



---

# ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МАНАС»

*Документ исследования политики 1*

---

## МЕТОДЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Барбара МакПейк  
Программа экономики и финансирования здравоохранения  
Лондонская школа гигиены и тропической медицины

и

Джозеф Катцин, ВОЗ

Ноябрь 2000

Перевод: Асель Дунганова

**Всемирная Организация Здравоохранения  
Министерство здравоохранения, Главное управление  
координации и внедрения реформы здравоохранения**

## СОДЕРЖАНИЕ

Слова признательности .....	ii
1. Введение .....	1
1.1 <i>Условия реформирования сектора здравоохранения</i> .....	1
1.2 <i>Цель и задачи этого документа</i> .....	2
2. Связь Результата с Причиной: Основные Подходы к Оценке .....	3
2.1 <i>Описательный анализ</i> .....	4
2.2 <i>Методы проведения более убедительной оценки</i> .....	5
2.3 <i>Обобщение выводов: несколько предостережений</i> .....	13
2.4 <i>Концептуальные шаги</i> .....	15
3. Выводы .....	16
Библиография .....	19

## **Слова признательности**

Мы выражаем большую благодарность за полезные комментарии и вклады, полученные от Орвила Адамса, Паскаля Брудон-Якубовича, Гая Каррина, Эндрю Крииса, Кэти Яновски, Джона Мартина, Джонатана Квика, Элутер Таримо и Филлиде Травис.

Программе Экономики и Финансирования Здравоохранения Лондонской Школы Гигиены и Тропической Медицины оказывается поддержка Администрацией Внешнего Развития (ODA) (сейчас Департамент Международного Развития- DFID) Объединенного Королевства.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** Данный документ является выдержкой и перепечаткой документа, подготовленного для серии документов ВОЗ «*Current Concerns*». Оригинал документа был опубликован в 1997 году. Копии можно получить в Штаб-квартире ВОЗ в Женеве со следующей ссылкой: «*Current Concerns*», ARA документ номер 13, WHO/ARA/CC/97.3.

## 1. Введение

Данный документ нацелен на определение простых методов проведения оценки результатов реформы здравоохранения и обсуждение относительной полезности разнообразных методов в различных ситуациях. Мы рассматриваем методы, с помощью которых можно непосредственно измерить результаты изменений по целям системы здравоохранения. Эти методы внесут вклад в более широкий процесс проведения оценки, включающий анализ условий, при которых вводятся реформы и процесс, с помощью которого они проектируются и реализуются, дополнительно к измерению окончательных результатов реформы, а также оценке влияния политики на них.

### 1.1 Условия реформирования сектора здравоохранения

Системы здравоохранения в развивающихся странах и странах, находящихся в переходном периоде подвергнуты разнообразному давлению и претерпевают много изменений в последние годы. Оценка стала необходима, чтобы оценить изменения в свете целей систем здравоохранения. В этой декаде, значительное количество стран рассматривалось, и в некоторых началась фундаментальная переориентация их систем здравоохранения, что стало далеко не частичным и единственным изменением в политике, которое характеризовало предыдущие декады. Например, вся структура и организация оказания медицинских услуг пересматривается, и идеологические ориентации систем ставятся под вопрос. Термин «реформа сектора здравоохранения» создан для отражения новых условий.

Касселс (1995) предлагает шестигранную категоризацию компонентов программ реформирования: *совершенствование выполнения гражданских работ*, что сократит давление, в котором функционирует сектор здравоохранения; *децентрализация*, которая повысит автономию менеджеров на низших уровнях системы; *улучшение функционирования национальных министерств здравоохранения* посредством совершенствованных структур, а также процедур управления и планирования; *расширение альтернатив финансирования здравоохранения* путем введения новых механизмов, таких как платные услуги; *введение управляемой конкуренции*, чаще всего посредством заключения контрактов внутри государственного сектора или между государственным и частным секторами; и *работа с частным сектором* путем развития и поддержки определенной и дополнительной роли частных поставщиков.

Опыт работы в большинстве из этих областей ограничен как количеством стран, которые приняли определенные меры, так и временными периодами с начала реализации в этих странах. В некоторых областях политики, наиболее заметно в области введения управляемой конкуренции, меры были вдохновлены мерами принятыми в индустриальных странах, но распространение опыта индустриальных стран на другие страны должно осуществляться с большой осторожностью (Коллинз, Грин и Хантер 1994). Опыт введения платных услуг, вероятно стал наиболее распространенным, но даже здесь, многое остается неизвестным об их влиянии и обстоятельствах, при которых различные меры имели бы лучшие шансы на успех (МакПейк 1996). Оценка мер по реформированию необходима, чтобы правительства могли определить результаты своей политики, а также когда и как при необходимости адаптировать определенные меры. В целом необходимо документировать этот накопленный опыт, так чтобы страны, рассматривая

определенные реформы применимо к своим системам здравоохранения, могли изучить как ошибки, так и достижения других.

## *1.2 Цель и задачи этого документа*

Аудитория, на которую нацелен этот документ, представляет собой огромное число государственных лиц, занимающихся планированием, а также неправительственных консультантов, которые оказывают консультационные услуги лицам, принимающим политические решения и готовят политические документы на основе анализов текущей ситуации. Мы фокусируемся на относительно низкокзатратных и несложных методах проведения оценки, которые могут применяться с ограниченным вовлечением специалистов, при этом имеющие потенциал направлять национальные и под-национальные исследования. Этот фокус руководствуется верой в то, что наиболее соответствующие оценки в рамках потенциального влияния на управленческие и политические решения, это те, что (1) осуществляются местными специалистами за относительно короткий период времени, и (2) повторяющиеся регулярно, или даже способные быть интегрированными в рутинные системы мониторинга. Для соответствия этим критериям, оценка должна по большей части опираться на данные, собираемые рутинной информационной системой страны. Наконец, акцент на относительно простых и низкокзатратных методах также исходит из убежденности в том, что во многих странах, большая часть данных, необходимая для проведения оценки исполнения имеется, но эти данные не организованы с целью обращения к конкретным политическим и управленческим проблемам. В этом документе предлагаются пути организации, анализа и презентация подобных данных для этих целей.

Реформы здравоохранения имеют одну единственную или многочисленные цели политического, экономического или здравоохранительного характера. Поскольку мы признаем важность политических задач, наша цель – помочь аналитикам провести оценку реформ относительно широких задач экономики и государственного сектора здравоохранения. В частности, цели, которые нами подчеркиваются, являются структурная и техническая эффективность (включая качество и удовлетворенность клиента), справедливость в доступе к медицинским услугам, справедливость в финансировании медицинских услуг, а также финансовая устойчивость. Реформы могут повлиять на большинство целей, либо потому, что она является основной целью реформы (напр. финансовая устойчивость обычно является первостепенной целью для введения платных услуг), либо потому, что могут возникнуть побочные эффекты реформ, позитивные или негативные (напр. повысившаяся надежда на оказание услуг частным сектором и его финансирование могут представлять угрозу для доступа к помощи бедных групп населения). Необходимо дать оценку обоим типам влияния, чтобы определить насколько степень достижения задач оправдывает степень возникновения нежелательных побочных эффектов. Необходима предварительная оценка видов влияния, которые наиболее важны для каждого мероприятия реформ, чтобы соответствующие методы и управляемое число индикаторов (показателей) было отобрано для осуществления мониторинга влияния любой конкретной политики. Таким образом, аналитику необходимо тщательно подумать над возможными результатами реформирования (выдвинуть соответствующие гипотезы, которые можно проверить), и рассмотреть возможность влияния на показатели других факторов, кроме анализируемой реформы.

Этот процесс должен также помочь аналитику избежать измерения вещей, которые не имеют отношения к оцениваемой реформе. Например, политика децентрализации может быть конкретно нацелена на сокращение неравенства в финансировании там, где определенные регионы страны не получают свою справедливую долю ресурсов. В этом случае, необходимо дать оценку степени, которой достиг желаемый переход к новым механизмам распределения ресурсов. Там, где есть намерение сохранить существующие модели распределения, и управление ресурсами осуществляется на более низких уровнях системы, то маловероятно, что проведение подобного аспекта оценки будет правомерным.

Хотя вышеизложенные категории реформы сектора здравоохранения составляют хорошую структуру для понимания ряда возможных политических реформ, методы, описанные нами в этом документе, подходят для анализа конкретных мер или элементов этих широких категорий. Таким образом, этот документ намерен оказать помощь аналитику в оценке результатов конкретных или «узких» реформ (напр. изменения в политике платных услуг), или специфических особенностей программы реформирования, а не полноты или цельности многостороннего или непрерывного процесса реформирования.

Интерпретация изменений в показателях исполнения во многом является больше искусством, чем наукой. Другими словами, изменение показателя не означает, что оно *произошло вследствие* конкретной реформы, и не подразумевает улучшения или ухудшения деятельности. Таким образом, оценка результатов реформ подразумевает больше, чем простое отслеживание изменений по одному или нескольким показателям; она требует суждения. Тем не менее, суждения относительно наблюдаемых изменений в показателях могут создаваться путем использования структурированных методологий (т.е. научного подхода). В этом документе, мы представляем аналитические подходы и методы, которые нацелены на то, чтобы дать возможность тому, кто проводит оценку, делать более уверенные суждения о степени динамики показателей и сравнительных различий между ними, могут быть *связаны* с конкретной анализируемой реформой.

## **2. Связь Результата с Причиной: Основные Подходы к Оценке**

Процесс оценки результатов реформы включает описание изменений в политике, описание (и надемся измерение) изменений в работе системы здравоохранения, а также оценку степени, в которой наблюдаемые изменения могут быть связаны с реализованной реформой. Как отмечалось Яновски и Касселс (1996) это трудная и интересная задача, поскольку реформы не осуществляются в лаборатории. Изменение в политике часто является непрерывным процессом, а не отдельным событием, и на задачи сектора влияет широкий ряд политических и неполитических факторов контекста, которые не перестают оказывать влияние, просто потому, что внедряется новая политика. Вообще, чем сложнее политика или политическая среда, тем труднее определить причинные связи между реформами и целями здравоохранения. Следовательно, подходы, которые мы представляем вашему вниманию, не являются инструментами «фундаментальной» науки. Вместо этого, они являются способами структурного построения анализа, нацеленные на достижение *правдоподобных* выводов о причинах и результатах, а не методами, которые ведут к доказательству причинности.

Как отмечалось во введении, реформы должны оцениваться в отношении их влияния на цели сектора здравоохранения, такие как эффективность, справедливость, устойчивость и т.д. Однако простое изменение показателей этих целей не означает, что причиной этого стало изменение в политике. В этом разделе документа, мы представляем методологические подходы, которые могут использоваться, чтобы оценить когда и в какой степени изменения в показателях могут быть связаны с изменениями в политике. Мы проиллюстрируем эти подходы примерами из оценочных исследований результатов реформ, проведенных в ряде стран. Эти примеры также предлагают идеи для (графической и табличной) презентации данных анализа лицам, определяющим политику.

### *2.1 Описательный анализ*

Идентификация и измерение показателей исполнения являются только частью процесса проведения оценки. Как предлагалось в недавних «рамочных структурах» (Яновски 1995; Катцин 1995), первыми шагами в процессе оценки реформ являются обеспечение точных и подробных описаний (1) ключевых контекстуальных факторов, направляющих реформу (2) самой реформы и ее задач, и также (3) процесса, с помощью которого реформа осуществлялась (осуществляется). Описание особенностей механизмов политики и их внедрение могут рассматриваться как «описательные показатели». Если реформа политики включала введение механизма, там, где он прежде не использовался, несомненно эти показатели отражают то, связано с реформой политики. Например, если платные услуги введены, процент освобожденных лиц не может быть, но связан с изменениями в политике. Это может показаться фривольной точкой зрения, хотя такие показатели уже способствуют проведению анализа результатов политики посредством описания ярких особенностей политики и ее реализации. Многие оценочные отчеты по реформе не идут дальше аналитического описания таких особенностей и их результатов, но все же могут определить многие сильные и слабые стороны политики, и даже предложить меры по улучшению политики. Изучение процесса децентрализации в Танзании (Джилсон, Килима и Таннер 1994) является примером аналитической описательной оценки, в результате которой получены существенные политические рекомендации, а исследование госпитальной автономии в Кении (Коллинз, Ниеру и Меме 1996) также очень сильно опирается на описательный анализ как основу для выводов авторов.

Янг (1991) определяет проблемы повышения стоимости, неравенства, и неэффективности управления главным образом по нескольким «описательным показателям» (хотя другие подходы тоже применяются) в оценочном исследовании национальной системы медицинского страхования в Корее. В таблице 1 показаны индикаторы, использованные для оценки каждой из проблем.

Моенс (1990) также использовал ряд описательных показателей для оценки равенства в доступе и финансовой устойчивости в оценочном исследовании страховых схем по группам населения в Заире (Таблица 2).

**Таблица 1: Использование описательных индикаторов проведения оценки национальной системы медицинского страхования**

<i>Проблема (имеющая отношение к цели)</i>	<i>Описательный показатель (особенность, связанная с проблемами)</i>
Повышение стоимости (структурная и техническая эффективность)	Механизм возмещения (ретроспективное возмещение на основе «стоимость лечения плюс проценты»)
Неравенство (в доступе и финансах)	Высокая ставка со-страхования Неофициальная «двухклассовая» система здравоохранения Идентификация неравного аккумуляирования риска
Неэффективность управления (структурная и техническая)	Безотчетное управление, дублируемое на каждом уровне Соотношение административных затрат с общими доходами

**Таблица 2: Использование описательных показателей в оценке страховых схем по группам населения.**

<i>Проблема (цель)</i>	<i>Описательный показатель (исполнения относительно цели)</i>
Равенство в доступе	Ставки членства и распределение
Финансовая устойчивость	% возмещения затрат

Хотя, описательные индикаторы могут *иногда* использоваться непосредственно с целью проведения анализа реформ, четкое понимание и описание реформы, а также способа ее реализации всегда необходимы до того, как могут быть сделаны выводы о том, является ли реформа причиной изменения в показателях исполнения. Несколько приемов приводятся ниже, они могут использоваться в определении результатов реформ, но не будут представлять большую ценность, если тот, кто занимается оценкой, не поймет и не сможет четко представить содержание реформы и процесса, с помощью которого она осуществляется. Было бы очень полезно ориентировать этот описательный анализ на четкую концептуальную структуру, которая поможет определить важные проблемы и вопросы политики (для примеров таких структур, см. Яновски (1995), Маквел (1996) и Катцин (1995)). Без этого, «описательный анализ» может легко превратиться в длительное несфокусированное изложение фактов.

## 2.2 Методы проведения более убедительной оценки.

Дополнительно к использованию описательного анализа как одного из способов прийти к выводам, существуют два подхода к увязыванию изменений в показателях с изменениями в политике:

- В «подходах продольного (временного) анализа» сравниваются одни и те же единицы наблюдения за период изменения политики. Например, те же медицинские учреждения могут сравниваться до и после введения платных услуг.

В анализе делаются попытки дать оценку степени, в которой изменения в показателях между периодами до и после введения политики, могут быть связаны с политикой.

- «Подходы перекрестного анализа» полагаются на возможность сравнивать различные единицы наблюдения (например, медицинские учреждения, области, отдельные лица) между которыми в то же время существует разница в политике. К примеру, медицинские учреждения, в которых введены платные услуги, можно сравнить с медицинскими учреждениями, в которых нет таковых. В анализе делаются попытки оценить степень, в которой различия в показателях между двумя группами медицинских учреждений, могут быть связаны с политикой.

Эти подходы, используемые отдельно или в комбинации, могут быть включены в дизайн оценочных исследований как средства повышения уверенности в выводах о том, являются ли изменения в политике причиной изменений показателей.

Существует множество вариаций в рамках каждого из подходов. Например, вместо того, чтобы сравнивать отсутствие или присутствие оплаты, можно вести наблюдение за различными уровнями оплаты. Потенциально мощным подходом является комбинация обоих видов (продольного и перекрестного) подходов, путем сравнения динамики наблюдений, где степень реализации политики различается. Это также может контролировать факторы, кроме изменений в политике, которые могут влиять на показатели на всех местах в одно и то же время. Например, при эпидемии малярии, уровни использования (напр.обращаемости) во всех медицинских учреждениях повысятся. Без знания об эпидемии, исследователь, изучающий динамику только в учреждениях, внедряющих реформы, может сделать вывод, что реформа стала причиной такого повышения. Но если, он/она также включил в свой анализ учреждения, в которых реформа не осуществлялась, то сможет увидеть, что уровни использования повысились везде а, следовательно, реформа не является причиной.

Такие исследования иногда являются результатом контролируемых экспериментов, когда политика вводится преднамеренно на выборочной основе, так чтобы ее результаты можно было измерить, либо они могут быть результатом «естественных экспериментов», в которых существует внешняя причина для применения политики только в некоторых местах. Продольные/временные сравнения могут быть «перспективными» (когда возможно начать измерение показателей до реализации политики), или «ретроспективными» (когда регулярно собираемые данные, имеющие отношение к прошлому опыту, анализируются после реализации политики).

Трудности обоснования существования причинной связи между изменениями в политике и изменениями в показателях, являются общими как для перекрестного, так и для временного/продольного подходов. Основная проблема в том, что на большинство имеющихся показателей влияет не только исследуемая политика, но также и другие политики и/или изменения в основополагающих условиях. В результате, анализ должен быть «многовариантным» (включающим многие переменные): в нем необходимо рассматривать полный ряд переменных, которые могут повлиять на рассматриваемый индикатор, а также обеспечить то, чтобы переменная политики могла быть изолирована как причинный фактор. Например, если уровни использования оказались ниже в учреждениях с платными услугами, чем в учреждениях без таковых, необходимо обосновать, что объяснение в действительности является не результатом различия в количестве или разбросанности

населения, в профиле заболевания, или в других факторах, таких как воспринимаемое качество услуг, которые влияют на успех учреждений и которые также различаются по двум группам.

Нашей целью не является описание полного ряда имеющихся методик для разрешения этой проблемы. Вместо этого, мы даем описание нескольких простых и легко понимаемых методологических подходов, и приводим примеры их использования. Тем не менее, в некоторых случаях эти методы не могут дать возможность для убедительных выводов по результатам реформы, и дальнейшего прогресса в этом плане можно достичь только при вовлечении эксперта по статистике. Однако, безотносительно сложности используемых методик, связь причинности наблюдаемых результатов, в конечном счете, требует суждения со стороны проводящего оценку. Цель использования различных приемов - дать возможность приводить суждения, основанные на более достоверной информации.

**Продольный/временной анализ (анализ динамики).** Если изменение в политике является отдельно взятым событием (например, новая программа введена в конкретный день), очень простым методом соотнесения временных данных с изменениями в политике, является определение даты введения и поиск внезапного нарушения последовательности или полных перемен в динамике, которые, скорее всего будут объясняться введением новой программы. Пример такого подхода (анализ данных в таблице 3) приводится Моенсом (1990) в исследовании Заирских схем страхования по группам населения.

**Таблица 3: Доходы пациента и динамика операционных расходов до и после (1986) введения схем страхования.**

Год	Доходы пациента	Операционные расходы	Доходы/расходы пациента
1984	668,449	1,853,629	0,36
1985	878,583	2,035,735	0,43
1986	1,918,905	3,141,105	0,61
1987	3,848,136	4,674,026	0,82
1988	8,034,130	9,909,054	0,81

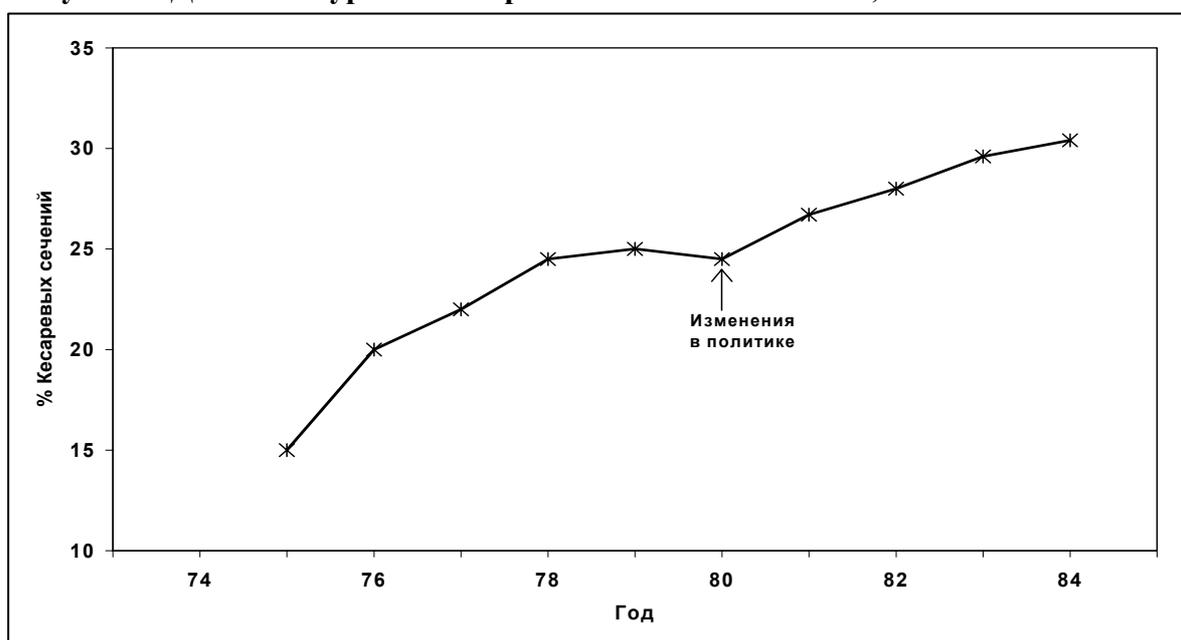
Хотя по динамике предполагается, что доходы и операционные расходы уже повышались до введения схем в 1986 году, удвоение доходов каждый год с начала введения сравнимо с только 30% повышением предыдущего года. Это убедительное свидетельство существования связи.

Тем не менее, все еще остается необходимость того, чтобы узнать имели ли место другие изменения в то же время, когда произошли изменения в политике, и которые также происходили отдельно. Например, изменение может быть частью пакета реформ, внедряемых в одно и то же время, или может быть связано с изменениями в других государственных мерах, что может объяснить внезапные изменения по другим направлениям. В этом случае, важным фактором, влияющим и на операционные расходы и на доходы, стала инфляция, которая составила около 100 процентов в 1998 году. Поскольку инфляция влияет и на расходы и на доходы, воздействие политических изменений на финансовую устойчивость может быть лучше всего проверено путем анализа изменений в коэффициенте возмещения затрат

(последняя колонка). Изменения в этом соотношении во времени предполагает вероятность того, что введение страховых схем, значительно повлияло на возмещение расходов.

Общие тенденции также оказывают влияние на изменения в политике в перспективе. Например, результат изменяющихся правил компенсации, применяемых в кесареву сечению и нормальным родам в Бразилии (с целью сокращения процента кесаревых рождений) был изучен Барросом, Вагханом и Викторией (1986). Хотя процент кесаревых сечений снизился в 1980 году после того, как это изменение было осуществлено в городе Пелотас, но долговременная тенденция, отображенная на рис.1 показывает это снижение как незначительное относительно общего образца изменений.

**Рисунок 1. Динамика уровня кесаревых сечений – Пелотас, 1975-1984**



На рисунке 1 используется наглядный метод, который является очень полезным для представления и понимания связи между изменениями в политике и изменениями в показателях при тех обстоятельствах, когда изменения в политике являются отдельно взятым событием. Эта «схематизация», показывающая когда (ясно представленная на графике) изменение в политике имело место зарекомендовала себя довольно полезной в различных исследованиях. Например, Вадингтон и Энимаев (1990) схематизировали временной промежуток введения повышения в уровнях платных услуг в Гане на графиках, отображающих ежеквартальные уровни использования, чтобы показать связь между использованием и повышением оплаты. Подобным образом, Квик и Мьюсау (1994) схематизировали серию политик платных услуг и изменений в связи с их внедрением в Кении на графиках, отображающих ежеквартальные сборы доходов и уровни использования. Описательный метод является способом показа когда изменилась политика и когда изменились показатели. Путем использования легко доступных данных за несколько периодов до и после изменений в политике, могут быть сделаны приемлемые выводы, учитывающие результаты как долгосрочных, так и сезонных тенденций, и без необходимости использования сложных статистических приемов. Любая наблюдаемая связь не доказывает, что здесь существует причинная

связь, но определенные образцы (такие как отсутствие связи) могут дать возможность сделать выводы о результатах реформы или пересмотреть их.

Менее удовлетворительным подходом к оценке связи динамики с изменениями в политике может быть пример исследования Йодера (1989), который проводил оценку воздействия значительного повышения государственных платных услуг на использование в Свазиленде (Таблица 4). Йодер сравнивал данные до и после изменений без ссылки на общие тенденции за более длительный период. Степень сокращения в использовании предполагает причину и она может быть неустойчивой в долгосрочном периоде. Тем не менее, этот аргумент мог быть значительно подкреплён при наличии исторической информации.

**Таблица 4: Среднемесячная посещаемость до и после повышения государственной оплаты до уровня миссионерских платных услуг**

<i>Сектор</i>	<i>Посещаемость до изменений (10/83-12/83)</i>	<i>Посещаемость после изменений (10/84-12/84)</i>	<i>% Изменений</i>
Государство	817	552	-32.4
Миссия	783	862	10.1
Всего	805	665	-17.4

Подобным образом, Янг, Лин и Лосон (1991) сообщают, что в Китае, после введения оплаты сотрудникам за продленные рабочие часы, количество ежемесячных хирургических операций в одном из госпиталей увеличилось с 50 до 80, а после открытия госпиталей-предприятий, уровни использования коечного фонда повысились с 40 до 70%. Опять же, информация о долгосрочных тенденциях была бы полезна, но степень изменений вероятно предполагает, что наблюдения не отражают долгосрочный феномен.

Возможно усовершенствовать оба подхода, пытаясь определить имели ли место другие изменения в политике или окружающей среде (т.е. контекстуальные факторы), кроме неопределенной финансовой политики, которые могли бы объяснить тенденции в данных. Если потенциальные альтернативные причины сначала определяются, а затем исключаются, то возможность для связывания изменений в политике и с изменениями в индикаторах укрепляется. Например, Обзор Янга (1991) по корейской системе медицинского страхования, упомянутый выше, рассматривает ряд возможных факторов, объясняющих увеличение расходов здравоохранения (такие как общая ценовая инфляция в Корее и неудачное внедрение адекватного контроля над выбором технологии), прежде чем доля инфляции будет увязана с расширением системы страхования и некоторыми из ее конкретных особенностей.

**Перекрестный анализ.** Перекрестные исследования, являющиеся результатом контролируемых экспериментов имеют преимущество в том, что распределение случаев на имеющие отношение к вмешательству и на контрольные проводится выборочно, или структурированным методом, чтобы гарантировать то, что различия в результате объясняются вмешательством, а не другими предсказуемыми факторами.

Следовательно, это можно благополучно считать случаем<sup>1</sup>. Однако, практически, подконтрольные эксперименты являются относительно редкими, поскольку реформы не осуществляются в таком виде, если только они не спроектированы и не внедряются на четкой пилотной основе.

Намного труднее достичь твердого заключения на основе перекрестного анализа там, где распределение наблюдений в группы, где имелось вмешательство и там где оно отсутствовало, не контролировалось, а являлось результатом процесса разработки политики. В таких обстоятельствах, будет существовать хозяин факторов, который различается в ситуациях вмешательства и невмешательства, и который может повлиять на процесс политики, и таким образом объяснить принятие или непринятие политики. Это означает не столько рекомендацию, сколько желательность проведения различных исследований, и меньше всего способов осуществления реформ. Просто важно осознавать обстоятельства, при которых реформа реализовывалась для того, чтобы достичь соответствующей интерпретации собранной информации в оценочном исследовании. В случаях, где дифференцированная реализация реформы между различными регионами или медицинскими учреждениями является конечным результатом способа реализации всей политики, легко спутать результаты реформы с подлежащими факторами, которые дали возможность одному региону или учреждению осуществить реформу первыми. Интерпретация этих ситуаций, таким образом, должна быть очень осторожной.

Хорошим примером этой проблемы является исследование успеха политики трастовых стационаров в Великобритании (Бартлетт и Ле Гранд, 1994). Хотя трастовые стационары продемонстрировали более низкие затраты на единицу в отличие от других, принятие трастового статуса было альтернативным, и авторы сделали вывод, что стационары, которые уже являлись более эффективными могли быть более привлекательными к принятию статуса трастового стационара. Этот аспект способа внедрения политики означал то, что авторы не могли увязать наблюдаемые различия в показателях (т.е. более низкие затраты на единицу в трастовых стационарах) с изменениями в политике.

**Комбинированные подходы.** Литвак и Бодарт (1993) воспользовались преимуществом постепенного внедрения изменений в политике и отобрали пять учреждений, три «лечебных» и два «контрольных» чтобы оценить влияние платных услуг, сопровождающееся мерами по улучшению качества (конкретно, более надежная поставка лекарственных средств) в одной из провинций Камеруна. Этот подход сделал возможным применение «контролируемого» метода анализа «естественного эксперимента». Сравнимость с «лечебными» учреждениями была главным критерием для отбора контрольных учреждений. Это исследование также имело продольный/временной компонент (исходная информация была собрана) и использовала именно комплексные многовариантные методы для подкрепления выводов. Тем не менее, простое сравнение уровней использования между «экспериментальными» и «контрольными» медицинскими центрами (перекрестный элемент), до и после (продольный/временной элемент) введения изменения по «платным услугам/ качеству» в экспериментальных медицинских центрах, делает случай убедительным относительно воздействия изменения в политике в регионе

---

<sup>1</sup> Оценка таких экспериментов также имеет слабые стороны. Из-за конкретных обстоятельств при которых «экспериментальные реформы» реализовываются, маловероятно, что результаты можно непосредственно обобщить. См подробности по этому вопросу раздел 2.3.

Камеруна. В «контрольной» группе (без вмешательства), уровни использования снизились, в то время как в «лечебной» группе (с вмешательством) они повысились (Таблица 5).

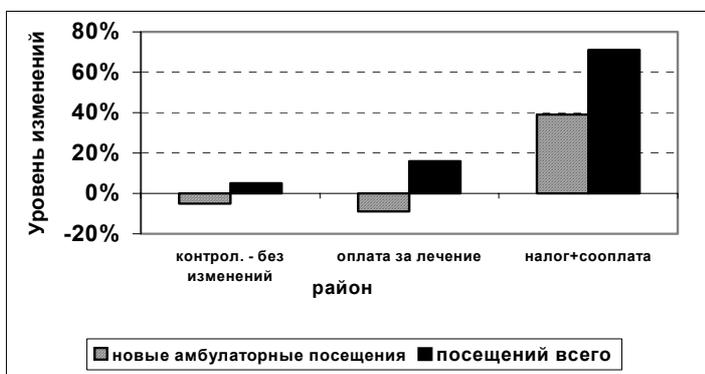
**Таблица 5: Процент больных, пользующихся услугами медицинского центра до и после введения платных услуг, сопровождающихся улучшением качества**

	<i>Исходная (%)</i>	<i>Последующая (%)</i>
Контрольные	45	38
Лечебные	44	48

Подобный методологический подход использовался для анализа результатов альтернативных схем возмещения расходов в трех районах в Нигерии (Диоп, Язбек и Битран 1995). Районы имели одинаковые экономические, социальные и демографические характеристики (хотя отличались по своему этническому составу), предполагая вероятную связь любых изменений в исполнении с введением изменений в политику, а не с другими факторами. В «контрольном» районе изменения не вводились. В одном «экспериментальном» районе, был введен обязательный налог на здравоохранение для всех домохозяйств наряду с низким уровнем со-оплаты в медицинских учреждениях. В другом «экспериментальном» районе, были введены платные услуги (оплата за лечение

определенного заболевания выше, чем со-оплата в другом экспериментальном районе). В обоих экспериментальных районах, качество и менеджмент повышались посредством обеспечения начальных запасов жизненно-важных лекарственных средств, введения стандартизированных диагностических и лечебных протоколов, и введения финансовых и фармацевтических систем управления. Показателем,

**Рисунок 2. Изменения в уровнях утилизации (использования) в трех районах в Нигерии после введения различных механизмов оплаты и управления качеством**

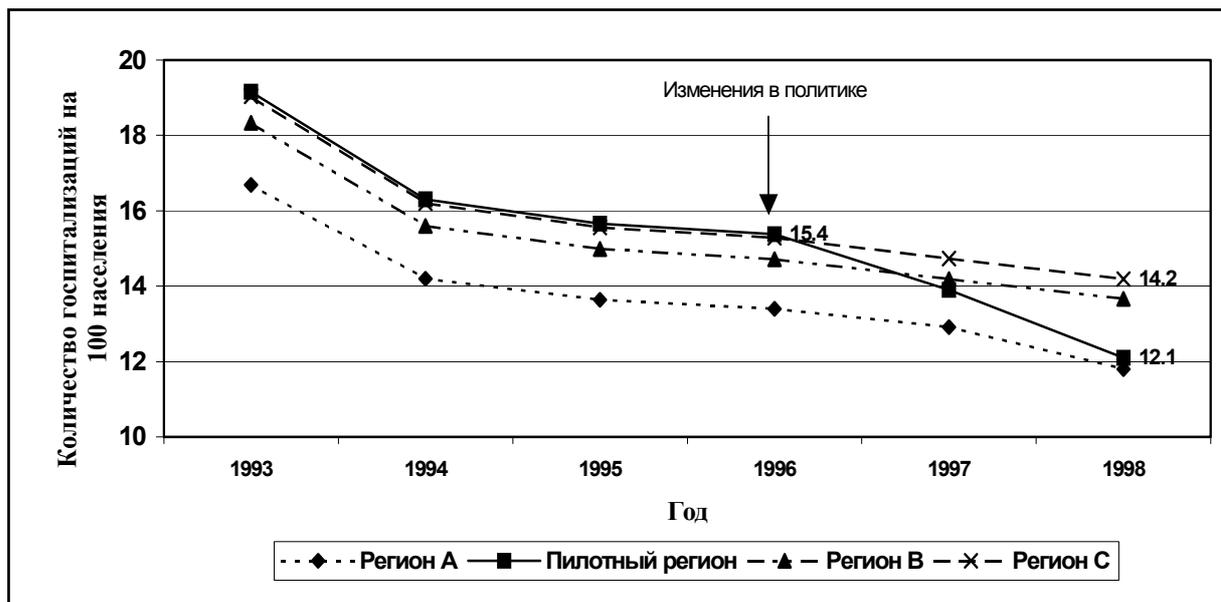


Показателем, который использовался ими для измерения воздействия альтернативных вмешательств «оплата/качество» на использование стало количество посещений в государственных медицинских учреждениях, рассчитанное как процентное изменение, начиная за год до вмешательства до года, когда изменение имело место. Как и в исследовании в Камеруне, они обнаружили, что качество было улучшено, и этот результат перевешивал результаты введения более высоких платных услуг. В отношении использования, обязательный налог на здравоохранение и небольшая плата были успешнее, чем полная оплата за услугу. На рисунке 2 показано то, как авторы представили свои результаты.

Комбинирование перекрестного с продольным методом, охватывающее более длительный период анализа, может помочь разрешить трудности в увязывании результатов с конкретными изменениями в политике в условиях контекста «не случайной» реализации политики (напр. Четко спроектированные пилотные проекты). Эта «комбинация» вовлекает анализ данных по данному индикатору или индикаторам в реформируемых и в нереформируемых учреждениях, районах и регионах (т.е. перекрестные данные) за несколько временных периодов до и после введения реформы (т.е. временные/продольные данные). С такими данными, можно оценить насколько сильно различается уровень изменений в реформируемых учреждениях/регионах от нереформируемых.

Например, в Кыргызстане неэффективно высокий уровень госпитализаций в стационарах обусловлен многочисленными факторами, и страна внедрила пилотный проект в одном регионе с целью реструктуризации первичного здравоохранения, переподготовки поставщиков для оказания помощи на первичном уровне, а также реформирования системы оплаты поставщиков для создания финансовых стимулов и сокращения направлений в стационары. Одним из показателей измерения результатов таких изменений является уровень госпитализаций. Однако, поскольку выбор пилотного региона не был случайным, то простое сравнение его уровней госпитализации с другими регионами после реализации реформы, было бы недостаточным, чтобы охарактеризовать причинность. Также, данные указывают на то, что по всей стране, уровни госпитализации значительно снизились за последние несколько лет. Таким образом, простое сравнение уровней госпитализации внутри пилотного региона до и после реализации реформ, было также недостаточным для определения причинности. Однако, комбинирование перекрестных и временных/продольных данных позволит охарактеризовать степень изменений, произошедших в силу реформ. На рисунке 3 используются гипотетические данные по уровням госпитализации в нескольких регионах, для иллюстрации того, каким образом это может происходить. Пакет реформ был реализован в 1996 году в пилотном регионе. Предполагалось, что уровень госпитализации в пилотном регионе упадет с 15.4 в 1996 году до 12.1 в 1998 году. Если просто взглянуть на долгосрочную тенденцию во всех регионах, то станет ясно, что не все снижение имеет отношение к реформам. Просто увидев, что уровни госпитализации снижаются быстрее в пилотном регионе, чем в других регионах, мы в состоянии сделать вывод, что реформы в целом являются причиной изменений в этом индикаторе. Однако, полагаясь только на этот показатель, мы не можем связать это изменение с отдельной конкретной реформой (т.е. реструктуризация первичного здравоохранения, переподготовка поставщиков, или изменения в оплате поставщиков) которая была реализована. Для этого, необходима описательная информация по содержанию и процессу реализации этих реформ.

**Рисунок 3. Уровни госпитализации, отобранные регионы в Кыргызстане (гипотетически)**



Предположите, что после определения методологии и затем сбора и анализа данных, аналитик делает вывод, что, по крайней мере, частично, изменение в индикаторе цели системы здравоохранения произошло из-за изменения в политике. Например, допустим, что делается вывод, по примеру авторов исследования из Камеруна и Нигерии, описанных выше, что комбинация возмещения расходов (оплата или предоплата) и улучшения качества (больше доступ к лекарственным средствам), реализованная в одном районе стала причиной повышения использования. Должен ли этот вывод автоматически привести к рекомендации, что эту политику необходимо внедрять по всей стране? Ответ – нет. Достижение вывода о результатах реформы, оценка которой проводится, является концептуально другим шагом, от определения степени, в которой этот вывод может быть обобщен для других учреждений, районов, регионов, или стран. Этот процесс также имеет отношение к определению "внешней аргументированности/обоснованности» выводов исследования.

### 2.3 Обобщение выводов: несколько предостережений

В своем обзоре исследования политики и систем здравоохранения, Яновски и Касселс (1996) указывают на ограничения в обобщении результатов оценочных исследований пилотных проектов реформы здравоохранения и исследований контролируемых или естественных экспериментов. Те же факторы, что позволяют сделать относительно четкое определение причин наблюдаемых итогов в этих исследованиях (сравнение между экспериментальными и контрольными группами, как в исследованиях, проведенных в Камеруне и Нигерии) ограничивают применимость данных выводов к системе здравоохранения в целом. Причина трудности перехода от небольших проектов до реализации на национальном уровне заключается в различных условиях, которые существуют по сравнению с большим масштабом:

....поскольку их масштаб и сфера деятельности увеличиваются, программы становятся более сложными; требуют больше координации; большего наличия ресурсов; и имеют более широкие политические подоплеку. Условия, в

которых они оперируют изменениями и новые социальные, политические, экономические и организационные факторы оказывают свое влияние. Реализация большого масштаба требует решения структурных и широких системных проблем, от которых небольшие проекты надежно защищены (Яновски и Касселс 1996, стр.15-16).

Это не означает, что небольшие пилотные проекты не имеют пользы для информирования политических решений, в действительности, они могут сыграть очень полезную роль, особенно, если они реализуются как часть процесса развития национальной политики. В частности, они могут быть полезны для демонстрации того, что возможно, и определения, по крайней мере, некоторых из условий, необходимых для успешной реализации. Однако, они не могут указать каким образом, эти условия могут быть использованы в качестве основы для «увеличения» или «развертывания» реформы на более широкой (или национальной) основе. Таким образом, важно осознавать ограничения такого типа исследований, так чтобы рекомендации по национальной политике не делались без адекватного учета требований к расширенной реализации. Авторы Камерунского исследования (Литвак и Бодарт 1993) предостерегали против обобщения своих результатов для районов, которые не имеют схожих характеристик с районом, в котором они проводили свое исследование. К сожалению, другие были менее осторожны в обобщении результатов своих работ.

Одними из факторов, которые сыграли роль в «успехе» многих пилотных проектов по реформе здравоохранения, являются финансовая и техническая помощь, оказываемая донорскими агентствами. В Камерунском исследовании, ЮСАИД проводил обучение менеджменту и обеспечил начальным запасом лекарственных средств. Подобным образом, в Нигерии (Диоп, Язбек и Битран 1995), ЮСАИД обеспечил начальными запасами лекарственных средств и системой финансового менеджмента, и консультантами для укрепления руководящего потенциала в двух экспериментальных районах. Очевидно, это предполагает, что не реформа по «введению платных услуг/качества» могла повлиять на результаты, которые наблюдались. Тем не менее, это не означает, что ничего невозможно извлечь из этих исследований. Наоборот, путем четкого осознания роли внешней технической и финансовой поддержки, аналитик должен суметь точно определить условия, необходимые для успешного осуществления реформ. Авторы исследования в Нигерии дали очень точное описание этого, и пришли к выводу о том, что для того, чтобы инициативные схемы финансирования в Бамако были более эффективны для обеспечения устойчивого доступа к качественной помощи не только в нескольких изолированных районах, страны должны уделять существенное внимание национальной лекарственной и кадровой политике.

И последнее, как и оценка результатов реформы, определение степени, в которой выводы оценочного изучения могут быть обобщены для более широкой реализации, является качественным суждением. Это суждение может быть укреплено с помощью четкого понимания условий, в которых реформа реализовывалась и тех факторов, в дополнение к самой реформе, которые вероятно повлияли на наблюдаемые результаты. Также, аналитик должен постараться определить дополнительные расходы и структурные изменения, необходимые для более широкой реализации на национальном уровне, и вероятность того, что необходимые изменения будут

внедрены эффективно, а также ожидаемые временные рамки осуществления этих изменений.

#### 2.4 Концептуальные шаги

В этом разделе документа, мы попытались проиллюстрировать методы создания причинной связи между наблюдаемыми изменениями в показателях исполнения и реформами, результаты оценки которых, хотели бы увидеть лица, принимающие решения. Представленные методы не включают сложные статистические приемы. Какие бы методы не использовались, важно осознавать, что связь причинности будет всегда служить суждением, основанным на вероятности, а не доказательстве. Все же, методы, предложенные здесь смогут помочь повысить убежденность проводящего оценку в своих выводах относительно результатов реформы. На основе методов, описанных в разделе, следующая серия шагов предлагается в качестве подхода к оценке реформ:

- 1) **Определить что вы хотите изучить.** Другими словами, какая реформа(ы) должны быть оценены?
- 2) **Сформулировать гипотезы/вопросы и показатели исследования.** Каковы ожидаемые результаты реформ(ы) по целям системы здравоохранения? Какие показатели будут отобраны для измерения этих результатов?
- 3) **Определить альтернативные причины результатов.** Кроме реформы, что еще может повлиять на показатели, которым необходимо дать оценку? Каким образом результаты этих других факторов могут быть учтены и отделены от результатов изменений в политике?
- 4) **Определить методы.** Основываясь на шагах два и три, и оценке имеющихся данных и ресурсов для проведения оценочного исследования, определить будут ли методы только описательными, или же объединят сравнения, которые являются перекрестными, временными/продольными, или комбинацией двух.
- 5) **Описать изменения в политике и ее реализацию.** Связь между причиной и результатом не может быть проведена без точного описания содержания и временных промежутков реализации анализируемой политики. Это описание процесса, с помощью которого реформы (осуществляются) осуществлялись является первостепенно важной частью аналитической работы.
- 6) **Сбор и анализ данных.** Собрать информацию по отобранным индикаторам, и проанализировать ее в соответствии с методами, определенными в четвертом шаге. Документировать изменения (если таковые есть) или сравнения показателей.
- 7) **Оценить причинность.** На основе описания процесса реализации и использованных методов, оценить вероятные причины наблюдаемых изменений и различий в индикаторах деятельности. Сделать вывод о степени, в которой эти изменения или различия были продиктованы изменениями в политике или другими факторами. Принимайте это как суждение, основанное на информации, а не научную достоверность.

**8) Оценить влияние политики.** На основе своей оценки изучаемых результатов реформы, анализа роли контекстуальных факторов, характера реализации реформы (напр. пилотный эксперимент или изменение национальной политики), и оценке дополнительных изменений, необходимых для более широкого применения политики реформирования, сделать оценку степени, в которой ваши выводы о результатах данной реформы, действительны для других областей и остальной части системы здравоохранения. Опять же, это будет суждение. Определите политические, структурные и управленческие изменения, необходимые для расширения пилотного проекта на более широкий национальный уровень.

### **3. Выводы**

В этом документе мы представили вниманию широкие подходы и конкретные примеры методов проведения оценки реформ здравоохранения. Это в основном, наиболее строгая и пробная форма проведения оценки. Существуют косвенные виды оценки, которые не обсуждались в данном документе, но во многих ситуациях могут представлять собой все возможное или наиболее соответствующее.

Некоторые виды политики труднее связать с изменениями в целях и может быть лучше делать оценку посредством косвенного подхода. Всегда трудно связать изменения в показателе цели политики с процессом реформы, который является многогранным и развивается медленным и нарастающим образом. Пример - политика децентрализации, которая может включать многие изменения, которые происходят за долгий период времени. Следовательно, невозможно достичь заметных результатов по показателям исполнения за короткий период. Таким же образом, результаты мер по укреплению институционального потенциала эволюционируют медленно. Если политика является успешной, результаты будут постепенно продвигаться к показателям целей сектора здравоохранения. В этих случаях, существуют аргументы для измерения изменений больше в теоретической цепи причинной связи от изменения в политике до цели. Например, Апплбай и другие (1994) проводили оценку развития управляемой конкуренции в контексте Великобритании путем сбора данных о подробных бизнес-планах, составе коллективов, заключивших контракты, видах контрактов и контрактных переговорах, организации реализации реформы и вопросам укомплектования, навыков и экспертизы, необходимых для реформы по мнению покупателей и поставщиками.

Учет мнения тех, кто вовлечен в реализацию реформ или в получение услуг является общим подходом в таких обстоятельствах (например, Рув, Макван ги и Аткинсон 1996). Даже в ситуациях, когда количественные данные являются достаточно достоверными, такие методы могут доминировать над теми, что используются для оценки реформы. В обзоре семи исследований, проведенных по оценке воздействия «фондодержания ВОП» на равенство в Великобритании (Уайтхед 1994), например, только в двух использовались количественные показатели.

Все подобные оценки относительно реформы менее убедительны, и можно полагать, менее полезны, по сравнению с теми, что нацелены на оценку изменений в целях и задачах политики здравоохранения. В то время, как они часто больше являются

соответствующими политике на ранних стадиях реализации, или, например те, что имеют очень косвенное воздействие на задачи политики, конечным тестом реформы должна быть демонстрация того, что она внесла вклад в достижение целей сектора здравоохранения. Если это невозможно продемонстрировать, по крайней мере, в долгосрочной стратегии, тогда вообще сомнительно, что значительные усилия и жертвы, требуемые реформами, могут быть оправданы.

Ряд выводов может быть приведен по результатам обсуждения имеющихся методов. Существуют три широких подхода к оценке степени связи между показателями целей политики и изменений в политике. В первом используется аналитическое описание процесса реформы, часто включающее описательные показатели, которые неотъемлемо связаны с изменениями в политике. Такой описательный анализ важен для любой приемлемой связи причинности. Во втором методе добавляется продольный/временной подход к описательному анализу, в котором темп изменений в политике сравнивается с динамикой изменения показателя. В третьем используется перекрестный подход, сравнивающий те же показатели на местах (напр. учреждениях, районах, и т.д.), в которых степень реализации политики варьирует. Там, где это возможно, желательно комбинировать перекрестный подход с временным/продольным (дополнительно к описательному анализу) для усиления убедительности в чьих-либо выводах об изменениях, которые произошли благодаря реформе.

Второе, и продольный и перекрестный подходы сталкиваются с проблемой контроля влияния внешних факторов. Простые методы могут быть использованы для определения степени, в которой данная проблема будет существовать в индивидуальной ситуации. Они включают, для продольных подходов, определение нарушения последовательности в тенденциях, где изменение в политике происходило отдельно; определение изменений, которые достаточно огромны, чтобы исключить вероятность долгосрочной тенденции; и генерирование гипотез о других объяснениях тенденции. Для перекрестных подходов, экспериментальные исследования должны минимизировать ожидаемое влияние смешанных переменных на стадии дизайна. Неконтролируемые исследования могут все же иметь некоторую сферу деятельности. Для этого, если есть большой выбор методов наблюдения, по крайней мере, по одной из сторон сравнения - «вмешательство» или «контроль». За неимением этого, гипотезы относительно альтернативных объяснений различий между группами могут быть генерированы, а также проверена их осуществимость, как и в случае с продольными подходами. Опять же, если характер реформы (в особенности, негосударственного уровня) и наличие данных позволяют, то временная серия перекрестных данных, охватывающих периоды до и после реализации реформы могут быть очень эффективны для разделения результатов долгосрочных и сезонных тенденций от других возможных причин (включая конкретно оцениваемую реформу) наблюдаемых изменений в показателях.

Третье, вывод о результатах реформы при конкретных обстоятельствах, не означает, что это ведет автоматически к рекомендации, что данная политика применима в других местах или может быть «распространена» с местного на национальный уровень реализации.

И последнее, существует большое количество потенциальных показателей для измерения достижений, но только небольшое количество из них не ведет к

неправильному толкованию и не требует тщательного и рассматриваемого использования.

Если результат использования этих методов таков, что смешанные факторы не могут быть исключены, как объяснение изменения в показателе, то только более сложные многовариантные методы могут привести к большей определенности по поводу влияния изменений в политике. Тем не менее, важные и существенные влияния политики, возможно обнаружить и без определенной степени сложности. Простые методы, используемые с осторожностью, вместе с сфокусированным описательным анализом, должны уметь обнаружить основные достижения и задержки, связанные с различными типами реформы в различных странах. Используя такие доступные и низко затратные методы, отдельные страны должны уметь приспособить свои программы реформирования путем разработки той политики, которая доказала свою эффективность и отказаться о той, что не сделала этого.

## Библиография

- Appleby, J., P. Smith, W. Ranade, V. Little, and R. Robinson (1994). «Monitoring managed competition.» In Robinson, R. and J. Le Grand (eds.), *Evaluating the NHS reforms*. King's Fund Institute, Policy Journals. New Jersey: Berkshire and Transaction Books.
- Barros, F.C., J.P. Vaughan, and C.G. Victora (1986). «Why so many Caesarean sections: The need for a further policy change in Brazil.» *Health Policy and Planning* 1 (1):19-29.
- Bartlett, W. and J. Le Grand (1994). «The performance of trusts.» In Robinson, R. and J. Le Grand (eds.), *Evaluating the NHS reforms*. King's Fund Institute, Policy Journals. New Jersey: Berkshire and Transaction Books.
- Cassels, A. (1995). *Health sector reform: key issues in less developed countries*. Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No. 1, WHO/SHS/NHP/95.4. Geneva: World Health Organization.
- Collins, C., A. Green, and D. Hunter (1994). «International transfers of National Health Service reforms: problems and issues.» *The Lancet* 344:244-50.
- Collins, D., G. Njeru and J. Meme (1996). «Hospital autonomy in Kenya: the experience of Kenyatta National Hospital.» Working draft. Boston: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
- Diop, F., A. Yazbeck and R. Bitran (1995). «The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger.» *Health Policy and Planning* 10(3):223-240.
- Gilson, L., P. Kilima and M. Tanner (1994). «Local government decentralization and the health sector in Tanzania.» *Public Administration and Development* 14:451-77.
- Janovsky, K. (1995). «Decentralization and health systems change: a framework for analysis.» Revised working document. WHO/SHS/NHP/95.2. Geneva: World Health Organization, Health Systems Development Programme.
- Janovsky, K. and A. Cassels (1996). «Health policy and systems research: issues, methods, priorities.» In Janovsky, K. (ed.), *Health policy and systems development: an agenda for research*. WHO/SHS/NHP/96.1. Geneva: World Health Organization.
- Kutzin, J. (1995). «Health financing reform: a framework for evaluation.» Revised working document. WHO/SHS/NHP/96.2. Geneva: World Health Organization, Health Systems Development Programme.
- Litvack, J. and C. Bodart (1993). «User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon.» *Social Science and Medicine* 36(11):1397-1405.
- Maxwell, R.J. (1996). «Hospital autonomy.» Geneva: World Health Organization, Health Systems Development Programme.

- McPake, B. (1996). «Financing.» In Janovsky, K. (ed.), *Health policy and systems development: an agenda for research*. WHO/SHS/NHP/96.1. Geneva: World Health Organization.
- Moens, F. (1990). «Design, implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a pre-paid health plan in the Bwamanda health zone, Zaire.» *Social Science and Medicine* 30(12):1319-27.
- Quick, J.D. and S.N. Musau (1994). *Impact of cost sharing in Kenya: 1989-1993*. Boston: Management Sciences for Health.
- Ruwe, M., M. Macwan'gi, and S. Atkinson (1996). «Reforming health care provision in Lusaka, Zambia.» In Atkinson, S., J. Songsore, and E. Werna (eds.), *Urban health research in developing countries: implications for policy*. Oxford: CAB International.
- Waddington, C. and K.A. Enyimayew (1990). «A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta Region of Ghana.» *International Journal of Health Planning and Management* 5(4):287-312.
- Whitehead, M. (1994). «Is it fair?: Evaluating the equity implications of the NHS reforms.» In Robinson, R. and J. Le Grand (eds.), *Evaluating the NHS reforms*. King's Fund Institute, Policy Journals. New Jersey: Berkshire and Transaction Books.
- WHO (World Health Organization) (1996). Management indicators for health human resources: developing a menu of indicators. Second stage report (unpublished) prepared by the Centre for Health Planning and Management, Keele University. Division of Organisation and Management of Health Systems. Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1992). *The hospital in rural and urban districts*. Report of a WHO study group on the functions of hospitals at the first referral level. WHO Technical Report Series 819. Geneva.
- Yang, B.M. (1991). «Health Insurance in Korea: opportunities and challenges.» *Health Policy and Planning* 6(2):119-29.
- Yang, P., V. Lin, and J. Lawson (1991). «Health policy reform in the People's Republic of China.» *International Journal of Health Services* 21(3):481-491.
- Yoder, R.A. (1989). «Are people willing and able to pay for health services?» *Social Science and Medicine* 29(1):35-42.