

# На МЕСТАХ



В странах с формирующимся рынком и развивающихся странах расходы на здравоохранение переходят от центральных правительств к штатам и городам

Посещение больницы, построенной организацией “Partners in Health” для Министерства здравоохранения Руанды в Бутаро (район Бюрера, Руанда).

Виктория Фэн и Аманда Глассман

В этом мире неизбежны только смерть и налоги — как-то так звучит одно известное изречение. Экономисты могут добавить еще и третью неизбежность: рост расходов на здравоохранение. По мере экономического роста стран сходятся воедино две тенденции в рамках изменения модели финансирования здравоохранения — увеличиваются расходы на здравоохранение на одного человека и сокращаются расходы на медицинские услуги, оплачиваемые за собственный счет (см. рис. 1).

Но если увеличение совокупных расходов на здравоохранение кажется неизбежным, сокращение разорительных медицинских платежей таковым не является. Несмотря на снижение в среднем расходов за свой счет, многие домохозяйства по-прежнему разоряются на

медицинских счетах, особенно в странах с низким доходом. Исследования показывают, что мобилизация расходов государства или казны на здравоохранение, а с ней и мер политики, повышающих эффективность расходования государственных денег в рамках национальных систем здравоохранения, должна увеличиваться, если расходы из собственных средств населения продолжают сокращаться.

Тем не менее, государственные расходы на здравоохранение осуществляются не на общенациональном уровне, особенно в крупных федеративных государствах, состоящих из самоуправляемых региональных субъектов, таких как штаты или провинции (см. рис. 2). Многие сложные решения относительно эффективного и действенного распределения государственных средств на здравоохранение принимаются не в столице, а на уровне региональных и местных правительств. Это не новое явление для стран с развитой экономикой. По мере роста доходов в странах с формирующимся рынком и развивающихся странах, а также развития процессов демократизации, децентрализации и урбанизации расходы субнациональных правительств, вероятно, продолжат расти. В Бразилии, например, субнациональные расходы на здравоохранение возросли с 25 процентов до 55 процентов от совокупных расходов на здравоохранение за период между 1980 и 2009 годами (см. рис. 3).

Однако эффективность расходов в рамках региональных и местных систем здравоохранения на цели улучшения здоровья и сокращения обнищания населения в результате оплаты медицинских услуг очень сильно различается. Более того, в слишком большом числе случаев государственные системы здравоохранения (которые стремятся к защите благополучия населения через программы профилактики, такие как вакцинация и эпидемиологический надзор

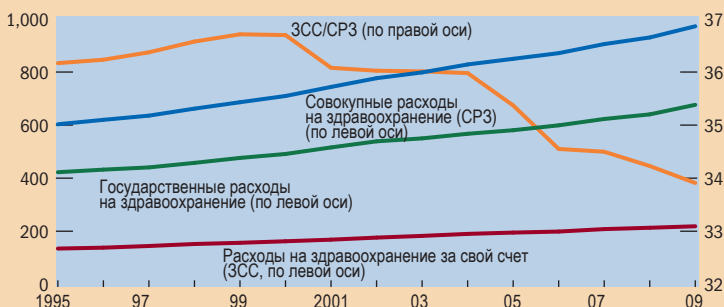
Рисунок 1

## Вверх, вверх и в сторону

Расходы на здравоохранение устойчиво растут по всему земному шару, но пациенты оплачивают все меньшую долю за свой счет.

(Ежегодные расходы на здравоохранение на человека, в долларах)

(За свой счет, в процентах от совокупных годовых расходов на здравоохранение)



Источник: Fan and Savedoff (2014).

Примечание. Данные являются средними по 126 странам с развитой экономикой, странам с формирующимся рынком и развивающимся странам. ЗСС/СФЗ = расходы за свой счет, в процентах от совокупных расходов.



и контроль, как в случае с недавней вспышкой лихорадки Эбола) отходят на второй план на фоне более заметных и престижных медицинских видов деятельности по лечению заболеваний, зачастую в больницах, использующих дорогостоящие технологии, при этом дающих лишь небольшое улучшение ситуации со здоровьем населения.

Эти тенденции требуют изучения расходов на здравоохранение на субнациональном уровне, в том числе успешных реформ местного здравоохранения в странах с формирующимся рынком и развивающихся странах, а также усилий центральных правительств по стимулированию инноваций и результативности работы на местном уровне.

### Инициативы на местах

Многие субнациональные субъекты провели успешные реформы в области здравоохранения, медицины и профилактики, даже когда реформы на общенациональном уровне провалились. В число сфер таких реформ входят изменение финансирования и оплаты, действия в области организации и регулирования и даже попытки изменения поведения отдельных людей путем стимулирования занятий физическими упражнениями или противодействия курению.

Некоторые такие изменения происходили в странах с развитой экономикой. В США, например, штат Массачусетс в 2006 году расширил сферу действия медицинских страховок. От незастрахованных людей требовалась покупка частных страховых полисов, а приобретение страховок бедными субсидировалось. Этот эксперимент стал эталоном для спорного, стремительного и масштабного расширения охвата населения медицинским страхованием на национальном уровне, проведенного в 2014 году.

Но многие изменения также происходили в странах с формирующимся рынком и развивающихся странах:

**Китай.** Шанхай, главный торговый город страны, провел комплексную реформу здравоохранения в целях снижения медицинских расходов населения за свой счет и улучшения здоровья с меньшими издержками (Cheng, 2013). Например, шанхайские поликлиники предлагали жителям 1000 лекарств из списка жизненно важных лекарственных средств — еще до того как Китай начал проведение общенациональной реформы в 2009 году, в результате которой 307 жизненно важных лекарств стали доступными для всех жителей страны. В городе функционирует, возможно, самая передовая и интегрированная информационно-технологическая система в области здравоохранения

в Китае, с помощью которой все больницы и врачи получают доступ к медицинской документации пациентов. Это помогает регулирующим органам следить за поведением терапевтов, контролировать затраты и в конечном счете улучшать здоровье населения. Город также идет в авангарде разработки интегрированной системы предоставления медицинской помощи всех уровней — первичной, специализированной и высокоспециализированной. Другие регионы Китая внимательно следят за ведущейся в Шанхае работой.

**Колумбия.** В Медельине, втором по величине городе этой южноамериканской страны, правительство запустило объединенную сеть предоставления услуг в области здравоохранения с целью выравнивания качества медицинских услуг по всему городу (Guerrero et al., 2014).

**Пакистан.** В провинции Пенджаб правительство ввело в действие модель распределения ресурсов на основе оценки показателей работы, разработанную для обеспечения четкой увязки финансирования каждого административного района с его потребностями в области здравоохранения. В рамках этой модели каждый район Пенджаба автоматически получает 70 процентов от базовой суммы финансирования. Для получения оставшихся 30 процентов район должен повысить показатели в соответствии с определенными индикаторами, такими как доля детей, рожденных в медицинских учреждениях или с помощью квалифицированного акушера, и доля полностью вакцинированных детей в возрасте от 18 до 30 месяцев. Подход на основе оценки показателей работы дает административным районам Пенджаба четкие стимулы по улучшению здоровья своего населения.

**Бразилия.** В городе Сан-Паулу проводится программа «Агита Сан-Паулу», которая популяризирует активный образ жизни с помощью идеи о том, что 30 минут физических упражнений в день — это вполне достижимая и приятная цель для здоровья. В Сан-Паулу также проводятся крупномасштабные мероприятия, имеющие целью заставить людей изменить свое поведение и улучшить в целом здоровье населения. Эти кампании были скопированы многими другими бразильскими городами (РАНО, 2011).

### Стимулы сверху

Несмотря на то что расходы и инновации переходят на уровень региональных правительств, национальные правительства играют ключевую роль в контроле над деятельностью субнациональных

Рисунок 2

#### Расходы на местном уровне

Во многих странах с формирующимся рынком и развивающихся странах расходы на здравоохранение региональных и местных органов власти растут быстрее, чем расходы центральных правительств.

(Доля от совокупных расходов на здравоохранение на субнациональном уровне, в процентах)



Источник: расчеты авторов.

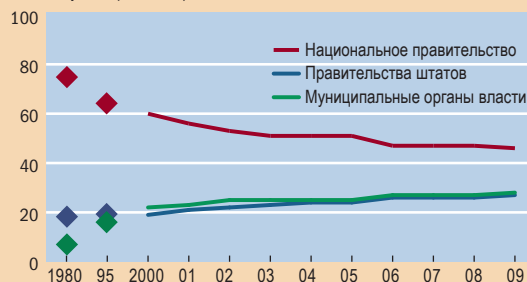
Примечание. Данные по странам представлены за разные годы, указанные в скобках.

Рисунок 3

#### Регионы на подъеме

В Бразилии расходы штатов и муниципальных образований повысились с приблизительно 25 процентов от совокупных расходов на здравоохранение в 1980 году до 55 процентов в 2009 году.

(Государственные расходы на охрану здоровья, в процентах от совокупных расходов)



Источник: Langevin (2012).

субъектов и руководстве ею, а также в привлечении дополнительных средств к тем средствам, которые центральное правительство передает им для поддержки деятельности в области здравоохранения. Центральные правительства могут принимать решения относительно того, как передавать средства региональным правительствам или платить поставщикам медицинских услуг для стимулирования высоких показателей результативности работы в штатах и провинциях и даже на более низких уровнях, таких как муниципальные образования.

В Руанде, например, национальное правительство инициировало стимулирующие выплаты, среди прочих, субнациональным государственным и некоммерческим религиозно-добровольным поставщикам медицинских услуг. Выплаты обуславливались увеличением объема предоставляемых услуг и повышением качества ухода за пациентами с ВИЧ/СПИД и матерями с детьми. Основанием для выплат являлись отчеты об эффективности деятельности, составленные по итогам независимых и представительных аудитов. В результате действия этой программы существенно улучшилась ситуация с обеспеченностью детей питанием, а предоставление услуг в области здравоохранения увеличилось на 20 процентов (Gertler and Vermeersch, 2013).

В Аргентине федеральное правительство использует стимулы для того, чтобы побудить провинции улучшить ситуацию в сфере рождаемости. Национальное правительство рассматривает стимулы на основе статистики об участии незащищенных семей в программе «План Насер», сокращения смертности новорожденных и предоставления квалифицированной пренатальной помощи. Программа компенсирует провинциям 5 долларов в месяц в расчете на душу населения за каждого участвующего в ней человека и еще 3 доллара в месяц за достижение целевых показателей, таких как увеличение массы новорожденных и степень вакцинации населения. То есть 60 процентов вознаграждения рассчитывается на основе данных о числе участвующих в программе людей и 40 процентов — на основе улучшения ситуации с расширением предоставления населению услуг по охране здоровья и их эффективности. В результате смертность новорожденных сократилась на 22 процента за 2004–2008 годах (Gertler, Giovagnoli, and Martinez, 2014).

В Индии в рамках национальной программы медицинского страхования для бедных «Раштрия свастхья бима йоджана» (РСБЙ) предусмотрены стимулы для присоединения штатов к этой программе. В каждом штате среди частных страховых компаний проводятся ежегодные конкурсы по отдельным административным районам. Уполномоченное агентство выбирает наиболее выгодную по качеству и цене страховую премию для каждого района. Затем за каждого участвующего в программе человека штаты платят 25 процентов от страховой премии, а центральное правительство доплачивает оставшуюся сумму. Выплаты за эффективность не предусмотрены. Страховщики районного уровня заинтересованы в участии как можно большего числа людей, так как они хотят увеличить свои прибыли. Начата в 2007 году программа уже охватывает более 100 миллионов человек, которым, среди прочего, предоставляется относительно щедрый пакет на госпитализацию. Первые результаты показывают, что меньшее число людей стало беднее в результате оплаты медицинских услуг за свой счет (La Forgia and Nagpal, 2012). РСБЙ относительно недорога, и на нее приходится лишь малая часть всех государственных расходов на здравоохранение в Индии.

### Ребус возможностей

Тем не менее, несмотря на потенциал децентрализации, у передачи правительственных функций и ответственности в сфере расходов на субнациональный уровень есть серьезные сложности. Даже если региональные правительства располагают широкими полномочиями в области принятия решений, у штата или провинции могут возникнуть трудности с проведением в жизнь этих решений из-за нехватки административного потенциала

или недостаточной подотчетности, а зачастую и того, и другого одновременно.

В Мексике, например, где большая часть расходов на здравоохранение проходит на региональном или местном уровне, федеральное правительство попыталось измерять эффективность работы штатов относительно таких контрольных показателей в области здравоохранения, как раннее выявление и лечение рака груди (Lozano et al., 2006). Но в некоторых случаях штаты отказались от предоставления отчетов, и федеральное правительство свернуло их публикацию после всего одного раунда проверки контрольных показателей.

Во многих ситуациях повышение ответственности и расходов на субнациональном уровне ассоциируется с большой разницей уровня медицинского обслуживания, равенства и результатов лечения между более богатыми и более бедными регионами страны. Существование таких разрывов объясняется многими причинами: разница в характеристиках населения, таких как доходы и общее состояние здоровья, риски и поведение; разная налогооблагаемая база; разные приоритеты в области инвестиций на местном уровне. Такие разрывы случаются и в странах с развитой экономикой. В Соединенном Королевстве «Атлас отличий» Национальной службы здравоохранения за 2011 год показал, что медицинские услуги сильно различаются в зависимости от места жительства.

В Индии менее развитым и более бедным штатам на севере и в центре страны, таким как Бихар и Уттар-Прадеш, не хватает административного потенциала, и у них возникают трудности с освоением средств, выделенных им центральным правительством. Потенциал по расходованию выделенных центром средств на здравоохранение варьируется от 42 процентов (Уттар-Прадеш) до 89 процентов (Махараштра).

Разница в уровне предоставляемых регионами услуг в области здравоохранения (что является результатом разной обеспеченности ресурсами и приоритетами) означает, что без мер политики, обеспечивающих право переноса медицинских пособий из одного штата в другой, переезжающие внутри страны из одного штата в другой семьи могут оказаться не охваченными услугами здравоохранения. В Китае возможность людей получать медицинские услуги привязана к региону, в котором зарегистрировано их домохозяйство (Roberts, 2012).

В некоторых случаях функции, которые должны выполняться на национальном уровне, делегируются региональным органам с пагубными последствиями. Например, налоги, разработанные для улучшения здравоохранения, такие как акцизы на табачные изделия и спиртные напитки, контроль за распространением болезней, а также быстрое реагирование и объединение рисков в целях борьбы с ними имеют больше смысла на национальном уровне. Единичный случай появления требующей дорогого лечения редкой болезни может быстро разорить местную систему здравоохранения, если отсутствуют механизмы распределения финансовых рисков. Быстро развивающаяся эпидемия, требующая введения быстрых ответных мер в области контроля, например, недавняя вспышка вируса лихорадки Эбола в некоторых частях Западной Африки (где государственные расходы на здравоохранение находятся уже и так на чрезвычайно низком уровне), может вмиг разорить местные органы власти.

В целом государственные функции в области охраны здоровья, такие как услуги по вакцинации и профилактике, которые не являются доходными ввиду низкого спроса на них, получают недостаточное внимание и на национальном, и на субнациональном уровнях. Региональные и местные правительства в некоторых странах реорганизовали свои департаменты здравоохранения так, что в итоге укрепился уклон в сторону медицинских услуг (лечение заболеваний и расстройств), оставив без внимания мероприятия по поддержанию общего состояния здоровья людей, сосредоточенные на профилактике заболеваний и поддержании здоровья населения. В Индии только штат Тамил Наду



не объединил департамент здравоохранения, занимающийся вопросами здоровья людей, с департаментом медицины. Возможно, в результате такого внимания, уделяемого профилактике состояния здоровья населения, Тамил Наду является одним из лучших среди индийских штатов, хотя он находится в числе штатов с самыми низкими расходами на здравоохранение.

Редко бывает так, чтобы политические проблемы имели легкое решение; наоборот, для них требуются множественные решения и неоднократные попытки. Политики выиграли бы, взяв на вооружение подход, поощряющий эксперименты и получение знаний. Но экспериментирование, инновации и получение знаний технически сложны и ресурсоемки и часто представляют угрозу для давно устоявшихся представлений и сложившихся интересов.

В некоторых странах эксперименты и инновации проводятся под эгидой штатов и провинций, другие пытаются институционализировать эксперименты. В Соединенных Штатах Центр инноваций при Американских центрах по услугам в рамках программ Medicare и Medicaid содействует систематической разработке решений для проблемы низкой действенности и высокой стоимости в системе здравоохранения США. Получая финансирование на 10-летний период и будучи независимым от спонсоров, то есть от Medicare и Medicaid, Центр инноваций уменьшает обычные для инноваций препятствия и риски. Центр отработал целый ряд новых моделей и подходов, в том числе подотчетных организаций оказания помощи и медицинских домов, стремящихся распределить финансовые риски между страховщиками и поставщиками услуг для обеспечения лучшей координации по вопросу предоставления услуг по лечению пациента при одновременном снижении издержек. Medicaid — проводимая на уровне штатов при поддержке федеральных властей программа предоставления медицинских услуг нуждающимся — допускает значительные вариации между американскими штатами в отношении покрытия населения страхованием. При финансовой и технической поддержке Центра инноваций штаты могут экспериментировать с моделями, созданными с учетом именно их нужд.

## Китайские эксперименты

Институционализированные эксперименты не ограничиваются Соединенными Штатами и другими странами с высокими доходами. Китай имеет большой исторический опыт проведения экспериментов, обычно начиная с небольшого масштаба, всего в нескольких из своих примерно 2800 уездов. Флагманская программа страхования в сельских районах «Новая кооперативная программа медицинского страхования» (НКМС) сначала была опробована в нескольких уездах, а затем, только в 2003 году, расширена на всю страну. НКМС, по сути, предложила базовое страхование здоровья для сельских жителей, которые прежде в основном оплачивали медицинские услуги за свой счет.

В Южной Африке федеральное правительство содействовало проведению пилотных проектов в 11 из 54 административных районов, намереваясь затем принять общенациональную программу страхования здоровья, дополняющую существовавшую систему объектов здравоохранения. Однако пилотные проекты выявили нехватку у районов технических возможностей и недостаточные объемы технической помощи со стороны центрального правительства. По итогам проведения пилотных проектов так и не было принято какой-либо инициативы в области общенационального страхования здоровья.

Международные доноры могут играть определенную роль в содействии проведению экспериментов на субнациональном уровне. Например, Всемирный банк и Агентство по развитию при правительстве Германии (Федеральное предприятие по международному сотрудничеству) предоставили существенную техническую помощь индийской программе РСБИ. Всемирный банк предоставляет кредиты правительствам штатов и провинций — в 2008 году в диапазоне от 10 процентов от совокупного объема странового кредита Мексике до бо-

лее 60 процентов в таких странах, как Индия и Пакистан (Всемирный банк, 2009). Но эти операции требуют предоставления суверенных гарантий, которые могут как содействовать, так и препятствовать инновациям в способных обслуживать долг субнациональных субъектах. Субнациональные правительства, имея такое право, очень редко получали поддержку в виде грантов со стороны организаций государственно-частного партнерства, таких как Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и Альянс по вакцинам ГАВИ, который стремится содействовать обеспечению здоровья населения путем субсидирования мероприятий по вакцинации и иммунизации. Если глобальные доноры в области здравоохранения начнут уделять больше внимания субнациональным правительствам, более творческие подходы могут принести большую отдачу или максимизировать выгоду для охраны здоровья.

Системы здравоохранения чрезвычайно привязаны к местности, и это должно означать необходимость изменения подходов национальных и международных политиков к вопросам финансирования, бюджетных трансфертов, политики в области оплаты и предоставления услуг. Как минимум требуется уделять больше внимания тому, как субнациональные правительства осуществляют расходы на здравоохранение, а также тому, как стимулирование эффективности работы может переходить с уровня центрального правительства на уровень штатов.

Здоровая перспектива больших полномочий на местном уровне может стать реальностью только при условии, если меры политики на всех уровнях будут согласованы в целях повышения эффективности работы системы здравоохранения. ■

*Виктория Фэн является доцентом Гавайского университета в Маунаоа и научным сотрудником Центра глобального развития, Аманда Гласман является директором по вопросам политики в области мирового здравоохранения Центра глобального развития.*

## Литература:

- Cheng, Tsung-Mei, 2013, "Explaining Shanghai's Health Care Reforms, Successes, and Challenges," *Health Affairs*, Vol. 32, No. 12, pp. 2199–204.
- Fan, Victoria, and William D. Savedoff, 2014, "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence," *Social Science and Medicine*, Vol. 105 (March), pp. 112–21.
- Gertler, Paul, and Christel Vermeersch, 2013, "Using Performance Incentives to Improve Medical Care Productivity and Health Outcomes," NBER Working Paper No. 19046 (Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research).
- Gertler, Paul, Paula Giovagnoli, and Sebastian Martinez, 2014, "Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence from Argentina's Plan Nacer," *World Bank Policy Research Working Paper 6884* (Washington).
- Guerrero, Ramiro, Sergio Prada, Dov Chernichovsky, and Juan Urriago, 2014, "La Doble Descentralización en el Sector Salud: Evaluación y Alternativas de Política Pública," *PROESA Report* (Cali, Colombia: Icesi University).
- La Forgia, Gerard, and Somil Nagpal, 2012, "Government-Sponsored Health Insurance in India: Are You Covered?" *World Bank Policy Note 72238* (Washington).
- Langevin, Mark S., 2012, *Brazil's Healthcare System: Towards Reform?* (Washington: BrazilWorks).
- Lozano, Rafael et al., 2006, "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage," *The Lancet*, Vol. 368, No. 9548, pp. 1729–41.
- Pan American Health Organization (PAHO), 2011, "Non-Communicable Diseases in the Americas: Cost-Effective Interventions for Prevention and Control," *Issue Brief* (Washington).
- Roberts, Dexter, 2012, "China May Finally Let Its People Move More Freely," *Business Week*, March 15.
- World Bank, 2009, "World Bank Engagement at the State Level: The Cases of Brazil, India, Nigeria, and Russia," *Independent Evaluation Group Report* (Washington).