

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОПЛАТЫ ДЛЯ БОЛЬНИЦ И ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

П 1.1 В данном приложении пойдет речь о технических вопросах определения системы оплаты для больниц и врачей общей практики.

1А Создание и использовании Клинических Групп в рамках реформы системы оплаты для больниц

П 1.2 Основным звеном системы здравоохранения Беларуси является больница. Методологии оплаты для больниц и других медицинских учреждений могут предусматривать стимулы, в значительной степени влияющие на объем и виды предоставляемых медицинских услуг, а также на общие затраты в системе здравоохранения. Они также обеспечивают создание стимулов для формирования новых видов медицинской практики и новых рыночных структур. Однако, существующая система оплаты в Беларуси предусматривает немногочисленные стимулы для обеспечения эффективного управления ресурсами, которые выделяются больницам.

П 1.3 Выбор между ретроспективной моделью оплаты или системой предоплаты. Цель систем оплаты заключается в распределении ограниченных финансовых средств для их наиболее эффективного использования в рамках системы здравоохранения. Ряд систем предусматривает отдельную оплату за каждую отдельно предоставленную услугу на ретроспективной основе, другими словами, после проведения лечения. Обычно в рамках ретроспективной системы оплаты производится оценка фактически понесенных затрат при оказании услуг пациенту и затем оплата соотносится с затратами. Такие системы часто создают стимулы для оказания медицинскими работниками сверхнормативных медицинских услуг, тем самым обеспечивая увеличение получаемой ими оплаты. Альтернативным вариантом является создание единой предварительно определяемой оплаты за эффективный объем услуг, необходимых для лечения конкретного диагностированного заболевания. Система предоплаты базируется на том, что необходимые услуги обоснованно прогнозируемы. (Например, пациент, которому требуется операция по удалению доброкачественной опухоли, мог бы быть госпитализирован и остаться в больнице на ночь, ему могли бы быть наложены швы и повязки и он мог бы получить антибиотики, что явилось бы неотъемлемой частью лечения.) Увязывание ряда услуг с единой комплексной оплатой не создает стимулов для предоставления дополнительных ненужных услуг, поскольку они не приводят к повышению оплаты.

П 1.4. Определение оплаты по «усредненному случаю заболевания». Использование системы, обеспечивающей корректировку оплаты больницам по «усредненному случаю заболевания» (средняя тяжесть заболевания пациентов, проходящих лечение), позволило бы создать более действенные стимулы для эффективного распределения ресурсов и получить больший объем информации для совершенствования управления работой больниц. Системы усредненного случая заболевания были разработаны для классификации пациентов в соответствии с затратами средств на их лечение. Клинические группы (КГ), возможно, представляют собой наиболее широко известную систему усредненного случая заболевания. Они служат основой для перспективной оплаты за стационарное лечение в рамках программы США Medicare; они используются в Португалии и Бразилии, а также для корректировки общего бюджета в Великобритании, Германии и Дании. Кроме того, были разработаны другие системы применительно к медицинским учреждениям амбулаторного типа.

П 1.5 Клинические группы . КГ могли бы потенциально способствовать созданию в Беларуси рациональной основы для определения больничных бюджетов. Ввиду того, что создание полномасштабной системы КГ является сложной и трудоемкой задачей, на первоначальном этапе усилия следует направить на разработку небольшого числа клинических групп, на которые приходится наибольшее количество случаев госпитализации, или на создание упрощенной системы, включающей 20-30 категорий по отделениям.

П 1.6 Такие системы усредненных случаев заболевания, как КГ, зависят от полного и соответствующего кодирования информации о пациенте из медицинской карты, однако эта операция является относительно простой, обычно требующей 10-20 позиций данных на одну выписку пациента из больницы. По этой причине такие системы могут использоваться как для объективного распределения бюджетных средств по лечебным учреждениям, так и для совершенствования управления. КГ могут использоваться для проведения оценки и повышения эффективности больничных мероприятий и, кроме того, они могут являться важным инструментом, гарантирующим качество больничных услуг.

П 1.7 Таким образом, сочетание клинических и финансовых данных в рамках КГ могло бы иметь огромное значение для Министерства здравоохранения для планирования и общего управления ресурсами больничной системы. Эту информацию также могли бы использовать заведующие больниц для более эффективного управления ресурсами и определения конкретных сфер деятельности, в которых требуется улучшение качества работы.

П 1.8. КГ и предельные границы общей оплаты. КГ могут использоваться либо в контексте системы неограниченной оплаты на одну госпитализацию, либо в рамках системы, подлежащей ограничениям оплаты по каждому уровню лечения в пределах региона. Оба подхода позволили бы более скоординировано выделять средства больницам по сравнению с подходом, применяемым в настоящее время в Беларуси. Таким образом, использование КГ при обстоятельствах, когда норма на одну госпитализацию является неограниченной, привело бы к существенному

увеличению оплаты за больничные услуги, что могло бы быть непозволительным высоким по средствам. Фактически, корректировки ежегодной оплаты, отражающие более высокие текущие расходы больниц, покрываемые за счет средств программы США Medicare, в течение ряда лет были снижены в законодательном порядке для установления контроля над федеральными расходами.

П 1.9. Общие бюджеты не обеспечивают автоматического устранения мотивации для неэффективной работы, однако они позволяют вести контроль за расходами. Больницы могли бы иметь стимулы для более эффективного предоставления услуг в целом или же, возможно, предоставления услуг пациентам в тяжелом состоянии, если бы они знали, что выделение средств больницам из общего бюджета страны или региона зависит от уровня эффективности работы больницы. Аналогичным образом, врачи могли бы иметь стимул к лечению больных вместо того, чтобы направлять их в более высококвалифицированные лечебные учреждения в рамках системы здравоохранения, если бы их зарплата зависела от результатов их труда. Исполняемые надлежащим образом общие бюджеты, в которых используются данные из системы КГ, позволяющие оценить эффективность работы больницы и врача, могут создать мощный стимул для эффективного оказания высококачественной медицинской помощи.

П 1.10. Потребность в данных и развитие системы. Для КГ, а также для функционирования других систем усредненных случаев заболевания требуется определенная детальная информация по каждому пациенту. Конкретные элементы данных для КГ включают основной диагноз во время поступления больного в больницу и затем при его выписке; до 8-ми вторичных диагнозов; до 6-ти процедур, проведенных во время пребывания пациента в больнице; возраст, пол и состояние пациента при его выписке из больницы. В рамках системы КГ больница предоставляет информацию о диагнозе и процедурах, используя *Международную классификацию болезней, 10-е издание (ICD-10)*. Случаи заболевания классифицируются в отношении только одной КГ, независимо от количества вылеченных болезней и предоставленных услуг. Оплата, основанная на системе КГ, представляет собой среднюю стоимость лечимых заболеваний, имеющих аналогичную клиническую картину и характеризующихся аналогичными затратами. Таким образом, наряду с клинической информацией, необходима также информация по расходам. Вероятно, возникнет необходимость в проведении дальнейших исследований, позволяющих определить, располагает ли Беларусь на данном этапе данными по расходам на лечение различных видов заболеваний.

П 1.11. Создание функционирующей системы оплаты на основе КГ зависит от наличия набора базовых данных, включающих всю необходимую клиническую и финансовую информацию. Такой набор базовых данных должен содержать достаточный объем информации, позволяющей дать точную характеристику больничной системе по меньшей мере за полугодие, но, предпочтительно, за более длительный срок.

П 1.12. Создание полномасштабной системы КГ является длительным процессом. 20 верхних КГ, на которые, возможно, будет приходиться от 80 до 90 процентов случаев госпитализации, могли бы быть достаточными для определения уровня оплаты и администрирования. Даже не располагая данными о вторичном диагнозе, можно было бы идентифицировать КГ, на которые приходится наибольшее количество случаев госпитализации и наиболее значительная часть расходов больницы. Возможно, 2 или 3 наиболее значимые КГ могли бы служить основой для разработки системы КГ на начальном этапе. Это позволило бы снизить риск реализации исключительно крупного проекта до того, как будет проведено тщательное изучение технических вопросов, которые могут возникнуть при его реализации.

П 1.13 Также необходимо принятие решений в отношении оплаты за больничные услуги, оплата которых не будет производиться в соответствии с системой КГ. Возможно, на эти услуги будет приходиться только от 10 до 20 процентов расходов стационарного лечения, однако потребуются разработки методики для их оплаты.

П 1.14 Любая новая система, основанную на КГ, сначала должна быть апробирована путем моделирования оплаты по КГ, что позволило бы определить и устранить недостатки в системе оплаты. Практическая реализация новой системы оплаты могла бы осуществляться поэтапно, что позволило бы больницам адаптироваться к новым условиям.

П 1.15. Кроме того, необходим кардинальный пересмотр стратегии, если система оплаты на основе КГ рассматривается в качестве механизма для обеспечения максимально эффективного использования ресурсов и более качественного медицинского обслуживания. В частности, заведующие больницами должны проявлять гибкость и использовать средства для активного управления всеми своими ресурсами, включая персонал. В том случае, если каждому отдельному врачу не будут предоставлены материальные стимулы для достижения высоких показателей, есть вероятность, что результаты реформирования системы оплаты окажутся неутешительными. Эти стимулы не ведут автоматически к неконтролируемому повышению расходов, в том случае, если используются общие бюджеты.

1Б Варианты организации, оплаты и создания мотивационных схем в системе первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами общей практики

П 1.16 Главной целью реформы системы здравоохранения является повышение эффективности медицинских услуг на основе перехода от акцента на стационарное лечение и специализированную клиническую помощь к первичной медико-санитарной и профилактической помощи. Министерство здравоохранения проявило большой интерес к информации об альтернативных моделях организации и оплаты услуг первичной медико-санитарной помощи, предоставляемой врачами общей практики (ВОП). Министерство здравоохранения рассчитывает, что на начальном этапе ВОП будут работать в качестве семейных врачей в основном в

сельских районах с более низкой плотностью населения, однако Министерство также хотело бы получить информацию о том, каким образом семейная медицина могла бы со временем превратиться в более развитую структуру и играть более значимую роль в рамках системы первичной медико-санитарной помощи. Соответственно, Министерство запросило информацию об альтернативных вариантах организации и финансирования врачебной практики общего профиля, а также об их преимуществах и недостатках. Внедрение модели врачебной практики общего профиля, финансируемой за счет оплаты, взимаемой из расчета на одного человека за определенный объем первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) при ее предполагаемом смещении в сферу самозанятости для врачей первичной медико-санитарной помощи, работающих в качестве ВОП, ставит своей задачей создание стимулов для более эффективного и результативного медицинского обслуживания.

П 1.17 Оплата труда врачей первичной медико-санитарной помощи, работающих в качестве врачей общей практики, обычно производится на основе оплаты из расчета на одного человека, что подразумевает твердый ежемесячный оклад за каждого пациента, выбравшего ВОП в качестве лица, предоставляющего всю первичную медико-санитарную помощь на предстоящий год. Пациент имеет право перейти к другому врачу, если он не удовлетворен ходом лечения, хотя обычно это возможно сделать только в течение периода ежегодной перерегистрации. ВОП могут увеличить свой доход путем привлечения дополнительных пациентов, регистрирующихся у них на лечение. Обычно лечебная нагрузка в объеме около 2000 - 2200 пациентов рассматривается в качестве нагрузки, обеспечивающей приемлемый баланс между адекватной рабочей нагрузкой и временем достаточным для предоставления качественной медицинской помощи тем, кто в ней нуждается. Ввиду того, что многие пациенты, пользующиеся медицинскими услугами, нуждаются в них в течение конкретного года в незначительной степени или вовсе не нуждаются в них, система оплаты из расчета на одного человека, обычно служит своего рода страховым взносом. Такая система позволяет ВОП получить достаточный доход для покрытия издержек на предоставление медицинской помощи конкретной подгруппе лиц, охваченных его практикой, которые заболевают в течение какого-либо одного года. Врачи общей практики, эффективность предоставления медицинской помощи которых несколько выше (или несколько ниже) среднего уровня, или которые располагают более (или менее) обширной, чем средняя, практикой, могут, в результате, рассчитывать на получение более высокого (или более низкого), чем средний, чистого дохода. Более того, средний уровень заболеваемости среди пациентов, зарегистрированных у ВОП, также будет влиять на общие издержки оказания пациентам медицинской помощи и, следовательно, на чистый доход ВОП.

П 1.18 Международный опыт включает множество вариантов организации работы ВОП. Основная модель предназначена для ВОП, индивидуально практикующего в качестве частного врача, имеющего собственную практику. Например, эта модель является традиционной в Великобритании. В альтернативных случаях несколько ВОП образуют группу, когда это разрешено законом, и средства на одного человека выделяются группе, а не отдельным ВОП.

Кроме того, в Хорватии в процессе перехода к модели индивидуальной практики некоторые врачи первичной медико-санитарной помощи являлись сотрудниками медицинских учреждений, получавших средства из расчета на одного человека, и выплачивавших врачам зарплату. Ниже приведен ряд моделей первичной медико-санитарной помощи, которые могли бы быть рассмотрены в зависимости от территориальных особенностей:

- Врачебная практика в сельской местности: один или два ВОП, практикующие в отдаленном территориально ограниченном регионе, совместно работающие на одном и том же участке, привлекающие к работе одних и тех же младших медицинских работников, выполняющие обязанности по несению дежурств и ведению историй болезней пациентов;
- Групповая врачебная практика: по меньшей мере, три ВОП в сельской местности и четыре ВОП в городской местности, работающие на одном и том же участке, привлекающие к работе одних и тех же младших медицинских работников, выполняющие обязанности по несению дежурств и ведению историй болезней пациентов и отвечающие за состояние здоровья обслуживаемого ими населения;
- Многопрофильная групповая врачебная практика: ВОП и другие медицинские специалисты образуют группу для скоординированной работы. В эту группу включается, по меньшей мере, один специалист, не занимающийся оказанием первичной медико-санитарной помощи и, по меньшей мере, два специалиста нетерапевтического профиля. Перечень лиц, оказывающих медицинскую помощь, включает медсестер, акушерок, физиотерапевтов, специалистов по трудотерапии, фармацевтов и медицинских работников смежных специальностей.

П 1.19 Уровень оплаты из расчета на одного человека, может быть единым для всех пациентов, однако, в целом, он может изменяться в зависимости от возраста и(или) пола пациента для приблизительного учета различий при типовом предоставлении услуг. В некоторых странах ВОП, работающие в сельских районах с более низкой плотностью населения, пользуются более высокими ставками, поскольку поездки занимают у ВОП больше времени и в течение дня можно обслужить меньшее количество пациентов. В других странах производится дифференциация определенного рода профилактических услуг, таких как вакцинация или активная терапия, что позволяет избежать внезапных вспышек потенциально серьезных болезней, таких как диабет и гипертония, и врачи поощряются материально за предоставление этих форм медицинской помощи.

П 1.20 ВОП, занимающиеся частной практикой, обычно арендуют помещение или могут работать на дому. Им требуется доступ к соответствующему диагностическому и лабораторному оборудованию. Врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, обычно создают значительные расходы для системы здравоохранения, назначая лекарства или направляя пациентов к специалистам на обследования или на лечение в больницы. Таким образом, в ряде стран финансовые организации в сфере здравоохранения могут наложить

ограничения на среднее количество назначений и направлений на одного пациента для практикующего врача или могут ввести финансовые штрафы за превышение установленного уровня. Обычно пациенты регистрируются у врача первичной медико-санитарной помощи раз в год.

П 1.21 В некоторых случаях предоставление более широкого выбора в организации медицинского обслуживания и его финансирования позволяет укрепить систему первичной медико-санитарной помощи. Ведение практики общего профиля, позволяющей владеть фондами, и некоторые виды групповой врачебной практики могут способствовать тому, что часть обязанностей больниц и медицинских специалистов по управлению медицинскими ресурсами, будет передана врачам первичной медико-санитарной помощи. При правильной организации такие нововведения позволили бы ликвидировать диспропорции существующей системы, основанные на выплате окладов врачам первичной медико-санитарной помощи, и перейти к наиболее дорогостоящей форме медицинского обслуживания.

Создание стимулов для повышения эффективности

П 1.22 Вполне очевидно, что врачи первичной медико-санитарной помощи могут ошибаться, назначая слишком большое количество лекарств или выписывая слишком большое количество направлений к специалистам. Пациенты требуют предоставления такого рода услуг, даже несмотря на то, что врачи первичной медико-санитарной помощи могут предоставить надлежащее лечение. Врач, направляющий больных в более специализированные медицинские учреждения, снижает свою рабочую нагрузку, не неся при этом никаких финансовых издержек в виде штрафов. Необходимо проведение структурных изменений для исправления подобного положения. Врачам первичной медико-санитарной помощи должны быть предоставлены финансовые стимулы для наиболее экономичного лечения пациентов, не только в плане медицинской помощи, оказываемой ими непосредственно пациентам, но также в плане медицинской помощи, предоставляемой в результате направления больных к специалистам и на стационарное лечение в больницы.

П 1.23 В качестве двух подходов, которые можно было бы внедрить в среднесрочной перспективе, и которые создали бы для врачей новые возможности для более эффективного управления медицинскими ресурсами, можно назвать групповую врачебную практику и практику общего профиля, владеющую фондами. Ещё более предпочтительным вариантом является создание комплексной организации здравоохранения с авансовой оплатой, объединяющей в единую структуру оказание медицинской помощи пациентам на всех уровнях, начиная от врача общего практики и до уровня больницы. Такие организации могут рассматриваться как крупные структуры врачебной практики, которые выступают в роли держателей фондов для оказания всех видов лечебных услуг.

Групповая врачебная практика

П 5.24 Групповая врачебная практика объединяет клинические и финансовые интересы ряда врачей, предоставляющих своим пациентам первичную медико-санитарную помощь и, возможно, более специализированные услуги. Существующие учреждения, оказывающие консультационную и поликлиническую медицинскую помощь, могли бы внедрить реальную групповую врачебную практику, сменив при этом методы оплаты и взяв на себя более широкий круг полномочий по управлению своими ресурсами.

П 1.25 Групповая врачебная практика обладает рядом преимуществ по сравнению с индивидуальной врачебной практикой:

- ◆ Групповая врачебная практика позволяет найти более эффективные методы по оказанию медицинской помощи больным, исходя из материальной заинтересованности различных специалистов и опыта врачей в группе. Более эффективное руководство по оказанию медицинской помощи может предусматривать медицинскую помощь более высокого качества и при более низких издержках, что позволило бы привлечь большее количество пациентов для регистрации в группе.
- ◆ Групповая врачебная практика позволяет снизить финансовый риск, с которым сталкивается индивидуально практикующие врачи, которые могут понести убытки при ведении индивидуальной практики на основе оплаты из расчета на одного человека, если ряд их пациентов нуждается в определенном году в большем объеме медицинской помощи, чем обычно. Более того, врачи могли бы объединить свои ресурсы для финансирования большего объема услуг, который они могли бы предложить.
- ◆ Групповая врачебная практика позволяет снизить административные расходы, объединив выполнение вспомогательных услуг (например, назначение времени приема и выписку счетов). В зависимости от других изменений в системе здравоохранения, крупные врачебные группы также смогут договариваться о более низких расценках на услуги, заключая договоры для этого с другими медицинскими учреждениями.

П 1.26 Ниже речь пойдет о важных проблемах, которые могут возникнуть в процессе создания групповой врачебной практики:

- ◆ Оплата. Оплату из расчета на одного человека, должна получать группа, а не отдельные врачи. Группа должна выплачивать зарплату врачам на основе результатов их работы, поощряя консервативные методы и положительные результаты лечения. Информация об усредненных случаях заболевания пациентов (средняя тяжесть заболевания) необходима для того, чтобы на врачей, лечащих более тяжелых больных, не распространялись штрафные санкции за предоставление большего объема медицинских услуг по сравнению с услугами, предоставляемыми врачами, имеющими дело с менее сложными случаями.

- ◆ Персонал и услуги. Для ведения групповой врачебной практики необходима автономия при решении таких вопросов как форма организации работы персонала и предоставления услуг, предлагаемых группой. Врачи должны участвовать в работе группы на добровольной основе в течение определенного периода времени, возможно, на основе заключения с группой ежегодных контрактов. Группа также должна обладать правом отклонять заявку врача на членство в группе или расторгнуть свой контракт с врачом на основе объективных потребностей укомплектования группы персоналом или учета показателей эффективности работы. Для достижения эффективности медицинское учреждение, занимающееся групповой врачебной практикой, также должно обладать правом найма необходимого ей количества медсестер и технического персонала, не поддаваясь политическому давлению по поддержанию высокого уровня занятости.
- ◆ Средства и методы управления. С целью более полного использования потенциала групповой врачебной практики для эффективного использования ресурсов требуются управленческие способности более высокого уровня. Кроме информации по усредненным случаям заболевания пациентов, также требуется информация, позволяющая отслеживать объем медицинских услуг, предоставляемый каждому пациенту, стоимость этих услуг и результаты лечения пациента. Руководителям клиник должна быть предоставлена возможность прохождения подготовки в области управленческой информации и методов управления.
- ◆ Конкуренция. Если имеется только одна групповая врачебная практика, объединяющая всех врачей первичной медико-санитарной помощи в регионе, вполне очевидно, что у такой организации не возникнет мотивация к внедрению более эффективных методов лечения или инновационных технологий. Все пациенты в этом регионе не будут иметь иного выбора, кроме как зарегистрироваться в данной групповой врачебной практике. Поскольку у пациентов нет возможностей перейти в другую врачебную группу по оказанию первичной медико-санитарной помощи, то группа могла бы продолжать работать так же, как и до введения групповой врачебной практики. Групповая врачебная практика характеризовалась бы наивысшей эффективностью в городах достаточно крупных для работы, по меньшей мере, двух групп, конкурирующих друг с другом за привлечение пациентов.

П 1.27 Групповая врачебная практика сама по себе не в состоянии повысить эффективность системы здравоохранения в целом. Групповая врачебная практика, исходя из изложенных выше специфических особенностей, могла бы создать стимулы для предоставления максимально дешевых услуг первичной медико-санитарной помощи. Группы могли бы добиться этой цели за счет более эффективного использования ресурсов. Тем не менее, без дополнительных

преобразований финансовой системы у групп и в дальнейшем будет сохраняться стимул направлять пациентов к узким специалистам и на стационарное лечение, по сути освобождая себя от оказания определенного объема необходимой медицинской помощи пациенту, однако при этом оставляя в своем распоряжении всю оплату из расчета на одного человека.

Владение фондами

П 1.28 Групповая врачебная практика общего профиля, владеющая фондами, могла бы радикально ликвидировать мотивы, побуждающие в настоящее время врачей первичной медико-санитарной помощи снимать с себя обязанности по оказанию медицинской помощи и перекладывать их на другие медицинские учреждения. Фондодержателями являются врачи первичной медико-санитарной помощи, ставки которых из расчета на одного человека могли бы быть увеличены с целью финансирования бюджета для направления пациентов к узким специалистам и в другие медицинские учреждения. Контроль оплаты специалистов создает для фондодержателей стимул к сокращению числа направлений и предоставлению как можно большего объема медицинской помощи пациентам своими силами. Любые сэкономленные средства ввиду сокращения объема услуг по сравнению с объемом, предоставляемым при повышенном тарифе из расчета на одного человека, могли бы оставаться в распоряжении фондодержателя.

П 1.29 Владение фондом создает ряд других значительных преимуществ. Обеспечивается прочная база для профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни, поскольку эти виды деятельности в долгосрочной перспективе могут оказаться финансово выгодными для фондодержателя. Предоставление врачам первичной медико-санитарной помощи возможности контролировать финансовые средства, позволило бы ликвидировать диспропорции в существующей системе, в которой основной акцент сделан на специализированную медицинскую помощь, и сосредоточить лечение пациентов в руках тех врачей, которые, скорее всего, придерживаются курса консервативного лечения. У врачей первичной медико-санитарной помощи также появятся более эффективные стимулы для проведения небольших операций, специальных процедур и анализов, когда это целесообразно, что обеспечило бы сокращение расходов на систему здравоохранения, учитывая высокие накладные расходы на специалистов и стационарное лечение.

П 1.30 Подобное нововведение позволит сделать систему амбулаторного специализированного лечения более гибкой по отношению к системе первичной медико-санитарной помощи и создаст для врачей значительно большие возможности для предоставления медицинской помощи своим пациентам. Одновременно у врачей возникнут новые финансовые риски. Важный принцип заключается в том, чтобы пойти на определенный риск и стимулировать фондодержателей заняться лечением своих пациентов, однако такой риск не должен быть высоким настолько, что это может либо создать возможность получения высокого дохода, либо привести к крупным убыткам. Тем не менее,

система должна обеспечить высокий уровень обеспеченности наиболее способным врачам и неуспех практики наименее способных.

П 1.31 Создание системы фондодержателей позволяет контролировать финансовый риск. Важнейшим фактором является минимальный объем врачебной практики. При прочих равных условиях практика врача, насчитывающая большее число пациентов, обеспечивает принятие большего финансового риска, чем практика врача с небольшим числом пациентов. Врачи, лечащие незначительное количество пациентов, были бы неподходящими кандидатами на фондодержателей, так как для одного больного в исключительно тяжелом состоянии мог бы потребоваться значительно больший объем специализированной медицинской помощи, чем предполагалось. У групповой врачебной практики возникало бы намного меньше финансовых проблем, связанных с неожиданно большим объемом медицинских услуг, требуемых некоторыми пациентами. Например, в Великобритании фондодержателями могут являться только крупные врачебные практики. При внедрении нововведения в 1990 году законом предусматривалось, чтобы врачебная практика насчитывала, как минимум, 11 000 зарегистрированных пациентов. Со временем этот уровень был снижен по мере накопления опыта работы такой системы, однако минимальное количество пациентов на одну практику составляет около 5000 человек.

П 1.32 Изменение структуры стимулов для индивидуально практикующих врачей является настолько же важным, как и проведение таких же изменений для групповой врачебной практики. Включение в систему должным образом разработанных компонентов позволило бы врачам, имеющим индивидуальную практику, стать фондодержателями. В частности, методы распределения риска, о которых речь пойдет ниже, являются необходимыми для обеспечения стабильности системы первичной медико-санитарной помощи.

- ◆ Ставки оплаты. Предусматривается увеличение ставки оплаты из расчета на одного человека, что позволит отразить издержки специализированной медицинской помощи, которая могла бы потребоваться среднему пациенту. Существующий метод регулирования оплаты в зависимости от возраста пациента может быть неприемлемым для фондодержателя. Необходимо разработать метод регулирования по усредненному случаю заболевания, в большей степени отражающему медицинские потребности пациентов и издержки по удовлетворению этих потребностей. Проведение более точно определенной оплаты также позволило бы частично ликвидировать мотивы фондодержателей избегать пациентов, которым, вероятней всего, требуется дорогостоящая специализированная медицинская помощь.
- ◆ Объем услуг. Существует компромиссное соотношение между объемом услуг, предоставляемых в рамках структуры владения фондом, и степенью финансового риска. Более широкое определение услуг увеличивает риск для фондодержателя, - но оно также позволяет повысить эффективность контроля за общими расходами при оказании медицинской помощи

пациентам. Если бы, например, фондодержатели несли ответственность только за специализированные услуги, а не за назначение лекарств и направление на госпитализацию, то в этом случае появился бы финансовый стимул назначать большое количество лекарств или направлять пациентов на стационарное лечение в больницу. Ограничения по использованию услуг, не обеспеченных фондами, могли бы быть необходимыми для предотвращения злоупотреблений.

- ◆ Схемы распределения риска. Если предусматривается предоставление статуса фондодержателя индивидуально практикующим врачам, схемы распределения риска имеют исключительно важное значение. Даже при минимальном объеме практики было бы целесообразным производить точный расчет средних ставок оплаты, принимать другие меры по сокращению финансового риска и пользоваться другими моделями по распределению финансового риска. Однако, схемы распределения риска не предназначены для ликвидации любого финансового риска, с которым сталкивается фондодержатель, поскольку ликвидация риска также приводит к ликвидации стимулов к оказанию медицинской помощи.
- ◆ Вторичное страхование. Возможно, у фондодержателей возникнет необходимость в создании фонда вторичного страхования, например, для компенсации врачебных практик, несущих исключительно большие убытки. В альтернативном случае финансирующие организации здравоохранения могли бы ввести оплату, значительно превышающую определенные значения, производимую тогда, когда убытки либо в единичном случае, либо для практики в целом превышают определенное пороговое значение. Еще одна альтернатива заключается в исключении определенного рода условий, предусматривающих высокие издержки, из оплаты фондодержателю из расчета на одного человека, и в проведении выплат за необходимые услуги на основе взимаемой платы. Этот подход, названный «выделением» может быть эффективным, если лицо, ведущее пациента (либо врач, либо специально обученная медсестра) привлекается для реализации плана лечения в случаях заболевания, требующих высоких издержек.

П 1.33 Кроме финансовых рисков, существуют другие важные вопросы, требующие рассмотрения. Эти вопросы включают:

- ◆ Необходимость соответствующей информации. Несмотря на то, что оплата из расчета на одного человека для фондодержателей будет фиксированной независимо от фактического использования его услуг, для управления системой и установления тарифов на оплату в последующие годы, потребуется информация как по диагнозу, так и по лечению, собранная на уровне пациента.
- ◆ Гарантия качества. Контроль за оказанием медицинской помощи пациенту

является исключительно важным фактором в рамках системы владения фондом, в рамках которой финансовым стимулом является уменьшение объема медицинского обслуживания. Меры по достижению гарантии качества должны быть направлены на выявление случаев, когда пациенты получают неполноценную медицинскую помощь, или когда они не направляются на специализированное лечение в случае необходимости. Конфликт интересов врача мог бы быть частично ликвидирован, если бы значительная часть любой чистой прибыли, полученной в результате регулирования издержек врачебной практики, направлялась на реинвестирование во врачебную практику.

- ◆ Заключение контрактов на оказание специализированных услуг. Предусматривается развитие новых форм деловых отношений между фондодержателями и специалистами. Фондодержатели будут иметь возможность направлять своих пациентов к конкретным специалистам в обмен на договорные скидки на тарифы по оплате. Крупные организации по оказанию групповой врачебной практики могли бы рассмотреть вопрос о включении ряда специалистов в свою группу, что позволило бы группе осуществлять непосредственный контроль за расходами специалистов.
- ◆ Управленческий опыт и знания. Фондодержатели обязаны располагать возможностями по управлению как своей клинической практикой, так и своей экономической деятельностью. Было бы целесообразным организовать курсы по управлению и оказывать иную помощь фондодержателям.

П 1.34 В среднесрочной перспективе система владения фондами позволила бы в значительной степени устранить негативные стимулы, доминирующие в настоящее время в системе здравоохранения Беларуси. Существующая практика выделения средств врачам первичной медико-санитарной помощи, медицинским специалистам и больницам, а также отсутствие системы финансового учета и отчетности, побуждают к чрезмерному использованию услуг, в особенности услуг больниц. Владение фондами основано на принципе, в соответствии с которым финансовые средства должны следовать за пациентом. Вместо того, чтобы направлять пациента на следующий более высокий уровень медицинской помощи, фондодержатели могли бы получать доход за предоставление медицинской помощи на наиболее низком, реально осуществимом уровне системы.

П 1.35 Система владения фондом могла бы получить дальнейшее развитие и применение в организациях комплексной медицинской помощи с авансовой оплатой, получающих фиксированную оплату за предоставление комплексной медицинской помощи, в которой нуждается больной. После того как между различными уровнями медицинской помощи будут устранены искусственные барьеры по оплате, такие учреждения получают возможность более эффективно предоставлять высококачественную медицинскую помощь по сравнению с системой владения фондом, которая не включает стационарное лечение при оплате

в расчете на одного человека. Успешное развитие групповой врачебной практики и системы владения фондом являются необходимыми шагами для создания более комплексной модели.

П 1.36. Заключение. В среднесрочной перспективе также предусматриваются иные пути проведения реформ, обеспечивающие решение задачи по совершенствованию системы первичной медико-санитарной помощи. Эти реформы могли бы проводиться в два этапа, начиная с развития групповой врачебной практики и создания в дальнейшем экономических структур, основанных на принципах владения фондами.

**Приложение 2 ДАННЫЕ О СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

П 2.1 В данном приложении в табличной форме представлена следующая информация:

(i) Информация о структуре модели «конечных результатов», используемой Министерством здравоохранения для оценки результатов работы медицинских учреждений Беларуси;

(ii) Анализ данных таблиц Обследования доходов и расходов домашних хозяйств, ссылки на которые делались в пунктах 4.31 – 4.36 главы 4.

Приложение 2А: Модель определения показателей деятельности медицинских учреждений в административных регионах Республики Беларусь в 2000г. по «конечным результатам»

Показатель	Единица измерения	Стандарт	Оценка в баллах		
			Вес стандарта	Отклонение	
				+ или -	Единица измерения
1	2	3	4	5	6
МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ					
1. Стандартизированный (по возрастам) показатель общей смертности (в качестве стандарта принят европейский стандарт населения)	Случаи на 1000 человек	12,5	3	-	0,5
2. Младенческая смертность (исключая младенцев весом 500-999 грамм)	Случаи на 1000 живорожденных	11,3	8	-	0,5
3. Смертность во время родов (исключая младенцев весом 500-999 грамм)	Случаи на 1000 живых младенцев и мертворожденных	8,0	8	-	0,4
4. Временная нетрудоспособность (данные фонда социальной защиты)	Рабочие дни на 100 работников	845,0	2	-	0,01
5. Временная нетрудоспособность (данные формы 16-ТТ)	Случаи на 100 работников	88,3	2	-	0,01
6. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности на одного пациента (данные формы 16-ТТ)	Дни	10,2	2	-	0,01

7. Временная нетрудоспособность в государственных медицинских учреждениях	Календарные дни на 100 работников	790,0	3	-	0,01
8. Острые заболевания желудочно-кишечного тракта	Впервые выявленные случаи на 100000 человек	200,0	2	-	0,02
9. Заболеваемость активной формой туберкулеза	Впервые выявленные случаи на 100000 человек	50,0	3	-	0,05
10. Хронический алкоголизм и заболеваемость алкогольным психозом	Впервые выявленные случаи на 100000 человек	190,0	2	-	0,02
11. Заболеваемость сифилисом	Впервые выявленные случаи на 100000 человек	120,0	2	-	0,02
12. Заболеваемость гонореей	Впервые выявленные случаи на 100000 человек	100,0	2	-	0,02
13. Первичная нетрудоспособность в трудоспособном возрасте	Случаи на 10000 трудоспособных лиц	44,5	8	-	0,02
14. Первичная нетрудоспособность в возрасте до 18 лет	Случаи на 10000 человек в возрасте от 0-17 лет	16,8	4	-	0,2
15. Готовность к военной службе	Случаи на 100 призывников	75,0	8	+	0,2

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ					
1. Возвращение к труду лиц трудоспособного возраста после инфаркта миокарда	% к общему числу сердечных приступов в трудоспособном возрасте	77,0	5	+	0,05
2. Профилактическое обследование женщин (с применением цитологического исследования)	Случаи на 100 женщин, подлежащих обследованию	95,0	3	+	0,05
3. Аборты (включая вакуум-аспирации)	Случаи на 100 женщин в плодovитом возрасте	50,0	3	-	0,02
4. Морфологическое подтверждение злокачественных новообразований	Случаи на 100 впервые обнаруженных заболеваний	85,0	6	+	0,1
5. Периодическое обследование пациентов, зарегистрированных в государственном реестре	Случаи на 100 лиц, подлежащих обследованию	98,0	3	+	0,05
6. Охват профилактическим обследованием подростков	Случаи на 100 лиц, подлежащих обследованию	99,8	3	+	0,2
7. Охват профессиональным обследованием инвалидов и ветеранов ВОВ	Случаи на 100 лиц, подлежащих обследованию	99,9	3	+	0,2
8. Общее оздоровление нетрудоспособных лиц	Случаи на 100 лиц с инвалидностью	4,7	5	+	0,1
9. Частичное оздоровление нетрудоспособных лиц	Случаи на 100 лиц с инвалидностью	12,0	5	+	0,1
10. Показатели состояния иммунизации взрослого населения	% от общего числа взрослого населения, подлежащего периодической вакцинации	98,0	5	+	0,2
11. Показатели иммунизации детей	% от общего числа детей, подлежащего периодической вакцинации	98,8	5	+	0,2
12. Обследование на туберкулез (рентгенологическое исследование)	% от общего числа населения, подлежащего периодическому обследованию	93,0	8	+	0,1
13. Дневные стационары в медицинских учреждениях (% коек в дневных стационарах)	% от общего количества коек	15,0	4	+	0,25
14. % поликлиник /поликлинических учреждений с дневными стационарами	% от общего количества учреждений	35,0	3	+	0,05
15. Средняя продолжительность пребывания в стационаре	Дни	12,0	6	+	0,1

16. % врачей с квалификационной категорией	% общего числа с квалификационной категорией к общему числу работающих врачей	48,0	5	+	0,1
17. % среднего медицинского персонала с квалификационной категорией	% общего числа с квалификационной категорией к общему числу медицинских работников	40,0	5	+	0,1
18. Общее количество поликлиник, располагающих необходимым оборудованием и квалифицированными врачами	Общее количество поликлиник на 100000 человек	1	5	+	0,5
ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ					
1. Выявление пациентов с острой стадией онкологических заболеваний	% от общего количества выявленных больных	0	0	-	0,05
2. Выявление больных с острой формой туберкулеза	% от общего количества выявленных больных	0	0	-	0,25
3. Выявление больных с острой формой рака молочной железы	Случаи на 100 впервые выявленных человек	0	0	-	0,05
4. Материнская смертность	Случаи	0	0	-	2,0
5. Послеоперационная смертность от острых форм заболевания органов брюшной полости	Случаи на 100 прооперированных лиц	0	0	-	1,0
6. Больничная смертность от острого инфаркта миокарда	Случаи на 100 умерших пациентов с установленным диагнозом	0	0	-	0,1
7. Смертность от острой пневмонии (взрослые и подростки)	Случаи на 100 погибших больных с установленным диагнозом	0	0	-	0,5
8. Досуточная смертность детей до 1 года в больницах	% общего количества детей до 1 года, умерших в больницах	0	0	-	0,1
9. Заболеваемость дифтерией	Случаи на 100000 человек	0	0	-	1,0
10. Внутрибольничные инфекции	Случаи заболевания	0	0	-	0,1
11. % несоответствия (по основным заболеваниям) между патологоанатомическим и клиническими диагнозами	% случаев несоответствия на 100 аутопсических исследований	0	0	-	0,1
12. Производственные травмы среди сотрудников и работников здравоохранения	Случаи на 100 работников	0	0	-	10,0
13. Случаи с летальным исходом	Случаи	0	0	-	5,0

исходом среди сотрудников и работников здравоохранения					
14. Обоснованные жалобы	Случаи на 10000 человек	0	0	-	10,0
15. Обоснованные жалобы и иные недостатки, рассматриваемые Советом Министерства здравоохранения по лечению и контролю	Случаи	0	0	-	5,0
16. Недостатки, обнаруженные вышестоящими органами при проведении проверок деятельности учреждений здравоохранения в административных регионах	Случаи	0	0	-	5,0

Примечания:

1. Стандартизированный (по возрастам) показатель общей смертности рассчитан на 1999 год.
2. Рассчитанные данные были использованы для обобщения ежегодных результатов общереспубликанской проверки областей, районов и города Минска на предмет оказания населению более высококачественной медицинской помощи и повышения культуры обслуживания.
3. Данные в пунктах 12 и 13 по показателям недостатков представлены профсоюзными органами.
4. Показатели деятельности системы здравоохранения в административных регионах, отраженные в пунктах 2-14 и касающиеся медицинских показателей, показатели в пунктах 2, 3 и 5, касающиеся эффективности, и в пунктах 1, 2, 8 и 14, касающиеся недостатков, подвергаются ежеквартальному анализу, в то время как остальные показатели – ежегодному анализу.

Источник: Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Приказ № 110, 5 мая 2000г.

Модель определения показателей работ медицинских учреждений в административных регионах Республики Беларусь в 2000 г. по «конечным результатам»

Информация о реализации модели
(в оценочных показателях)

Показатели	Стандарт оценки	Оценка по медицинским учреждениям (по областям)							
		3	4	5	6	7	8	9	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ									
1. Младенческая смертность (исключая младенцев весом 500-999 г.)	8	8.95	7.43	9.15	8.15	8.30	10.30	9.75	
2. Смертность во время родов (исключая младенцев весом 500-999 г.)	8	7.92	8.56	8.80	7.88	9.08	7.68	8.72	
4. Временная нетрудоспособность (данные формы 16-П)	2	2.44	2.27	2.48	2.22	2.24	1.96	2.34	
5. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности (данные формы 16-П)	2	1.98	2.01	1.99	2.00	2.00	2.00	2.00	
6. Временная нетрудоспособность в государственных организациях здравоохранения и медицинских учреждениях	3	5.12	5.75	6.28	5.28	5.29	3.88	6.19	
7. Острые заболевания желудочно- кишечного тракта	2	3.32	2.86	3.72	1.90	1.80	2.90	3.83	
8. Заболеваемость активной формой	3	3.78	3.68	4.03	3.18	3.35	3.91	3.92	

Приложение 2Б Сводные данные о личных расходах граждан Беларуси на лечение в 1999 и 2000гг. на основе материалов обследования домашних хозяйств

Процентное распределение семей в дециле по уровню расходов (в белорусских рублях в месяц)

	1999										Итого		
	0	1-300	301-600	601-900	901-1200	1201-1500	1501-1800	1801-2100	2101-2400	2401-2700		> 2701	
Дециль 1	20,8	58,2	11,8	4,6	2,7	0,6	0,6	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	100
Дециль 2	10,2	59,2	15,5	9,1	2,8	1,0	0,8	0,4	0,4	0,6	0,4	0	100
Дециль 3	9,1	52,2	18,4	9,3	4,4	1,9	1,1	1,5	0,6	0,6	0,7	0,9	100
Дециль 4	6,9	48,4	26,1	7,3	2,5	2,8	1,1	2,4	1,4	0,6	0,6	0,4	100
Дециль 5	6,7	45,6	21,3	13	4,5	2,9	2,2	0,7	1,0	0,7	0,7	1,3	100
Дециль 6	8,1	44,3	23,8	9,8	5,0	2,4	1,5	1,4	1,0	1,0	1,0	1,7	100
Дециль 7	8,7	40,7	20,0	11,1	7,3	3,6	2,5	1,4	1,1	1,1	0,5	3,3	100
Дециль 8	8,0	37,2	22,2	12	7,6	4,9	1,9	1,4	0,7	1,4	1,4	2,6	100
Дециль 9	7,5	31,8	22,1	12,5	8,1	5,4	3,3	2,3	1,9	2,2	2,2	2,8	100
Дециль 10	7,4	25,6	20,9	13,3	10	4,3	5,0	2,0	2,6	1,5	1,5	7,4	100
Все семьи	9,3	44,3	20,2	10,2	5,5	3,0	2,0	1,4	1,1	0,9	2,1	2,1	100

	2000										Итого	
	0	1-1000	1001-2000	2001-3000	3001-4000	4001-5000	5001-6000	6001-7000	7001-8000	8001-9000		9001+
Дециль 1	14,6	63,6	15,3	3,7	1,6	0,4	0,2	0,2	0	0,5	0	100
Дециль 2	14,4	56,4	16,3	7,5	3,2	0,4	0,8	0,4	0,4	0	0,2	100
Дециль 3	9,9	58,0	14,3	8,1	4	2,1	1,3	1	0,6	0	0,6	100
Дециль 4	10,4	49,5	20,4	11,9	4,4	1,6	0,5	0,2	0,7	0,2	0,2	100
Дециль 5	6,3	52,1	16,8	11,9	4,9	3,2	2,2	0,6	0,7	0	1,2	100
Дециль 6	7,6	48,4	21,7	9,8	5,2	3,6	1,1	0,7	0,2	0,5	1,3	100
Дециль 7	6,7	42,6	23,8	10,1	7,3	3,6	2,0	1,6	0,6	0,8	0,7	100
Дециль 8	8,9	40,5	22,1	9,4	6,9	4,1	3,2	2,1	0,2	0,6	2	100
Дециль 9	8,9	36,2	21,1	10,0	8,8	4,0	3,1	1,1	1,0	0,7	4,9	100
Дециль 10	7,1	29,2	17,9	15,4	5,6	5,3	2,9	2,1	1,6	1,7	11,1	100

Все семьи 9,5 47,7 19,0 9,8 5,2 2,8 1,7 1,0 0,6 0,5 2,2 100

Средние расходы семей (в рублях) по децилю и уровень расходов группы

1999

	0	1-300	301-600	601-900	901-1200	1201-1500	1501-1800	1801-2100	2101-2400	2401-2700	> 2701	Итого
Дециль 1	0	108,0	429,1	731,5	1012	1363	1635	1986	2230	2680	2863	15037
Дециль 2	0	115,6	415,8	736,8	1010	1328	1622	1875	2242	2493	0	11837
Дециль 3	0	132,3	428,8	752,4	1031	1343	1675	1955	2256	2589	2994	15157
Дециль 4	0	132,9	435,7	717,8	995	1294	1615	1937	2300	2525	2770	14724
Дециль 5	0	130,3	423,9	736,7	1023	1320	1623	1965	2316	2498	4255	16291
Дециль 6	0	129,8	433,3	712,1	1008	1327	1622	1912	2207	2541	4153	16046
Дециль 7	0	129,0	434,0	737,6	1043	1324	1632	1914	2306	2580	5024	17125
Дециль 8	0	135,2	439,8	739,7	1059	1309	1652	1945	2189	2490	6066	18026
Дециль 9	0	141,2	416,8	748,8	1055	1363	1607	1947	2223	2532	5767	17801
Дециль 10	0	124,8	446,9	752,2	1044	1335	1643	2000	2248	2594	4898	17086
Все семьи	0	126,7	431,0	738,1	1036	1330	1632	1946	2255	2542	4934	16970
												159129

2000

	0	1-1000	1001-2000	2001-3000	3001-4000	4001-5000	5001-6000	6001-7000	7001-8000	8001-9000	> 9001	Итого
Дециль 1	0	351	1442	2365	3439	4278	5257	6867	0	8699	0	32697
Дециль 2	0	386	1396	2429	3487	4287	5404	6546	7257	0	14153	45344
Дециль 3	0	401	1386	2475	3426	4386	5340	6523	7584	0	11095	42615
Дециль 4	0	422	1450	2473	3401	4384	5281	6212	7631	8715	14347	54318
Дециль 5	0	469	1462	2424	3537	4300	5513	6351	7245	0	12654	43954
Дециль 6	0	428	1441	2436	3449	4481	5537	6513	7366	8153	22841	62645
Дециль 7	0	451	1443	2383	3437	4468	5429	6391	7693	8712	20460	60868
Дециль 8	0	436	1459	2486	3480	4554	5527	6425	7562	8432	20471	60833
Дециль 9	0	485	1448	2454	3518	4433	5393	6260	7506	8661	19851	60008
Дециль 10	0	478	1435	2491	3565	4538	5529	6345	7330	8490	19409	59611
Все семьи	0	423	1439	2449	3480	4455	5462	6404	7451	8539	19145	59247

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Республика Беларусь, Министерство здравоохранения. *Здоровье населения в Республике Беларусь: Сборник статистических данных.* Министерство здравоохранения: Минск, 2000

Республика Беларусь, Министерство статистики и анализа. *Расходы и доходы населения в Республике Беларусь (данные обследования домашних хозяйств) в 1999 г.* Минск, 2000

Сью Берриман. *Скрытые проблемы систем образования стран Европы и Средней Азии.* Всемирный банк: Вашингтон, 2000

В. Боэскен, К. Ахмед, Ф. Мери, М.Сегарт, Дж.Бургуни. "Отделения по пересадке почек в России, Беларуси и Литве." *Трансплантаты при нефрологическом диализе*, т. 10, стр. 2013-2016, 1995

Эндрю Грин, Анна Петрова, Стивен Джонс, Джулиан Миллер и Дэвид Кутц. "Усилия по реализации изменений в системе оказания медицинской помощи в Минске, Беларусь: Целевое исследование." *Выводы 6-го Ежегодного Международного Симпозиума; Семинар 2000г. Международного исследовательского общества в области финансирования здравоохранения*, стр. 58-60.

А.Хардинг и А.Прекер. (2002). "Иновации в системе медицинского обслуживания: Реформа государственного сектора.", Всемирный банк, подготовка к изданию, Вашингтон.

Янош Карнай. *Платежи в конверте: Вознаграждения врачам в Венгрии.* Коллегия Будапештского института передовых исследований. Документ для обсуждения N 60. Будапештская Коллегия: Будапешт. Сентябрь, 2000.

М. Льюис. *Система государственного управления и здравоохранение в странах Восточной Европы и Средней Азии: Оплата медицинских услуг.* Всемирный Банк, июнь 2000.

М. Льюис. *Кто платит за медицинское обслуживание в странах Восточной Европы и Средней Азии:* Всемирный банк: Вашингтон. Сентябрь 2000.

Г.Шнайдер и А.Маеда. (1997). *“Рекомендации по экономному финансированию здравоохранения в развивающихся странах.”* Под редакцией Г.Шнайдера: *Инновации в системе финансирования здравоохранения: Выводы конференции Всемирного Банка*, 10-11 марта, 1997. Документ для обсуждения. Всемирный банк. Вашингтон.

В.Стейнс *Стратегия развития здравоохранения для стран Европы и Средней Азии.* Всемирный банк, Вашингтон, 1999.

USAID. “АИНА предполагает открыть центр по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в Минске.” *Пресс-релиз.* Региональный офис USAID: Украина, Беларусь и Молдова: Минск, 6 октября, 2000 г.

Анатолий Винокур, Джоанна Годино, Кристофер Дай, Нико Нагелкерке. “Эпидемия туберкулеза и ВИЧ/СПИД в Российской Федерации.” *Всемирный банк. Технический документ N. 510.* Всемирный банк: Вашингтон, май 2001 г.

Всемирный банк. *Экологическая оценка воздействия радиации на лесные массивы в загрязненных районах Беларуси.* 1994.

Всемирный банк. “Рабочий документ по разработке стратегии развития здравоохранения в Беларуси.” *Документ находится в стадии доработки.* Всемирный Банк: Вашингтон, 2000 г.

Всемирный банк. *Показатели мирового развития.* Всемирный банк: Вашингтон, 2001 г.

Всемирный банк. Документ по оценке проекта по предотвращению распространения туберкулеза и СПИДа. Всемирный банк: Вашингтон. *Документ находится в стадии подготовки.*

Всемирная организация здравоохранения: Региональное представительство в Европе. *Здравоохранение по всем базам данных, Европа.* Январский выпуск. ВОЗ: Копенгаген, 2001 г.

Всемирная организация здравоохранения. *База данных информационной сети государственного здравоохранения стран Восточной Европы.* www.euphin@who.dk. 1999

Всемирная организация здравоохранения. *Здравоохранение по всем базам данных, Европа.* Копенгаген, 2001 г.