

Обеспечение подотчетности здравоохранения

Причины повышенного внимания к финансированию услуг здравоохранения на основе достигнутых результатов в развивающихся странах

Роберт Хект, Эйми Бэтсон и Логан Бренцель

РАЗВИВАЮЩИЕСЯ страны и их международные партнеры все более активно внедряют такие методы финансирования деятельности в области здравоохранения в развивающихся странах, которые увязывают доступ к средствам с конкретными, поддающимися количественной оценке практическими результатами. Такой метод «финансирования на основе результатов» отстаивался десять лет назад в издании Всемирного банка «Доклад о мировом развитии 1993 года. Инвестиции в здравоохранение» и его других программных документах начала 1990-х годов, хотя в то время практический опыт использования данного вида финансирования был сравнительно небольшим. С тех пор было опробовано множество подходов, и в настоящее время мы все яснее видим значительный потенциал, а также сложности, в финансировании на основе результатов для достижения целей здравоохранения на национальном и общемировом уровне.

Правительства и агентства-партнеры заинтересованы в финансировании здравоохранения на основе результатов по ряду причин. Во-первых, во всем мире все большее внимание уделяется достижению количественно измеримых результатов помощи на цели развития, а рассматриваемый подход к финансированию выдвигает на первый план именно такие результаты. В сфере здравоохранения эти результаты тщательно отслеживаются, поскольку правительства и их партнеры стремятся достичь Целей в области развития на рубеже тысячелетия (ЦТР). Эти цели включают снижение детской и материнской смертности; сокращение уровней заболеваемости ВИЧ, малярией и туберкулезом; а также улучшение качества питания детей.

Поэтому правительства и их партнеров, естественно, привлекает идея выделения средств на программы, которые обеспечивают достижение или прогресс в достижении ЦТР в здравоохранении или, по крайней мере, приводят к улучшению показателей по некоторым ключевым услугам, необходимым для достижения этих целей. Например, в тех случаях, когда иммунизация и своевременное лечение пневмонии имеют решающее значение для предотвращения детской смертности, финансирование здравоохранения может увязываться с расширением охвата этих видов услуг.

Во-вторых, даже несмотря на то, что внешнее финансирование здравоохранения в развивающихся странах в настоящее время превышает 8 млрд долларов США в год (Michaud, 2003), для достижения ЦТР в области здравоохранения потребуются существенно большие объемы помощи на цели развития. Политики и законодатели в странах-донорах испытывают все большее давление со стороны своих избирателей, которые требуют от них продемонстрировать, что бюджеты помощи на цели развития, как в здравоохранении, так и в других областях, ведут к получению количественно измеримых результатов. Поэтому агентства-партнеры стремятся повысить отдачу от этих ресурсов путем выделения их тем странам и на те программы, которые демонстрируют прогресс, измеряемый показателями результатов деятельности.

В-третьих, увязка доступа к финансированию с количественно измеримыми результатами — независимо от того, представлены ли они изменениями в состоянии здоровья или охватом и качеством услуг здравоохранения, — со-

гласуется с задачей повышения подотчетности поставщиков этих услуг. Повышение подотчетности поставщиков услуг перед клиентами в районах с низкими доходами, а также перед государственными директивными органами является темой доклада 2004 года *"World Development Report—Making Services Work for Poor People"* («Доклад о мировом развитии 2004 года. Сделать услуги полезными для малоимущих»). Увязка выплаты финансовых средств с выполнением конкретных работ — по иммунизации младенцев, лечению туберкулезных больных или обследованию большего числа юношей и девушек на ВИЧ-инфекцию и консультированию их о состоянии их здоровья — может стать мощным стимулом для поставщиков услуг не в последнюю очередь потому, что она делает результаты их работы известными как клиентам, так и тем, кто оплачивает расходы. В «*Докладе о мировом развитии 1993 года*» содержался призыв к более широкому использованию государственных средств для оплаты услуг частных негосударственных и коммерческих врачей и клиник в целях обеспечения базового медицинского обслуживания малоимущих. Основанные на результатах контракты между правительством и такими частными поставщиками услуг являются главным инструментом выполнения этой рекомендации на практике.

Недавний опыт

Финансирование здравоохранения на основе результатов в настоящее время проходит масштабную и активную проверку на нескольких уровнях системы здравоохранения. Вот некоторые примеры: 1) правительства развивающихся стран платят поставщикам услуг здравоохранения в неправительственных организациях (НПО) и частном секторе за предоставление малоимущим базового медицинского обслуживания; 2) центральные правительства принимают решения о перечислении средств местным органам управления на основе результатов их деятельности по повышению качества услуг здравоохранения, и 3) доноры предоставляют финансирование (осуществляют фактические выплаты) получателям в развивающихся странах по мере и при условии достижения определенных ключевых целевых показателей в сфере здравоохранения.

Контракты с НПО, основанные на достижении определенных результатов. Правительства целого ряда стран с низкими доходами финансируют НПО, предоставляющие базовые услуги здравоохранения, на основе достигнутых результатов. Многие из первых экспериментов были проведены в странах Латинской Америки и Карибского бассейна. В Гаити, например, с НПО были заключены контракты на оказание услуг в области охраны здоровья детей и планирования семьи (World Bank, 2001). Каждый год, в соответствии с согласованным бюджетом, им предоставлялся аванс, а затем производились ежеквартальные выплаты. В конце года результаты их работы оценивались по различным показателям, включая охват иммунизацией, процент семей, использующих оральную регидратацию для лечения острой диареи, число женщин, находившихся под врачебным наблюдением в период беременности, а также среднее время ожидания приема в клиниках. Результаты работы НПО определяли размер получаемой ими премии, которая могла составлять до 10 процентов от предварительно согласованного первоначального бюджета. В итоге НПО Гаити внесли изменения в систему оказания услуг и улучшили показатели своей деятельности, особенно в области иммунизации и оральной регидратации. В Гватемале правительство реализует масштабную, основанную на результатах программу с НПО, которая в настоящее время охватывает

Вставка 1

Гватемала подает пример

В Гватемале успешно и в широких масштабах введена система контрактов с неправительственными организациями на предоставление услуг здравоохранения. В 1997 году, вскоре после окончания длительной гражданской войны, правительство приступило к реализации Программы по расширению охвата базовыми услугами здравоохранения (сокращенно по-испански — PESCB). Эта программа продолжала действовать при сменявших друг друга администрациях. К 2000 году 89 НПО в рамках 137 отдельных контрактов предоставили услуги здравоохранения примерно 3,7 миллиона жителей Гватемалы из общего населения численностью 14 миллионов человек.

Контракты определяют диапазон услуг, касающихся охраны здоровья матери и ребенка, а также профилактики и лечения ряда заболеваний, в том числе малярии. НПО получают примерно 8 долларов США за каждого обслуженного пациента, главным образом в денежной, но также и в натуральной форме (например, вакцины и медикаменты). Выплаты осуществляются ежеквартально, после проверки и подтверждения результатов.

Результаты измеряются с помощью набора показателей, включая охват иммунизацией и дородовой помощью, снажение беременных женщин и детей таблетками сульфата железа и частоту посещений пациентов на дому выездными работниками НПО. К разработке системы мониторинга, предусматривающей также проверку практики бухгалтерского учета НПО, были привлечены частные фирмы.

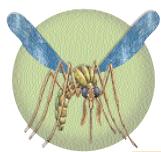
Представляется, что система контрактов в рамках программы PESCB привела к значительному улучшению оказания услуг здравоохранения. Коэффициенты иммунизации в Гватемале за период между 1997 и 2001 годом выросли с 69 до 87 процентов. Проводимые в настоящее время обследования домашних хозяйств позволят оценить влияние этой программы на состояние здоровья матерей и детей.

В первые годы реализации PESCB необходимо было преодолеть ряд препятствий. Работники государственной системы здравоохранения препятствовали внедрению этой системы, опасаясь, что заключение контрактов с НПО является скрытой формой приватизации государственных услуг здравоохранения. НПО поначалу также не проявляли интереса к участию в программе, поскольку им казалось, что правительство требует слишком серьезного улучшения результатов работы, и, кроме того, они сомневались, что правительство будет своевременно производить им выплаты. Учитывая финансовую слабость многих местных НПО в Гватемале, правительству было крайне важно без задержки производить авансовые и квартальные платежи, с тем чтобы установить отношения доверия между государственным и частным секторами страны.

почти четыре миллиона человек, главным образом из числа коренного населения страны (см. вставку 1). Другие системы внедряются в Аргентине, Никарагуа и Сальвадоре.

Страны Южной Азии также переходят на реализуемые через НПО программы здравоохранения, основанные на результатах. В Исламском Государстве Афганистан, в соответствии с недавно утвержденным проектом восстановления сферы здравоохранения, который финансируется Всемирным банком, правительство заключает с НПО контракты на управление медицинскими центрами. НПО, достигшие конкретных целевых показателей, будут иметь право на получение дополнительных выплат в размере до 10 процентов от базовых субсидий, предоставляемых правительством.

Аналогичным образом, центральное правительство и правительства штатов в Индии начали возмещать расходы НПО и частным поставщикам услуг в соответствии с результатами



Вставка 2

ГАВИ – инициатор программы грантов на основе результатов

Восемь развивающихся стран получат 15 миллионов долларов США за достигнутые результаты в повышении уровня иммунизации в рамках впервые применяемой новаторской программы грантов, утвержденной правлением Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) в декабре 2003 года. В число этих восьми стран входят: Азербайджан, Гана, Мали, Пакистан, Руанда, Таджикистан, Танзания и Уганда. Согласно прошедшему внешнюю проверку медицинским данным, за последние три года эти страны добились успехов в иммунизации большого числа детей спасительными вакцинами.

В рамках этой программы страны подали заявки на гранты, представив ГАВИ свои долгосрочные стратегии по расширению охвата детей. Правление ГАВИ утвердило предоставление в течение трех лет инвестиций в системы иммунизации стран, заявки которых победили в конкурсе. Эти средства могли быть использованы любым способом, который страны считали наиболее целесообразным; единственным требованием было достижение результатов. В четвертый год дополнительное финансирование предоставляется лишь тем странам, которые фактически увеличили охват детей.

Например, когда Танзания впервые подала заявку ГАВИ в 2000 году, в стране ежегодно проводилась иммунизация 950 тыс. младенцев, или 74 процентов новорожденных, причем показателем базового охвата иммунизацией служило получение ребенком трех доз вакцины от коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС). К 2002 году возможность получения АКДС имело 1,2 миллиона младенцев, или 89 процентов новорожденных. Этот успех означает, что в дополнение к 2,4 млн долларов США, предоставленных в период с 2001 по 2003 год, в 2004 году ГАВИ дополнительно выделит Танзанию 3 млн долларов США.

На сегодняшний день 16 стран получали от ГАВИ инвестиции в систему иммунизации в течение трехлетнего периода. Десять из них — Армения, Буркина-Фасо, Гаити, Камерун, Кения, Кот-д'Ивуар, Либерия, Мадагаскар, Мозамбик и Сан-Томе и Принсипи — не будут иметь право на выплаты по результатам деятельности. Эти страны либо не смогли повысить уровни иммунизации за последние три года, либо невозможно было провести внешнюю проверку представленных ими данных по охвату. Однако как только эти страны сумеют улучшить свои результаты, финансирование возобновится.

их деятельности. В рамках национальной программы по борьбе с туберкулезом частным лабораториям возмещаются расходы на проведение анализов слюны для выявления туберкулеза, и, кроме того, НПО и частным врачам выплачивается установленная фиксированная сумма за лечение каждого зараженного пациента с использованием метода короткого курса терапии под непосредственным наблюдением (DOTS). В округе Каннур штата Керала, где эта система получила широкое распространение, НПО и частные поставщики услуг помогли резко увеличить процент выявления случаев заболевания (долю лиц с активной формой туберкулеза, которым ставится диагноз и назначается лечение) — примерно на 20 процентов (Granich, 2003). В штате Тамилнад правительство опробует другую программу, в рамках которой частные врачи получают плату за предоставление услуг по планированию семьи, а также за выполнение операции кесарева сечения при родах.

Трансферты центрального правительства местным органам управления. В рамках проекта по охране здоровья семьи в Бразилии, реализуемого при поддержке Всемирного банка, центральное правительство выплачивает местным муниципалитетам трансферты в расчете на душу населения, исходя из планируемого расширения определенных видов услуг, таких

как безопасное родовспоможение для женщин с низкими доходами, наблюдение за питанием и ростом младенцев, а также лечение детей из бедных семей от различных болезней. Например, не менее 40 процентов родов должны проходить в родильных домах, управляемых в рамках государственной программы охраны здоровья семьи; участвующие в программе выездные работники должны в среднем не менее девяти раз в год посещать на дому определенные в целевом порядке семьи с низкими доходами; кроме того, все врачи, участвующие в программе, обязаны пройти специальное обучение. Если муниципалитеты достигают этих и нескольких других целевых показателей, они сохраняют за собой право на получение финансовых трансфертов в будущем; в противном случае уровень поддержки со стороны центрального правительства снижается, и применяются другие корректирующие меры, призванные повысить адресность и эффективность работы таких отстающих муниципалитетов.

Донорские выплаты национальным правительствам и другим получателям. Применяется целый ряд новых подходов, в рамках которых донорское финансирование программ здравоохранения обусловливается успехами в достижении практических результатов. Одним из примеров служит программа, направленная на искоренение полиомиелита через механизм «выкупа» кредитов Всемирного банка. В рамках этой программы страны получают ссуды под низкий процент для покупки вакцин против полиомиелита с целью ликвидации последних остающихся очагов этой болезни, которые сохраняются в Африке и Южной Азии. Если признано, что закупка, доставка и применение вакцины проведены своевременно и эффективно, для погашения процентов и основной суммы ссуды предоставляются дополнительные средства трастового фонда, финансируемого Фондом Билла и Мелинды Гейтс, Фондом содействия ООН и организацией “Rotary International”, что, таким образом, превращает эту ссуду в грант. К настоящему времени Нигерия и Пакистан приступили к реализации проектов по искоренению полиомиелита на сумму примерно в 50 миллионов долларов США. В случае успеха из трастового фонда Гейтса и “Rotary” будет выделено примерно 20 миллионов долларов для преобразования ссуд Всемирного банка в чистые гранты. Таким образом, каждый доллар из этих фондов принесет 2,00–2,50 доллара внешней помощи на реализацию программы по борьбе с полиомиелитом. Такой механизм «левереджа» имеет огромный потенциал и обеспечивает донорам важный стимул для участия в программе.

Одним из инициаторов подхода к предоставлению помощи в форме грантов на основе достигнутых результатов был Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (ГАВИ) (см. вставку 2). Через свою родственную организацию, Фонд вакцин, который привлекает и распределяет средства для альянса, ГАВИ предоставляет странам товарную помощь в форме новых и неиспользованных вакцин (от гепатита В, гемофильного гриппа типа b и желтой лихорадки, за которыми последуют новые продукты для ротавируса и пневмококка), а также материалов для проведения безопасных инъекций. Кроме того, ГАВИ выделяет средства в форме грантов странам, которые улучшают показатели охвата вакцинацией от коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС). При обращении в ГАВИ страны указывают текущие уровни охвата. На основе этих данных оцениваются результаты работы за год, и страны получают 20 долларов за каждого дополнительного ребенка, прошедшего вакцинацию АКДС. В этом году ГАВИ произведет свои первые выплаты за достигнутые результаты, подтвержденные внешней проверкой медицинских данных.

Восемь стран получат выплаты на основе результатов в размере 15 миллионов долларов США за повышение коэффициентов иммунизации. Кроме того, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией планирует предоставить финансирование десяткам стран для проведения мероприятий по борьбе с болезнями на основе количественных оценок изменений результатов программы. В настоящее время Глобальный фонд уточняет механизмы мониторинга, с тем чтобы обеспечить эффективность этой работы.

Выявление действенных подходов

Недавний опыт финансирования программ в сфере здравоохранения на основе результатов был обнадеживающим. При правильной разработке ориентированные на достижение определенных результатов «контракты» могут послужить стимулом для индивидуальных поставщиков услуг — врачей, медицинских сестер, акушерок, сельских медицинских работников — к расширению охвата услугами, обслуживанию малоимущих и повышению качества работы. Если контракт заключается между центральным правительством и местными органами управления или между международным агентством помощи на цели развития и правительством, это также может стимулировать достижение более высоких показателей реализации программы. Финансирование на основе результатов помогает сосредоточить внимание всех сторон на предоставляемых услугах и их влиянии на состояние здоровья и питания той группы населения, которым они предназначаются, а не просто на подсчете ресурсов, таких как медикаменты, врачи, машины скорой помощи, больницы и оборудование.

Однако для успешного применения финансирования на основе результатов в сфере здравоохранения необходимо преодолеть и ряд серьезных препятствий. Одна из трудностей заключается в быстром и точном измерении результатов деятельности. Во многих странах данные по таким ключевым результатам, как материнская смертность, имеются редко, а в наиболее бедных регионах и странах даже промежуточные показатели, такие как число женщин, рожающих детей с надлежащим медицинским обслуживанием, могут с трудом поддаваться мониторингу. Для улучшения качества и полноты охвата национальных систем мониторинга, предназначенных для отслеживания результатов в сфере здравоохранения, требуется провести большую работу, но опыт таких стран, как Албания и Танзания (Settles, 2003), показывает, что это возможно. При оценке деятельности самого правительства и увязке таких результатов с финансовыми вознаграждениями, по-видимому, нереалистично ожидать, что управляемая правительством система мониторинга будет полностью объективной. По этой причине иногда целесообразно поручать ведение мониторинга независимому учреждению, как это было сделано в случае Ганти, а также в системе выкупа кредитов в рамках программы по борьбе с полиомиелитом в Нигерии и Пакистане.

Еще одна смежная проблема заключается в том, что министерства здравоохранения часто не способны составлять, согласовывать и обеспечивать надлежащей санкций основанные

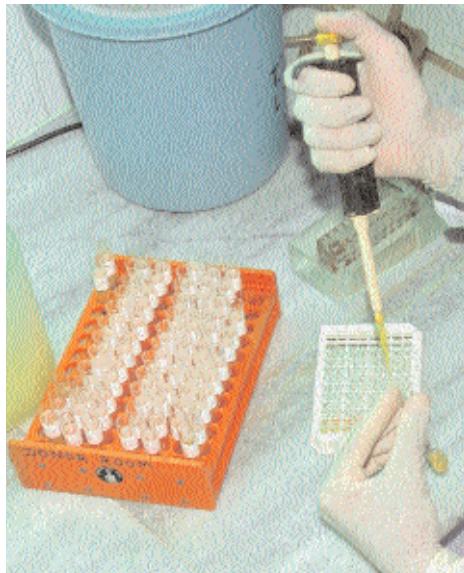
на результатах контракты с НПО и частными поставщиками услуг здравоохранения. В большинстве стран министерства здравоохранения традиционно видели свою роль в том, чтобы владеть и управлять своими собственными больницами и клиниками. Задача управления тысячами контрактов с частными поставщиками услуг здравоохранения и оплаты таких услуг, как качественная дородовая помощь или лечение острых респираторных инфекций у детей, большинству министерств представляется устрашающей сложной. Для внедрения крупномасштабных систем, основанных на результатах, необходимо серьезно изменить базовые задачи и стиль работы министерств здравоохранения.

Последняя трудность — это риск того, что финансирование на основе результатов может быть воспринято как жесткое или несправедливое налагание условий финансирующей стороной поставщикам услуг здравоохранения. Поскольку отношения между министерствами здравоохранения и НПО во многих развивающихся странах и без того являются напряженными, успешные контракты, ориентированные на достижение определенных результатов, обычно бывают гибкими и корректными: они предоставляют НПО определенную свободу действий НПО и гарантируют своевременность государственных выплат за хорошую работу. Аналогичным образом, финансирование правительств агентствами-донорами на основе результатов деятельности должно быть организовано таким образом, чтобы приносить пользу обеим сторонам, а потому следует избегать «предъявления условий», которые не встречают поддержки со стороны правительства.

Дальнейшие перспективы

Финансирование здравоохранения на основе результатов деятельности будет, по всей вероятности, не только продолжаться, но и расширяться. Этой тенденции способствуют несколько факторов. Среди них — озабоченность правительств и доноров результативностью здравоохранения; заинтересованность в улучшении количественной оценки результатов; стремление к повышению подотчетности поставщиков услуг здравоохранения перед своими клиентами и правительствами, а также большей подотчетности правительств перед агентствами-донорами; признание того, что НПО и частный сектор могут, в некоторых случаях, предоставлять базовые медицинские услуги малоимущим более эффективно, чем государственный сектор. Очень важно, чтобы сообщество по развитию продолжало пристально следить за этими многообещающими экспериментами по финансированию на основе результатов и как можно более оперативно учитывало успешный и неудачный опыт, с тем чтобы извлечь максимальную пользу из помощи на цели развития для достижения Целей в области развития на рубеже тысячелетия в области здравоохранения. ■

Роберт Хект — руководитель сектора, Эйми Бэтсон и Логан Бренцель — старшие специалисты по вопросам здравоохранения в Департаменте здравоохранения, питания и народонаселения Всемирного банка.



Проверка на СПИД в Джайпуре, Индия.