

Пособие для разработчиков политики и стратегии здравоохранения

Национальные счета здравоохранения: методология и процесс осуществления

Введение

Во всем мире идет развитие мощностей систем здравоохранения, направленные на улучшение здоровья обслуживаемого населения, что, однако, сопряжено с ощутимыми дополнительными затратами. Именно по этой причине получение более точной информации о финансировании системы здравоохранения становится важным элементом разработки политики здравоохранения.

Национальные счета здравоохранения (НСЗ) являются широко признанным в мировой практике методом суммирования, описания и анализа финансирования национальных систем здравоохранения, что важно при использовании финансовой информации для улучшения деятельности системы здравоохранения. На настоящий момент метод НСЗ применяется более чем в 50 странах со средним и низким доходом.

В предлагаемом пособии представлены основы методологии и этапы осуществления НСЗ. Оно предназначено для читателей, которые впервые знакомятся с концепцией НСЗ и хотят получить о ней основное представление.

Данное пособие начинается с обзора концепции и назначения НСЗ. Затем дается характеристика международного опыта применения НСЗ.

В последующих разделах обсуждаются расходы здравоохранения, структура НСЗ и классификационная система, создание группы специалистов, работающих над вопросами НСЗ, сбор и анализ данных. В заключительных разделах описывается, каким образом данные НСЗ могут использоваться для разработки политики. Особое внимание уделяется важности развития института НСЗ как постоянного ресурса для разработчиков стратегии здравоохранения.

Концепция НСЗ

НСЗ являются стандартным набором таблиц, где представлены разные аспекты национальных расходов здравоохранения. НСЗ охватывают все расходы здравоохранения в стране, включая государственные, частные и донорские. Помимо определения того, сколько именно средств идет из каждого из вышеназванных источников финансирования на здравоохранение, НСЗ тщательно отслеживают движение финансовых потоков от одного участника системы к другому, как, например, распределение средств от министерства здравоохранения (МЗ) к каждому государственному поставщику медицинских услуг и на их медицинские услуги. Иначе говоря, НСЗ контролируют финансовый пульс национальной



системы здравоохранения и отвечают на такие вопросы, как:

- ▲ Кто в стране платит за медицинскую помощь? Сколько тратится и на какие виды услуг?
- ▲ Как распределяются финансовые средства по видам медицинских услуг?
- ▲ Кто извлекает пользу из расходов на здравоохранение?

Гибкость структуры НСЗ также позволяет анализировать данные по целевым группам населения или мероприятиям, связанным с конкретными программами и заболеваниями, например, затраты на службу материнства и детства или программу ВИЧ/СПИД.

В стандартном наборе таблиц НСЗ информация по расходам здравоохранения организована согласно международной классификации. Представленная в таком виде информация легко поддается анализу и понятна даже тем руководителям, которые не имеют экономического образования.

Политическое предназначение НСЗ

НСЗ — это инструмент, специально разработанный для информирования руководителей здравоохранения по следующим вопросам: разработка стратегии, ее осуществление, ведение политического диалога, а также мониторинг и оценка деятельности всей системы. В первую очередь эта система предназначена для политиков и руководителей, которые могут использовать ее для улучшения управления деятельностью системы здравоохранения.

Информация НСЗ полезна для процесса принятия решений, поскольку дает возможность провести оценку использования ресурсов на текущий момент и может использоваться для сравнительного анализа конкретной системы здравоохранения с системами других стран. Это особенно ценно для постановки задач и определения целей. При регулярном использовании НСЗ могут отслеживать тенденции затрат, что важно

для мониторинга и оценки системы здравоохранения. Методология НСЗ может использоваться для прогнозирования финансовых потребностей сектора здравоохранения страны.

Информация НСЗ в сочетании с нефинансовыми данными как, например, уровнем заболеваемости и уровнем потребления ресурсов поставщиками медицинских услуг, позволяет политикам принимать обоснованные стратегические решения и избегать потенциально неблагоприятные.

Использование НСЗ в политике здравоохранения

Несмотря на сравнительную новизну концепции НСЗ, результаты применения этого метода уже начинают оказывать влияние на политику сектора здравоохранения во всем мире.

Так, после устранения режима апартеида в Южной Африке, правительство страны использовало результаты НСЗ для решения одной из главных политических задач — более справедливого распределения ресурсов здравоохранения. Исследования показали, что государственные расходы здравоохранения на душу населения в более богатых районах в среднем в 3,6 раза превышали расходы в бедных районах. Бедные районы, население которых чаще всего сталкивается с проблемами здоровья, имели наихудший территориальный доступ к медицинским услугам (см. таблицу 1). Для решения этой проблемы правительство ввело мораторий на строительство частных больниц, которые обычно строились в богатых районах, где население уже имело хороший доступ к медицинской помощи. Мораторий отменили только после того, как политики разработали положение, согласно которому должна проводится оценка необходимости строительства больниц. Эта мера продемонстрировала стремление правительства к более активному участию в координации и регулировании использования как государственных, так и частных финансов и способствовала справедливому распределению ресурсов здравоохранения.

Таблица 1: Распределение ресурсов в Южной Африке 1992–93 гг.

Квintильный (5-мес.) доход административных округов	Врачи общей практики (на 100,000 нас.)	Дипломированные медицинские сестры (на 100,000 нас.)
I (низший)	5.1	78.7
II	9,4	90,9
III	15,8	128,4
IV	13,5	128,2
V (высший)	23,3	169,9
Национальный ср.	14.1	129.5

Источник: Д. Макинтайер и др. 1995 г. *Расходы здравоохранения и финансирование в Южной Африке*. Концерн систем здравоохранения и Всемирный банк, Южная Африка.

Провинция (ранжировано согласно личному доходу от низшего показателя к высшему)	Общие расходы здравоохранения в расчете на душу населения (денежная ед. — южноафриканский рэнд)
Северная провинция	164.07
Восточный Мыс	226.98
Северно-Западная территория	178.91
КваЗулу-Натал	236.88
Мпумаланга	136.60
Свободный штат	266.49
Северный Мыс	221.15
Западный Мыс	491.13
Гаутенг	381.66
Национальный ср.	262.61

Источник: Бюро маркетинговых исследований. 2002 г. *Провинции Южной Африки: уровни благосостояния населения и экономики, 2000г.* UNISA. <http://www.unisa.ac.za/dept/brm/>

На Филиппинах НСЗ использовались для оценки результатов децентрализации системы здравоохранения, начатой в 1993 г. До начала реформ централизованное и местное финансирование «государственного» общественного здравоохранения (таких услуг, например, как иммунизация, которая имеет значение как для всего общества в целом, так и для отдельных лиц) было низким, причем централизованное государственное

финансирование фактически снижалось. Анализ НСЗ за 1991–97 гг., до и после процесса децентрализации, показал, что после проведения реформ финансирование общественного здравоохранения из государственного бюджета фактически выросло с 25 до 35 процентов от общих расходов на здравоохранение. Это произошло, главным образом, из-за роста финансирования за счет местных бюджетов, в которых в 1997 г. было сконцентрировано более половины ресурсов, направленных на общественное здравоохранение.

Таким образом, НСЗ помогли доказать, что децентрализация не имела отрицательного эффекта на распределение средств местных бюджетов на СЭС. Расходы на местном уровне фактически возросли. НСЗ и, в частности, их ведение на ежегодной основе, позволило провести глубокий анализ влияния процесса децентрализации на здравоохранение¹.

В Ливане результаты НСЗ за 1998 г. продемонстрировали избыточные затраты на здравоохранение — почти 12.5 процентов от ВВП, что гораздо выше, чем в странах с со схожими социально-экономическими характеристиками. Причиной таких высоких затрат оказалась политика платных услуг, где правительство, в отсутствие тех или иных государственных поставщиков медицинских услуг, позволяло потребителям пользоваться платными услугами частного сектора здравоохранения, получая компенсацию из государственного бюджета за каждую полученную услугу. Такая политика привела к росту объема потребления услуг и, соответственно, росту затрат.

В связи с этим Ливанское правительство в настоящий момент предпринимает шаги для проведения реформ финансирования поставщиков медицинских услуг. Будет введена система подушевой оплаты и тарификатор. Также будут определены меди-

¹ Дж.Б. Шварц, Р. Ракелис и Д.К. Гилки. Ноябрь 2000г. Децентрализация и расходы местных органов управления на здравоохранение на Филиппинах. Рабочий документ 0136. Проект MEASURE Evaluation. <http://www.cpu.unc.edu/measure/publications/workingpapers/wp0136ab.html>

цинские услуги, которые могли бы предоставляться амбулаторно или в условиях дневного стационара, а не в дорогостоящих стационарах.

Методология НСЗ

Методология НСЗ заимствует свои основные принципы из системы счетов здравоохранения (ССЗ) Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР)². В руководстве по ССЗ дается международная классификация счетов здравоохранения (МКСЗ), где все типы затрат здравоохранения разбиты по категориям. Нужно сказать, что классификация ССЗ оказалась особенно полезной в тех странах, где здравоохранение финансируется преимущественно из одного источника, как в большинстве стран ОЭСР.

НСЗ используют МКСЗ, но разбивают ее на подкатегории, учитывая потребности конкретной страны. Такая гибкость дает возможность НСЗ учитывать затраты наиболее многообразных систем здравоохранения, которые характерны для стран со средним и низким доходом, где поставщики медицинских услуг могут получать финансирование из нескольких источников и оплата может производиться многочисленным поставщикам.

Определение расходов здравоохранения

Как говорилось выше, в НСЗ представлены расходы здравоохранения. Анализ расходов позволяет более точно, нежели анализ статей бюджета, оценить фактическое использование средств, поскольку денежные средства, выделяемые по смете расходов, в конечном итоге не всегда получают соответствующее использование.

Поскольку расходы являются важным элементом НСЗ, важно, чтобы команда НСЗ ясно понимала определение НСЗ и разграничение расходов здравоохранения. Странам

рекомендуется использовать одни и те же определения категорий расходов, что создает лучшие возможности для проведения сравнительного анализа оценки расходов здравоохранения между странами.

Что такое расходы здравоохранения?

По определению НСЗ, национальные расходы здравоохранения — это все расходы, связанные с осуществлением экономической деятельности, направленной на улучшение здоровья, изменение поведения в отношении здоровья или изменение систем деятельности или финансирования таковой деятельности в течение определенного периода времени. Это определение применимо ко всем типам учреждений и организаций, обеспечивающих или финансирующих медицинскую помощь. Например, до введения НСЗ расходы министерства образования на медицинское обучение или клинические кафедры не учитывались при оценке расходов здравоохранения. Аналогичным образом, согласно определению НСЗ, не все мероприятия, проводимые министерством здравоохранения, соответствуют определению расходов здравоохранения. Например, министерство здравоохранения может финансировать деятельность детских домов, что можно рассматривать как расходы, не относящиеся к здравоохранению. Таким образом, группы по ведению НСЗ должны в первую очередь решать, относится ли то или иное мероприятие к сфере здравоохранения. На основании такого разграничения затраты включаются или исключаются из таблиц НСЗ.

Определение границ для измерения национальных расходов здравоохранения

При оценке национальных расходов здравоохранения НСЗ учитывают не географические границы страны, а транзакции в системе здравоохранения, связанные с гражданами и резидентами своей страны. Так, например, НСЗ включают расходы на медицинскую помощь граждан и резиден-

² ОЭСР. 2000г. Система счетов здравоохранения (Вариант 1.0). Париж, Франция.



тов, которые временно находятся за рубежом, и исключают затраты на медицинскую помощь иностранных граждан внутри страны. Расходы международных организаций на медицинскую помощь, товары и услуги медицинского назначения для резидентов принимающей страны также считаются национальными расходами здравоохранения.

Определение временных границ

Для определения временных границ НСЗ используют «возрастающий» метод, что означает, что расходы учитываются на момент осуществления той или иной деятельности, а не на момент фактического проведения оплаты. Например, если пребывание больного в больнице пришлось на итоговый месяц фискального 2002 года, а фактическое финансирование было осуществлено в 2003 фискальном году, расходы относятся на фискальный 2002 год.

Критерии для измерения расходов здравоохранения

Страны, решающие, какие данные выбирать, как их собирать и оценивать, должны руководствоваться следующими критериями:

- ▲ **Прозрачность.** Необходимо четко документировать источники данных по расходам, используемые виды классификации и определения, а также любые поправки или расчеты. Как правило, это требует написания руководства по оценке НСЗ в каждой стране.
- ▲ **Политическая значимость.** Оценка расходов здравоохранения должна быть построена таким образом, чтобы гарантировать учет всего, что имеет значение для развития политики здравоохранения страны.
- ▲ **Совместимость с существующими международными стандартами и практикой.** Система оценки расходов здравоохранения должна быть совместима с международными принципами и стандартами, как, например, системой

национальных счетов и государственной финансовой статистикой. Все отклонения от стандартов должны строго документироваться.

- ▲ **Выполнимость измерений.** Предполагается, что собрать и подтвердить правильность расходов здравоохранения можно будет в течение короткого времени (менее года) и недорого.

Структура НСЗ и система классификации

Таблицы НСЗ

В целом НСЗ оценивают расходы здравоохранения как процент от ВВП. В системе НСЗ расходы здравоохранения организованы и сведены в четыре таблицы. Все таблицы двумерные и показывают движение финансовых потоков от одной категории участников здравоохранения к другой, т.е., показывают, сколько потрачено каждым участником системы и куда эти средства направлены. Каждый участник отнесен к той или иной категории согласно МКСЗ — методологии, предлагаемой ССЗ ОЭСР.

В системе НСЗ различают четыре основные категории участников здравоохранения:

1. **Источники финансирования (ИФ).** Они отвечают на вопрос «Откуда поступают деньги?» Примером являются министерство финансов, домашние хозяйства, донорские организации.
2. **Финансирующие организации (ФО) (в прошлом известные как финансовые посредники),** которые получают финансовые средства из источника и используют их для финансирования медицинских услуг, изделий медицинского назначения (например, лекарственные средства) и мероприятий. Это очень важная категория, поскольку полномочия финансовых посредников дают им возможность влиять на использование финансовых средств или фактически



осуществлять контроль. Эта категория дает ответ на вопрос: «Кто администрирует и организует финансовые средства?» Например, если министерство финансов (источник) может распределять финансы министерству здравоохранения, министерство здравоохранения, в свою очередь, решает, как фактически распределить полученные финансовые средства в системе здравоохранения. Поэтому министерство здравоохранения является финансовым посредником. В качестве других примеров можно привести страховые компании и другие министерства (например, министерство образования).

3. **Поставщики медицинских услуг (ПМУ)** являются конечными потребителями финансовых средств системы здравоохранения. Эта категория участников отвечает на вопрос: «К кому идут деньги?» Поставщики — это организации, которые обеспечивают медицинские услуги. Примерами являются частные и государственные больницы, клиники и пункты медицинской помощи.
4. **Функции здравоохранения (ФЗ)** — это услуги и мероприятия, обеспечиваемые поставщиками за счет полученных средств. Информация этого уровня отвечает на вопрос: «Какой именно вид услуги, продукта или мероприятия был фактически обеспечен?» Примерами могут служить лечебная помощь, длительный медсестринский уход, медицинские товары (например, лекарственные средства), профилактические мероприятия и администрирование здравоохранения.

Основной набор таблиц (девять) иллюстрирует движение финансовых потоков между вышеуказанными категориями участников системы здравоохранения. Странам рекомендуется анализировать, по крайней мере, четыре следующие таблицы, показывающие движение финансовых потоков:

- ▲ *из источников финансирования к финансирующим организациям;*

- ▲ *от финансирующих организаций к поставщикам медицинских услуг;*

- ▲ *от финансирующих организаций к функциям здравоохранения;*

- ▲ *от поставщиков медицинских услуг к функциям здравоохранения.*

Интерпретация таблиц НСЗ

В таблицах НСЗ финансовые потоки идут сверху вниз от «оригинальных источников», разбитых на колонки, до получателей/пользователей, представленных в горизонтальных рядах. Таблица 2 показывает, что министерство финансов переводит средства в многопрофильные государственные больницы. Объем денежных средств, потраченных каждым «оригинальным источником», показан в нижней части каждой колонки. Общее количество средств, полученных каждым получателем/пользователем, указано в конце каждого горизонтального ряда.

Таблицы НСЗ связаны между собой, поскольку отслеживают движение финансовых потоков от источников к финансовым посредникам, поставщикам и функциям. Как показано в таблице 2, колонка с заголовками (получатели/пользователи) первой таблицы представлена рядом с соответствующими заголовками (оригинальные источники) следующей таблицы. Таким образом, общая сумма каждого ряда первой таблицы является общей суммой колонок второй таблицы. Например, в таблице движения средств от финансирующих организаций к поставщикам Минздрав направляет ресурсы здравоохранения в многопрофильные государственные больницы. Таблица движения средств от поставщиков к функциям показывает движение финансовых потоков от многопрофильных государственных больниц к конкретным функциям.

Индивидуальные затраты здравоохранения необходимо тщательно отслеживать по всем таблицам так, чтобы общая сумма национальных расходов здравоохранения — число, проставленное в крайней

Таблица 2: Таблицы НСЗ

Поставщики	Финансирующие организации				ИТОГО
	ФО.1.1.1.1 Минздрав	ФО.1.1.1.2 Минфин	ФО.2.2 Прочие частные страховые организации	ФО.2.3 Прямые выплаты домашними хозяйствами	
ПМУ.1.1.1 Государственные многопрофильные больницы	W		X		W+X
ПМУ.1.1.2 Частные многопрофильные больницы		C		F	C+F
ПМУ.3.4.5.1 Государственные амбулаторные клиники			Y		Y
ИТОГО	W	C	X+Y	F	G

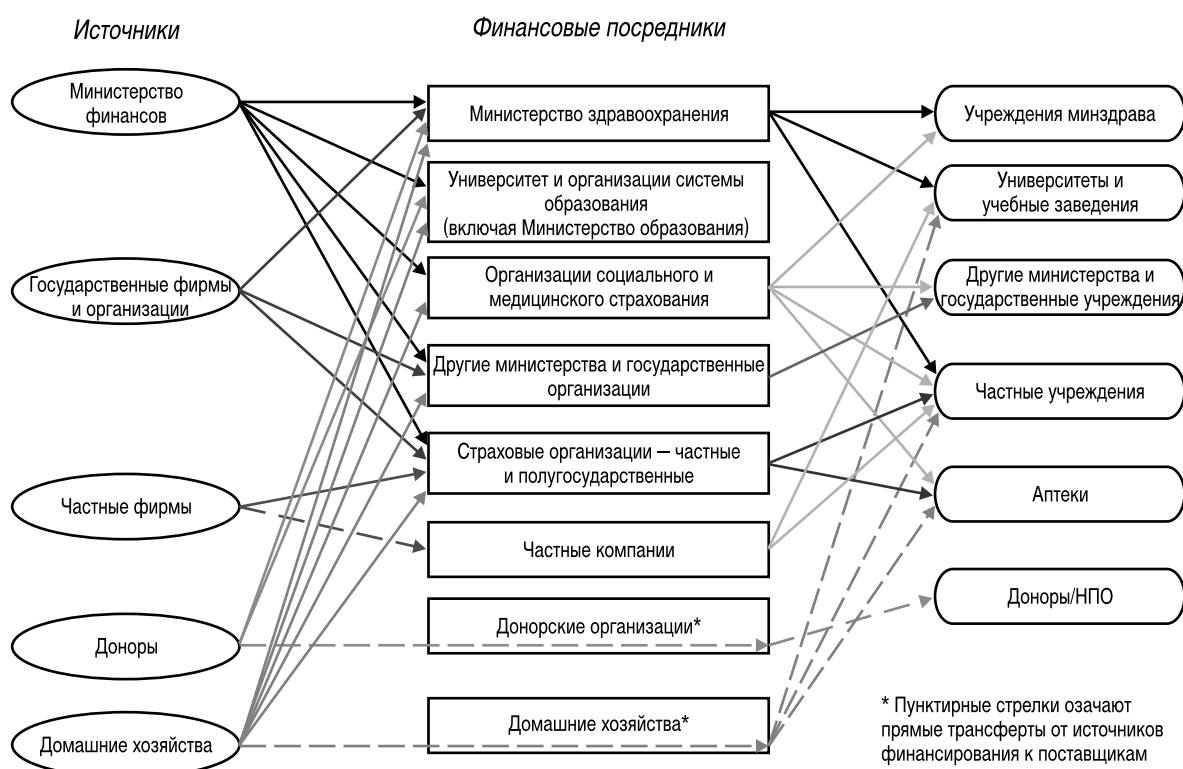
Функции	Поставщики			ИТОГО
	ПМУ.1.1.1 Государственные многопрофиль-- ные больницы	ПМУ.1.1.2 Частные многопрофильные больницы	ПМУ.3.4.5.1 Государственные амбулаторные клиники	
ФЗ.1.1 Стационарная клиническая помощь	L	P	S	L+P+S
ФЗ.1.3 Амбулаторная клиническая помощь	M	Q	T	M+Q+T
ФЗ.6.3 Профилактика инфекционных заболеваний	N			N
ФЗ.3.7 Управление здравоохранением и медицинское страхование	O	R	U	O+R+U
ИТОГО	L+M+N+O=W+X	P+Q+R=C+F	S+T+U=Y	G

ячейке нижнего правого угла каждой таблицы — совпадала во всех таблицах.

Цель демонстрации распределения финансовых средств в каждой отдельной таблице и между таблицами состоит в том, чтобы понять движение финансовых потоков в системе здравоохранения в целом. На рисунке 1 видно, что движение этих потоков может быть очень сложным. Как говорилось выше, в многообразных системах здравоохранения многих стран со средним и низким достатком финансовые ресурсы не

просто направляются от одного источника к одному типу поставщика, как, например, из государственного бюджета к государственным поставщикам. Как показывают НСЗ, эти системы здравоохранения гораздо более сложны и включают многочисленные виды участников системы и трансфертов финансов здравоохранения. Использование таблиц для определения схемы финансовых потоков упрощает и уточняет картину.

Рисунок 1: Движение финансовых потоков в системе здравоохранения



Классификация расходов здравоохранения

Международная классификация счетов здравоохранения

Использование международной классификации счетов здравоохранения (МКСЗ), разработанной ОЭСР, вооружает разные страны единым языком для описания того, кто финансирует здравоохранение и что покупается. Это имеет большое значение, давая возможность странам проводить сравнительный анализ деятельности своих систем здравоохранения с другими странами.

Главным элементом НСЗ является группирование участников системы здравоохранения по категориям с общими характер-

ными признаками. Основными категориями НСЗ являются:

- ▲ Источники финансирования под кодом ИФ³.
- ▲ Финансирующие организации под кодом ФО.
- ▲ Поставщики медицинских услуг под кодом ПМУ.
- ▲ Функции здравоохранения под кодом ФЗ.

Эти основные категории подразделяются на более мелкие категории и кодируются цифрами. Они могут и далее разбиваться на подкатегории МКСЗ, например, *источники финансирования* могут далее делиться на «государственные средства», «частные средства» или «средства остального мира».

Таким образом, участник системы здравоохранения в таблице НСЗ представлен следующим образом:

³ Эта категория не была включена изначально в структуру МКСЗ, но была разработана для использования в НСЗ.



- ▲ Первая буква означает основную категорию МКСЗ, например, «ИФ» означает «источник финансирования».
- ▲ Затем идет цифровой код, например, «ИФ.1».
- ▲ И, наконец, следует название МКСЗ данной подкатегории, например, «ИФ.1 Государственный бюджет».

Субклассификация НСЗ: гибкость с учетом потребностей страны

Таблицы НСЗ, насколько это возможно, должны соответствовать структуре МКСЗ. Однако в структуре МКСЗ НСЗ позволяют странам адаптировать схему посредством создания подкатегорий с учетом специфики своих систем здравоохранения. Эти подкатегории позволяют странам включить в свою систему НСЗ характеристики, которые они считают важными, одновременно поддерживая и применяя принятые на международном уровне стандарты.

Например, МКСЗ включает категорию ПМУ.1.1. Многопрофильные больницы, но эта категория не подразделяется на «государственные» и «частные» многопрофильные больницы. Если страна найдет необходимым сопоставление затрат государственных и частных многопрофильных больниц (например, чтобы осуществить оценку инвестиций в частный сектор по оказанию медицинской помощи), она может добавить подкатегорию ПМУ.1.1.1 *Государственные многопрофильные больницы* и ПМУ.1.1.2 *Негосударственные многопрофильные больницы*.

Таблица 3 демонстрирует другой пример, а именно, окончательную классификацию НСЗ для финансирующих органов. Категории, разработанные для отражения приоритетов страны, выделены жирным шрифтом, а классификации, найденные в МКСЗ, обычным шрифтом.

Эффективные подкатегории должны соответствовать следующим критериям:

Таблица 3: Финансирующие организации (классификация МКСЗ-ФО)

Код МКСЗ	Описание
ФО. 1	Национальное правительство
ФО. 1.1.	— Территориальное правительство
ФО.1.1.1.	— Центральное правительство
ФО.1.1.2.	— Правительство штата/провинции
ФО.1.1.3.	— Местное/муниципальное правительство
ФО. 1.2.	Фонды социального страхования
ФО. 1.3.	Парагосударственные организации
ФО.2	Частный сектор
ФО. 2.1.	— Прочее частное страхование
ФО. 2.2.	— Прочее частное страхование
ФО. 2.3.	— Прямые выплаты населением
ФО. 2.4.	— Некоммерческие организации, обслуживающие население (кроме социального страхования)
ФО. 2.5.	— Частные фирмы и корпорации (кроме социального страхования)
ФО. 3	Остальной мир

- ▲ *Политическая значимость.* Создание новых подкатегорий связано с дополнительной работой, поэтому возможность их применения должна соответствовать существующей политике здравоохранения.
- ▲ *Стандарты.* По возможности, подкатегории должны разрабатываться в соответствии с международными стандартами и правилами, т.е. МКСЗ.
- ▲ *Гибкость.* Специфические потребности и интересы страны должны подчиняться общим правилам.
- ▲ *Взаимоисключение.* Подкатегории должны быть взаимоисключающими и полными, чтобы каждая операция могла быть отнесена только в одну категорию.

- ▲ **Выполнимость.** Для подкатегории необходимо сделать возможным сбор данных по расходам.

Эти критерии могут противоречить друг другу. Группа специалистов по НСЗ несет ответственность за устранение противоречий таким образом, чтобы сохранить соответствие НСЗ существующей политике.

Полная схема классификации включает категорию для каждого типа затрат, хотя на практике могут быть случаи, когда группе специалистов по НСЗ будет сложно отнести определенные расходы к конкретной категории. Структура МКСЗ позволяет разрешить такие ситуации, поскольку включает дополнительную категорию «не конкретизированные по типу» или «н.к.т.». В то же время использование этой категории должно сводиться к минимуму, чтобы не поставить достоверность расчетов под сомнение. Цикличность НСЗ позволяет улучшать качество данных и, таким образом, постепенно вывести категорию «н.к.т.» из процесса классификации.

Усложнение: дополнительные таблицы

В дополнение к четырем обсуждавшимся ранее принципиальным категориям здравоохранения (т.е. источники финансирования, финансирующие организации, поставщики медицинских услуг и функции здравоохранения), НСЗ предлагают такие дополнительные категории, как:

- ▲ **Группы бенефициаров.** Категория предполагает группировки людей, получающих товары и услуги здравоохранения. Такие группировки могут производиться согласно социально-экономическому положению (СЭП), месту проживания (МП) (например, город/село), возрасту (В) и полу (П). Классификация по таким группам бенефициаров делает возможным анализ распределения ресурсов и объективности расходов здравоохранения.

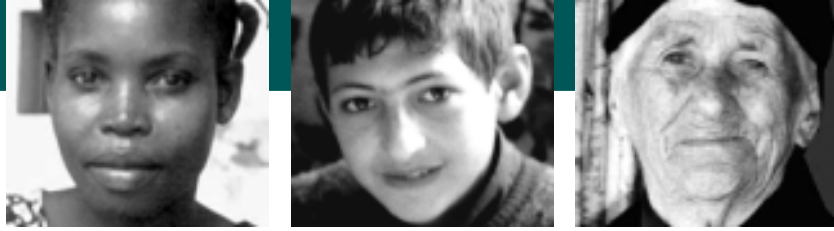
- ▲ **Медицинские проблемы, заболевания, мероприятия (З).** Категория предполагает классификацию расходов здравоохранения на конкретные мероприятия по вопросам здоровья, заболеваниям, политике здравоохранения, как, например, мероприятия по борьбе со СПИД/ВИЧ, малярией или программа по репродуктивному здоровью.

- ▲ **Подводимые мощности (ПМ).** Категория включает конкретные ресурсы, необходимые для предоставления услуг, например, оплата труда, лекарственные средства, фармацевтическая продукция и медицинское оборудование.

Эти дополнительные характеристики могут использоваться для формирования информации о расходах здравоохранения, отвечающей приоритетам политики здравоохранения. Например, политические руководители, возможно, захотят географически распределять ресурсы более равномерно. В этом случае может стать целесообразной разбивка бенефициаров по группам, т.е. город/село. Эта информация о расходах в сочетании с другими данными, например, информацией о состоянии здоровья, может лучше показать, повлияли ли расходы и услуги на улучшение здоровья.

Используя эти новые категории, предлагается несколько дополнительных таблиц:

- ▲ Распределение общих текущих расходов здравоохранения (ОТРЗ) по половозрастным группам населения (ФО x В/П).
- ▲ Распределение расходов здравоохранения по географическим регионам (ФО x Р).
- ▲ Распределение текущих расходов на здравоохранение финансирующими организациями по квинтильным расходам домашних хозяйств на душу населения (ФО x СЭП).
- ▲ Распределение финансирующими организациями различных типов подводимых мощностей (ФО x ПМ): класси-



фикация подводимых мощностей для товаров, используемых для предоставления медицинской помощи и связанных со здравоохранением услуг.

- ▲ Распределение финансирующими органами текущих расходов здравоохранения по группам населения, классифицируемым по медицинским проблемам/заболеваниям (ФО x З).

Составление любой из этих таблиц требует дополнительных данных или расчетов для разбивки расходов здравоохранения по этим новым категориям.

Формирование НСЗ: начало процесса

Формирование НСЗ состоит из следующих этапов: сбор данных о расходах здравоохранения, ввод данных в таблицы НСЗ, анализ результатов для разработки политики здравоохранения и распространение информации широкому кругу заинтересованных участников.

Группа специалистов по НСЗ и координационный комитет

Успешный подход к получению эффективных и надежных результатов НСЗ, вызывающих доверие у руководителей, заключается в формировании группы по НСЗ, состоящей из различных, исполняющих большую часть детального технического плана специалистов, и ориентированного на политику координационного комитета.

Группа по НСЗ должна состоять из экспертов, работающих в различных государственных агентствах, для представления всех задействованных сторон и создания доступных и разнообразных источников данных, о которых другие члены группы могут по тем или иным причинам не знать. Группа должна включать специалистов, хорошо знакомых с национальной экономической статистикой и бухгалтерским учетом, владеющих знаниями о системах здравоохранения, стратегии и тактике, а

также имеющих опыт анализа данных. Кроме того, они должны владеть навыками составления письменных отчетов и сбора данных. Также целесообразно включить в состав группы экономиста здравоохранения. Такая группа может способствовать точной интерпретации результатов НСЗ. Изначально члены группы, скорее всего, будут назначаться своими организациями. При помощи координационного комитета необходимо будет определить постоянный офис или организационную структуру для технического персонала НСЗ. Однако все члены группы по НСЗ могут продолжать оставаться ключевыми участниками каждого этапа формирования НСЗ.

Еще одним органом, обусловившим успех НСЗ во многих странах, является координационный комитет. В состав комитета должны входить политические руководители высшего звена из министерства здравоохранения, министерства финансов и министерства по планированию, а также представители руководящего состава таких субъектов, как национальное статистическое агентство, академические организации, поставщики медицинской помощи, союз потребителей и организации социального и медицинского страхования. Задачи комитета включают:

- ▲ Информирование группы по НСЗ о политических задачах.
- ▲ Информирование группы по НСЗ о результатах и решениях.
- ▲ Облегчение процесса сбора информации от различных организаций.
- ▲ Оказание помощи министерству здравоохранения в использовании данных НСЗ при их политическом анализе.
- ▲ Оказание помощи министерству здравоохранения в использовании результатов политического анализа в процессе принятия политических решений.
- ▲ Регулярная поддержка рабочей группы по НСЗ в вопросах институционализации НСЗ (см. ниже).

Обеспечивая участие в процессе политических руководителей высшего звена, координационный комитет, таким образом, играет ключевую роль в институциональном становлении НСЗ.

Сбор данных

Формирование НСЗ требует комплексного сбора данных от различных министерств, донорских организаций, поставщиков и групп производителей (например, частных страховщиков, работодателей и фармацевтических компаний) и подворового сбора данных. Сбор данных для отделения расходов здравоохранения от других типов расходов или расчета отсутствующих данных зачастую требует проведения дополнительной работы.

Необходимы такие стандартные программы, содержащие крупноформатные электронные таблицы, как Excel, Lotus или Quattro для составления таблиц, ввода данных и облегчения расчетов. Поскольку некоторые данные могут быть достаточно объемными (например, подворовой опрос), то, возможно, целесообразно привлечь центральное агентство по статистике или подобную организацию для управления информацией.

Добросовестный персонал, а также точные и полные данные служат основой для формирования НСЗ. Роль координационного комитета в обеспечении доступа ко всем потенциальным источникам данных является первостепенной. Кроме того, важно, чтобы группа по НСЗ могла заменять данные официальной статистики более точными данными и расчетами.

Для того чтобы начать сбор данных, группа по НСЗ должна составить план сбора данных. Этот план должен содержать описание деятельности, а именно, кто, как, когда и от кого будет собирать данные. Это поможет при распределении обязанностей и своевременном их выполнении.

Спектр надежных источников данных в каждой стране отличается. Тем не менее, во

многих странах доступны следующие источники.

▲ *Записи национальных, региональных и местных органов здравоохранения.* Эти записи являются наиболее полными, надежными и точными. Однако они могут быть устаревшими, поскольку государственные счета подвергаются длительному аудиту. Аудит может создать другую проблему, поскольку имеет тенденцию генерировать два или иногда три варианта общих расходов — проверенные и непроверенные. Эти цифры могут не совпадать, что вызывает необходимость определения правильного варианта.

▲ *Записи страховщика (социальное и частное страхование).* Записи страховщика должны включать страховые выплаты домашних хозяйств и компаний страховщику, а также медицинские и административные расходы страховщика. Частные страховые компании могут отказаться предоставлять информацию, например, о соотношении убытков и прибыли. Кроме того, страховые записи могут не содержать такие важные компоненты данных, как прямые выплаты частных хозяйств (семей) поставщику медицинских услуг (сооплата и вычеты).

▲ *Записи поставщика медицинских услуг.* Эти записи можно получить у самих поставщиков или регулирующих и финансирующих органов, таких, как налоговые органы или лицензирующие агентства. Часто промышленные компании также собирают стандартные данные в своих собственных целях. Что касается частных страховых компаний, они не всегда предоставляют свою финансовую информацию из-за налогообложения или по другим причинам, поэтому необходим законодательный документ, который обязал бы их это делать. Другой потенциальной проблемой является то, что в некоторых странах довольно сложно вести точный учет количества поставщиков для получения необходимых



данных. В дополнение, наличие большого неформального сектора (нетрадиционная медицина или целители) может сделать практически невозможным получение надежных и точных данных о расходах.

- ▲ **Подворовое исследование.** Подворовые исследования, несомненно, являются наиболее важным источником информации о частных (подворовых) расходах. Данные таких исследований также являются ключом к анализу объективности, поскольку связаны с социально-экономическими и географическими характеристиками. Подворовые исследования, особенно те, которые направлены на вопросы здравоохранения, проводятся нечасто, поскольку являются дорогостоящими. Можно использовать данные подворового исследования одного года для прогнозирования расходов в последующие, но такая экстраполяция расходов может быть проблематичной. Все чаще проводятся регулярные комплексные подворовые исследования, но они необязательно включают все вопросы необходимые для получения искомым данных.
- ▲ **Помощь донорских организаций.** Часто ежегодные исследования и отчеты обо всей донорской помощи в стране (подготовленные ПРООН, ВОЗ или министерством здравоохранения) содержат большую часть необходимых данных. Тем не менее, вопросы, касающиеся расходов донорских организаций на здравоохранение, все же возникают. Один из вопросов заключается в стоимости нефинансовой помощи донорских организаций в денежном выражении (лекарственные средства, клинические расходные материалы, вакцины). Другой вопрос заключается в разнице между суммами, выделенными донорскими организациями и суммами, отраженными в отчетах министерства здравоохранения. Кроме того, данные о выделении донорами финансовых средств непосредственно неправительственным или местным организациям, обычно отсутствуют.

Ниже приведены способы избежания или преодоления вышеназванных проблем. Для этого необходимо:

- ▲ Определить источники независимых данных, которые могут использоваться для подтверждения правильности полученной информации.
- ▲ Попытаться получить одинаковые расчеты, по крайней мере, из двух источников.
- ▲ Если расчеты отличаются, определить, в чем заключаются «большие» расхождения и не тратить время для устранения небольших различий. Использовать данные из более надежных источников и документально оформлять расхождения.
- ▲ Если расхождения в расчетах большие, проверить их более тщательно. Была ли это оценка одной и той же статьи расходов? Были ли одинаковыми «границы» расходов? Был ли взят одинаковый период времени? Были ли расхождения связаны с расчетом одних на наличной основе, а других с безналичным начислением средств?

Интерпретация данных в целях определения политики

Расчет расходов и финансовые потоки через НСЗ обеспечивают системы здравоохранения надежным показателем «финансового благополучия». Кроме того, это может использоваться в качестве инструмента стратегического планирования. Ценность НСЗ заключается не в получении самих данных, а в том, как при помощи этих данных ответить на вопрос «и что». Например, Иордания тратит 9.2% от ВВП на здравоохранение⁴. Не так важна, как таковая, сама информация, как ответ, который можно с ее помощью дать на вопрос «и что, если Иорда-

⁴ Шехата, Ибрагим, Хани Броск, Нандакумар, Двэйн Бэнкс и другие, март 2000, национальные счета здравоохранения Иордании. Бетезда, MD: Партнерство по реформе здравоохранения, Abt Associates, Inc.



ния тратит так много на здравоохранение?». Если сравнить уровень расходов со статусом здоровья в Иордании или других странах, входящих в эту же социально-экономическую категорию, ответ на вопрос «*и что*» становится очевидным, а именно, этот уровень расходов непозволителен в странах с медленным ростом экономики. В этом случае важным политическим результатом может стать сдерживание затрат в системе здравоохранения. Другими словами, результаты НСЗ должны анализироваться в более широком политическом контексте.

Основная ценность НСЗ заключается в трехступенчатом процессе, который состоит из процесса получения результатов НСЗ, их интерпретации и проведения соответствующих политических изменений. Группа по НСЗ, координационный комитет и законодательные органы страны выполняют эти задачи. Основной задачей технической группы по НСЗ является сбор и анализ данных. При этом члены группы не обязательно должны быть уполномочены интерпретировать влияние своих исследований на политические результаты. Координационный комитет, состоящий из политических руководителей и представителей других организаций, находит ответ на вопрос «*и что*» и осуществляет связь между технической группой и законодательными органами. Комитет интерпретирует результаты для их применения при определении политики. Учитывая эту ключевую роль, крайне важно правильно подобрать членов комитета. И, наконец, осуществление политики, основанной на этих результатах, является прерогативой законодательных органов.

Институционализация НСЗ

Хотя многие страны со средним и низким уровнем дохода начали использовать НСЗ для расчета расходов здравоохранения, относительно немногие страны предприняли меры для регулярного и устойчивого использования НСЗ или сделали шаги по направлению к их институциональному становлению.

Институционализация представляет собой длительный процесс, в ходе которого деятельность по НСЗ, созданные соответствующие структуры и ценности становятся неотъемлемой частью государственной деятельности. После институционализации департамент или другая организационная единица назначается для координации сбора, анализа и предоставления данных по расходам здравоохранения при полной поддержке со стороны правительства. Этот сложный процесс может занять годы и может сопровождаться осуществлением различных расчетов, пока НСЗ не будут полностью интегрированы в официальную структуру страны. Однако для того, чтобы в будущем НСЗ оставались результативным политическим инструментом, институциональное становление должно стать целью с самого начального этапа использования НСЗ.

В процессе институционализации НСЗ важны четыре этапа:

- ▲ формирование у политического руководства потребности в институционализации;
- ▲ определение местонахождения НСЗ;
- ▲ стандартизация сбора и анализа данных;
- ▲ утверждение требований к составлению отчетов.

Формирование потребности

Политические руководители будут заинтересованы в том, чтобы уделять время и инвестировать ресурсы в НСЗ только в том случае, если результаты этих усилий будут видимыми. Расчеты НСЗ являются только частью процесса, поскольку только получение результатов не гарантирует того, что они будут использоваться для «научно обоснованного» принятия решений. НСЗ должны быть доступны для соответствующей аудитории и доходить до тех, кто наделен властью и способен влиять на решения. Отчеты по НСЗ должны распространяться в понятной форме, такой как устная презентация или

письменное резюме. Кроме того, отчеты должны отражать политически важные аспекты полученных результатов. В идеале, распространение отчетов происходит вскоре после получения результатов. Однако отчеты должны предоставляться своевременно, поскольку время играет важную роль в формировании спроса на информацию. Например, координация деятельности по распространению должна осуществляться в соответствии с изменениями госбюджета и законодательства. Первоначальное распространение должно сопровождаться периодическими сводками с обновленными данными. Развитие «взаимовыгодных отношений» между прогнозами НСЗ и используемыми их политическими руководителями может послужить обоснованием для институционализации НСЗ.

Местонахождение НСЗ

Данные НСЗ должны находиться в таком месте, где они были бы наиболее доступны для политических руководителей. Традиционно они находятся в министерстве здравоохранения, министерстве финансов, центральном статистическом бюро или центральном банке. Зачастую решение о местонахождении НСЗ основывается на том, как результаты и данные НСЗ будут распространяться и использоваться. Местонахождение должно также способствовать межведомственной координации. Кроме того, где бы ни находились НСЗ, они должны способствовать осознанию их важности. Также в национальный бюджет необходимо ввести статью для НСЗ и придать ей независимый и систематизированный статус.

Стандартизация сбора данных и учет

Институционализация означает, что данные и методы отчетности должны иметь стандартную форму, что позволит проводить ежегодный сравнительный анализ. Процедуры и протоколы должны систематизироваться по мере создания или совершенствования медико-информационной системы страны. В дополнение, группе по

НСЗ рекомендуется отслеживать первоначальную методологию и любые проблемы, которые возникают на этапе становления НСЗ. Отслеживание этих проблем позволит лучше понять, как модернизировать НСЗ и повысить их практическое применение. Кроме того, эта информация позволит защитить НСЗ от «потери памяти», если группа по НСЗ лишится ключевых членов. Защита НСЗ в процессе их становления и стандартизация данных являются важными компонентами процесса институционализации.

Требования к отчетности

Институционализация НСЗ требует непрерывного пополнения и обновления данных. Это, в свою очередь, требует официальной поддержки при обмене данными (иногда обмен данными представляет большую проблему, чем недостаток данных) между имеющими отношение к НСЗ организациями, как в частном, так и в государственном секторе.

Требование к различным имеющим отношение к НСЗ организациям предоставлять данные группе по НСЗ или, по крайней мере, центральному офису НСЗ, совершенствует отчетность и позволяет интегрировать ее в структуру НСЗ. Требования к отчетности, скорее всего, представляют собой отдельный наиболее важный компонент успешной институционализации НСЗ.



Проект «Партнеры по реформе здравоохранения плюс» (**PHRplus**), финансируется Агентством США по международному развитию (ЮСАИД) и осуществляется компанией Абт Ассоузиэйтс Инк. по контракту HRN-C-00-00-00019-00 и партнерами Девелопмент Ассоузиэйтс Инк; Школа общественного здравоохранения Роллинз университета Эмери; Программа приемлемых технологий здравоохранения; Стратегии по развитию социальных секторов, Инк; Трэйнинг Ресурс Групп; Школа общественного здравоохранения и тропической медицины Тулэйнского университета; и Университетская исследовательская корпорация.



Пособия PHRplus являются справочным материалом и позволяют политическим руководителям и другим заинтересованным лицам ознакомиться с терминологией, концепциями и результатами реформ здравоохранения с тем, чтобы эффективно участвовать в политическом диалоге и принимать результативные решения.

Данное пособие для разработчиков политики и стратегии здравоохранения было составлено на основе методологии, рекомендованной в *Руководстве по разработке национальных счетов здравоохранения и Специальных приложениях для стран со средним и низким уровнем дохода* (ВОЗ, Всемирный банк, ЮСАИД, 2003г. Женева: Всемирная организация здравоохранения) и на основе опыта Проекта PHRplus по применению этой методологии. Используя эти ресурсы группа по НСЗ Проекта PHRplus (М. Бхавалкар, С. Де. М. Майер, Р. Мартинез, А.К. Нандакумар и М. Тиен) составила настоящее пособие. Пособие было рецензировано Дан Вальдо (консультантом Всемирного банка), Кей Кавабата (ВОЗ), Жан-Пьером Пулье (ВОЗ) и Джеком Лангенбруннером (Всемирный банк). Пособие для разработчиков политики и стратегии здравоохранения было подготовлено к печати Линдой Молл (PHRplus) и Зухейром Аль Факих (PHRplus). Дизайн и выпуск пособия был подготовлен Мишель Мунро (PHRplus).



The World Bank



WHO

Ресурсный центр PHRplus
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814-5341, USA
Tel 301-913-0500
Fax 301-652-3916
Эл. почта: PHR-InfoCenter@abtassoc.com
URL www.PHRplus.org