Второй этап - принятие решения по методам сбора ресурсов на национальном уровне и их географическому распределению по областям, городам и районам.
3.	Третий этап - распределение ресурсов по видам медицинских услуг - первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-специализированной и диагностической помощи, стационарной помощи, общественному здравоохранению, образованию и исследованиям, капитальным вложениям и управлению.
<b>Системы финансирования поставщиков медицинской помощи</b>	
<b>Решения поставщиков медицинской помощи</b>	
4.	Четвертый этап - распределение ресурсов между поставщиками внутри каждого сектора системы здравоохранения.
5.	Пятый этап - распределение поставщиком ресурсов по физическим мощностям и результатам.

Таким образом, разделение покупатель-поставщик *разделяет полномочия* по вопросам распределения и использования ресурсов здравоохранения, но *сохраняет целостность* процесса распределения и использования ресурсов здравоохранения посредством применения систем финансирования поставщиком медицинской помощи. Разделение покупатель-поставщик является горизонтальным разделением между 3-м и 4-м уровнями функции финансирования здравоохранения. Оно не является вертикальным разделением, когда такие два государственных покупателя медицинских услуг, как фонд страхования и Министерство здравоохранения, осуществляют все пять функций или этапов финансирования. Вертикальное разделение не является эффективным и результативным, поскольку предусматривает дублирование функций. Разделение покупатель-поставщик является техническим элементом в процессе распределения и использования ресурсов. Однако, оно является абсолютно важным условием успеха реформы национальной системы здравоохранения.

Почему разделение покупатель-поставщик так важно? Существует ряд причин, некоторые из которых можно сформулировать следующим образом:

- Разделение способствует развитию конкуренции между поставщиками медицинских услуг, поскольку обеспечивает стимулами тех поставщиков, которые достигают лучших результатов;

- Разделение позволяет поставщикам контролировать результаты своей работы, и они могут повышать свой объем финансирования посредством предоставления качественных услуг;
- Разделение позволяет покупателю контролировать поставщиков, чтобы они были ответственными за достижение желаемых результатов.

Реформа финансирования, направленная на более соответствующее распределение функций распределения ресурсов между покупателем и поставщиком, повысит эффективность и результативность системы и позволит использовать скудные ресурсы здравоохранения по наиболее приоритетным направлениям, если только будут существовать соответствующие условия, позволяющие свободно перемещать ресурсы внутри системы. В странах Центральной Азии способность покупателей и поставщиком медицинской помощи перемещать ресурсы здравоохранения ограничена.

Гибкость покупателя медицинских услуг в части принятия решений по распределению ресурсов сдерживается фрагментированными бюджетами здравоохранения, которые формируются на областном, городском и районном уровнях. Это ограничивает способность покупателя распределять ресурсы географически по уровням здравоохранения наиболее эффективным и результативным путем. Покупатели медицинских услуг должны быть способны аккумулировать ресурсы здравоохранения на областном уровне, чтобы использовать возможность принимать решения по распределению своих ресурсов в целях повышения равномерности, рационализации системы предоставления медицинских услуг и применять эффективные системы финансирования поставщиков медицинской помощи (см. «Аккумуляция ресурсов здравоохранения»).

Гибкость покупателей медицинских услуг в части распределения ресурсов ограничена по причине того, что они получают финансирование и должны расходовать эти средства в соответствии с фиксированными статьями бюджета. Гибкость медицинских учреждений ограничена в части перераспределения ресурсов по статьям бюджета, и это означает, что они не будут в достаточной степени реагировать на стимулы системы финансирования покупателя медицинских услуг. Новые методы финансирования поставщиков медицинской помощи, создающие более сильные экономические стимулы, должны сопровождаться большей степенью автономии в части принятия решений по адаптации деятельности и расходованию их ресурсов в соответствии со своими потребностями.

### **Следующие шаги**

В заключение, существуют три основных направления, которые были определены в начале реформы политики финансирования в странах Центральной Азии и должны соблюдаться с целью повышения эффективности и результативности систем здравоохранения.

- Во-первых, разделение функций по распределению ресурсов покупателей и поставщиков медицинской помощи с применением новых методов финансирования в качестве точки пересечения.
- Во-вторых, аккумуляция ресурсов здравоохранения на географическом уровне, не меньше размера области. Это значит, что все районные, городские, областные и республиканские ресурсы должны аккумулироваться в единый бюджет.

- В-третьих, предоставление большей автономии поставщикам медицинской помощи, позволив покупателю распределять ресурсы, а поставщику затрачивать средства без бюджетных статей.