



ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «МАНАС»

Документ исследования политики номер 2

ИНДИКАТОРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТРУКТУРА ОЦЕНКИ ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2», ФИНАНСИРУЕМОГО ВСЕМИРНЫМ БАНКОМ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Джозеф Катцин

Декабрь 2000

**Всемирная организация здравоохранения
Министерство здравоохранения, Главное управление
координации и внедрения реформы здравоохранения**

1 Togolok Moldo Street, 720405 Bishkek, Kyrgyzstan. Tel. +996 (312) 660438, 666244
Fax +996 (312) 663649, e-mail: moh@manas.elcat.kg

Индикаторы деятельности и структура оценки проекта «Здравоохранение –2», финансируемого Всемирным Банком в Кыргызской республике¹

Предпосылка

В дизайн второго проекта «Здравоохранение-2» входят четыре компонента. Это:

- Реструктуризация системы предоставления медицинских услуг
- Финансирование здравоохранения
- Повышение качества
- Общественное здравоохранение

Каждый из компонентов подразделяется на подкомпоненты и мероприятия. Частью оценки проекта является оценка процесса реализации подкомпонентов и мероприятий. Хотя важно отметить, что данный вид оценки не является основной темой данного документа. Наоборот, вопросы оценки, обсуждаемые здесь, связаны с более широким воздействием, которое проект (по компонентам) должен оказать на деятельность системы здравоохранения. Такая стратегия является более амбициозной по сравнению с тем, что предпринималось ранее в Кыргызской республике (КР).

Во время миссии, в апреле 2000 года, обсуждения относительно стратегии оценки проекта велись с руководством Минздрава. Поскольку, проект является *поддержкой сектора*, способствующим общегосударственной стратегии развития здравоохранения, желательно обеспечить оценку проекта и оценку деятельности сектора в результате того же процесса. Цель данной оценки – способствовать стратегии Минздрава в проведении мониторинга деятельности сектора, а также необходимости Всемирного Банка проводить оценку проекта. Было согласовано, что в наибольшей степени, деятельность сектора (и проекта) будет оцениваться путем анализа данных, собранных информационными системами Минздрава. Для того, чтобы понять результаты воздействия реформ на население, однако, будет необходимо воспользоваться проведенными и запланированными опросами домашних хозяйств (напр. исследования демографические и в области здравоохранения), а также провести новый опрос домашних хозяйств (сфокусированный в основном на индивидуальном поведении в обращении за медицинской помощью и оплате за нее) в этом году, а также 2-4 года спустя.

Структура оценки деятельности

Концептуальная структура оценки воздействия Проекта «Здравоохранение-2» начинается с определения целей сектора,² а затем “итогов работы” через ожидаемые следствия или влияния проекта (и реформы в секторе) к результатам подкомпонентов проекта. Терминология и подход, используемые здесь, также основаны на принципах

¹ Адаптировано из технического отчета, написанного в июне 2000 Джо Катциным по контракту с Институтом развития сектора здравоохранения (ИРСЗ). Д-р. Рифат Атун из ИРСЗ представил очень полезные комментарии по раннее представленному варианту.

² См: Мюррей, К.Дж.Л. и Дж. Френк (1999). “Структура ВОЗ для оценки деятельности системы здравоохранения.” GPE Документ обсуждения No. 6. Женева: Всемирная организация здравоохранения, Глобальная программа данных (доказательств) для политики здравоохранения.

“Документа концепции Проекта «Здравоохранение-2» Всемирного Банка , и в частности, на “Кратком описании дизайна Проекта” (см. Приложение 1 чернового варианта «Краткого описания дизайна Проекта «Здравоохранение II»). Основными терминами, использованными в данном документе являются:

Цель деятельности сектора: общая цель системы здравоохранения, мониторинг которой должен проводиться Минздравом, достижению которой проект должен способствовать, даже если степень внесенного вклада не может быть точно определена.

Следствие/влияние: воздействие результатов проекта, которые определены в рамках задач и целей проекта. Они должны быть измеримы изменениями, происходящими либо во время жизнедеятельности проекта (“следствие”), либо после завершения проекта (“влияние”).

Результат: непосредственный результат осуществления мероприятий, составляющих компоненты и подкомпоненты проекта.

Стратегия оценки деятельности проекта и сектора, описанная ниже, сформирована общими целями деятельности здравоохранения. Данная стратегия не включает ориентированную на процесс или вклад оценку реализации подкомпонентов проекта. Основным фокусом стратегии является оценка степени, в которой результаты проекта и реформ сектора внесли вклад в следствия и влияния. Рекомендуется определить и провести мониторинг индикаторов деятельности сектора, но не предполагается, что будет возможным дать оценку степени, в которой различные следствия способствовали изменениям в индикаторах деятельности сектора. Причина в том, что эти общие цели определяются многочисленными факторами, только некоторые из которых являются частью проекта и реформ в секторе. В действительности, внешние факторы (напр. доход, образование) также являются важными детерминантами данных целей, и не предлагается измерять их.

Как полагается ниже, следствия и секторальная деятельность подвержены воздействию многих факторов. Следовательно, анализ следствий проекта/реформы может быть проведен без необходимости разделения относительного вклада различных компонентов проекта. Это желательно сделать, основываясь на предварительном убеждении о том, что существуют многочисленные детерминанты деятельности, и искусство процесса реформирования заключается в их эффективном сочетании.

3. Компоненты и подкомпоненты Проекта

Как отмечалось выше, в Проекте «Здравоохранение II» имеется четыре компонента. В каждый из них входят два или более подкомпонентов. Краткое их описание дано здесь.

Подкомпоненты компонента «Реструктуризация системы оказания медицинских услуг»

Совершенствование и расширение Групп семейной практики (ГСВ). Сюда входит расширение охвата ГСВ для всего населения и оснащение данных практик с целью предоставления им возможности расширить свою сферу услуг.

Совершенствование центральных районных больниц (ЦРБ) и областных объединенных областных больниц (ООБ). Сюда войдет модернизация диагностических и амбулаторных отделений в данных учреждениях, а также планирование для рационализации и «приведения к приемлемым размерам» данного элемента системы предоставления медицинской помощи.

Реструктуризация больниц на территории Бишкека. Сюда войдет разработка планов по общему развитию госпитальной службы в городе Бишкек, при объединении городских и республиканских учреждений.

Человеческие ресурсы. Сюда войдет завершение и регулярное обновление базы данных человеческих ресурсов национальной системы здравоохранения, а также совершенствование процессов планирования медицинских кадров.

Психическое здоровье. Будет оказана поддержка стратегии Минздрава по рационализации системы предоставления услуг в области психического здоровья и улучшению их клинического качества.

Подкомпоненты компонента «Финансирование здравоохранения»

Разработка политики финансирования здравоохранения. Будет оказываться поддержка в политике финансирования здравоохранения и ее реализации, в том числе укрепление потенциала для проведения анализа и связи этого с дальнейшим определением политики.

Усиление покупательской функции МЗ/ФОМС. Будет оказана поддержка дальнейшему развитию методов оплаты и контроля (проверки) качества, используемых МЗ/ФОМС.

Развитие медико-информационных систем. Будет оказана поддержка планам Минздрава по обеспечению данных, необходимых для управления и совершенствования деятельности системы здравоохранения.

Подкомпоненты компонента «Повышение качества»

Медицинское образование. Будет оказываться поддержка совершенствованию подготовки врачей и медсестер для первичного звена и также обучения в области менеджмента здравоохранения.

Профессиональный рост. Будет оказываться поддержка совершенствованию медицинской практики посредством разработки и распространения клинических руководств, основанных на доказательной медицине и путем оказания поддержки независимым профессиональным организациям (Ассоциация ГСВ и Ассоциация больниц).

Управление лекарственными средствами. Будет укрепляться система обеспечения качества фармацевтических продуктов и оказываться содействие рациональному использованию лекарственных средств.

Укрепление здоровья. Будет создан центр укрепления здоровья с целью осуществления консультативных функций на национальном уровне, будет оказываться поддержка обучению, а также проектам и мероприятиям, осуществляемым на местном уровне ГСВ, школами и другими соответствующими организациями.

Охрана здоровья. Будет создана новая лаборатория контроля качества вакцин, а также могут быть усовершенствованы другие лаборатории в республике.

4. Индикаторы следствий проекта и деятельности сектора

Цель деятельности сектора 1. *Улучшить общий уровень состояния здоровья и уровень состояния здоровья среди различных социальных групп населения.*

Приоритетной целью системы здравоохранения является улучшение состояния здоровья и уровня состояния здоровья среди различных социальных групп населения. Результаты проекта должны содействовать государству в улучшении состояния здоровья посредством определенных для сектора вмешательств в область укрепления и охраны здоровья, усовершенствования клинической практики, перераспределения ресурсов (а) из специализированного на первичное звено, (б) из Бишкека в остальную часть страны, стимулов для повышения качества помощи и улучшенного доступа к медицинским учреждениям и услугам хорошего качества. Поскольку состояние здоровья зависит от многих факторов внутри и вне сектора здравоохранения, будет очень затруднительным показать прямую связь между конкретными реформами и изменениями в состоянии здоровья (на популяционной основе), особенно через пятилетний промежуток времени. Тем не менее, важно проводить мониторинг показателей здоровья, чтобы определить необходимость вмешательства в конкретные области. Мониторинг состояния здоровья должен фокусироваться на показателях смертности и заболеваемости, а также на распределении их среди населения (напр. по географическим зонам, по группам доходов, по мужскому и женскому населению, и т.д.). Важными индикаторами для отслеживания являются:

Уровень младенческой смертности (УМС) и уровень детской смертности (УДС).

УМС – это уровень смертности детей в возрасте до 1 года, а УДС - уровень смертности детей в возрасте от 1 до 5 лет. Для обоих показателей, несколько внешних факторов системы здравоохранения (питание, доход, образование родителей) являются важными детерминантами. Хотя, факторы системы здравоохранения важнее для УДС, чем для УМС. Также, в рамках УМС, постнеонатальная (в период от одного месяца до 1 года) смертность представляет собой более точный индикатор для первичной медико-санитарной помощи, чем общий показатель УМС, с возможно большим проникновением в суть тех аспектов предоставления услуг, которые изменились. Таким образом, это могло бы быть убедительным для изменений в постнеонатальной и детской смертности, связанных с реформами в секторе (т.е. изменениями в системе здравоохранения).³ Кроме отслеживания изменений через информационную систему Минздрава, будет возможно воспользоваться демографическим опросом домашних хозяйств в области здравоохранения, который проводился в КР в 1997 году и будет

³ Даже если смертность в данных возрастных группах больше связана с особенностями системы здравоохранения, чем с общими показателями младенческой или неонатальной смертности, внешние для системы здравоохранения факторы остаются важными детерминантами. Следовательно, выводы сделанные в любых подобных анализах являются только предположительными.

повторен в 2002 или 2003 годах. Данное повторное исследование позволит дать оценку изменениям, произошедшим со временем в ряде ключевых индикаторов здоровья матери и ребенка, в том числе УМС, постнеонатальная смертность и УДС. Опрос домашних хозяйств также предоставляет информацию по использованию различных услуг, что может обеспечить важную информацию по индикаторам следствий реформирования системы здравоохранения. Стандартные анализы данных опроса домашних хозяйств также дают возможность перекрестного составления таблиц полученных данных с распределительными переменными, в том числе проживание в городе или селе, регион, образование матери, этническая принадлежность, пол ребенка.⁴ Кроме того, разработан метод составления «индекса активнов» из вопросника исследования домашних хозяйств, который позволяет дизагрегацию данных в “квантили благосостояния” респондентов опроса. Это было сделано недавно для Кыргызского Исследования домашних хозяйств 1997 года.⁵ Данный анализ показал большие расхождения в показателях УМС и УДС по группам благосостояния, и было бы очень полезно провести анализ данных опроса домашних хозяйств 2002/03, чтобы посмотреть увеличение или уменьшение данных расхождений.

Смертность от респираторных заболеваний. В КР самый высокий показатель смертности по причине респираторных заболеваний среди стран СНГ, и укрепление клинической практики для лечения респираторных инфекций с помощью экономичных вмешательств является приоритетом. Хотя детерминанты смертности в результате респираторных заболеваний являются многофакторными, мониторинг изменений в данном показателе (с помощью рутинных данных медико-информационной системы) покажет имеют ли изменения в качестве помощи (возможно, появившиеся в результате изменений в клинической практике) какой-либо результат. Например, заболеваемость туберкулезом, распространенность и смертность необходимо продолжать мониторировать с тем, чтобы определить степень воздействия, которое имеет новый протокол лечения (DOTS) на каждый из показателей.

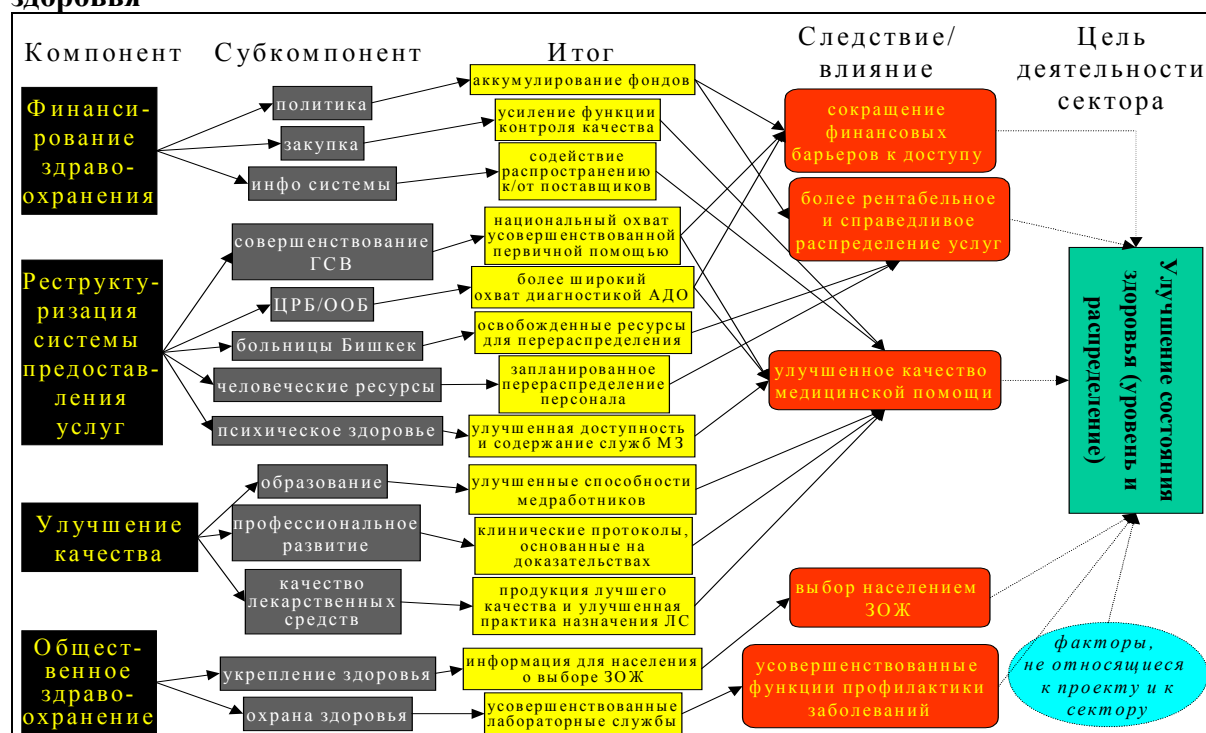
Другие индикаторы смертности и заболеваемости. Смертность по причине других заболеваемости и состояний (напр. материнская смертность, инфекционные и диарейные заболевания, и т.д.) может также мониторироваться по желанию Минздрава. Материнская смертность является особенно важным индикатором деятельности системы здравоохранения, потому что он отображает необходимость в разнообразии свойств (напр. первичная профилактическая помощь, транспорт для неотложной помощи и госпитальная помощь) системы здравоохранения с тем, чтобы она хорошо функционировала скоординированным образом.

Для достижения данной цели, результаты проекта должны способствовать следующим следствиям и влияниям, как показано на Рисунке 1:

⁴ Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии [Кыргызская республика] и МакроИнтернешнл Инк. (1998). *Кыргызская республика: Опрос домашних хозяйств, 1997*. Калвертон, Мериленд: Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии, Министерство здравоохранения Кыргызской республики и МакроИнтернешнл Инк.

⁵ Гваткин, Д.Р., С. Рушштейн, К. Джонсон, Р. Панде, и А. Вагштаф (2000). “Социально-экономические различия в здоровье, питании и населении в Кыргызской республике.” Проект Обсуждения. Вашингтон: Всемирный Банк, HNP/Тематическая Группа по Бедности.

Рисунок 1. Структура, связывающая проект с целью улучшения состояния здоровья



Примечание: Пунктирные линии указывают на то, что не будут предприниматься попытки проведения оценки данных связей (т.е. объясняться причинность), хотя существует необходимость измерять индикаторы данной цели.

Следствие/Влияние 1.1: Повышенное качество клинической помощи.

Повышение качества клинической помощи является первоочередной задачей компонента «Повышение качества». Кроме того, повышенное качество является также задачей компонентов «Финансирование» и «Реструктуризация». Приоритетом является совершенствование клинической практики на первичном уровне. Мониторинг необходимо проводить путем отбора нескольких (пять или менее) условий «отслеживания», ради создания которых врачи ГСВ прошли обучение, получили оборудование и стимулы для эффективного управления на первичном уровне. Из-за бремени заболеваемости, возложенного острыми респираторными инфекциями (ОРИ) на детей, и так как многие из них могут быть излечены на первичном уровне, по крайней мере одним из «отслеживателей» должен быть показатель ОРИ среди детей. Источником данных могла бы служить база данных первичного здравоохранения, в которую включаются все данные из амбулаторной клинко-информационной формы первичного уровня (КИФ). С помощью этой базы данных, существующую практику лечения, практику направлений и выписки лекарственных средств для конкретных отслеживаемых диагнозов или представляемых симптомов можно сравнивать с желательной практикой. В качестве нового, разработаны клинические руководства, основанные на доказательной медицине, и действующую практику можно сравнивать с ними. Конкретные виды индикаторов, которые можно определить, включают соответствие данным руководствам, уровни перенаправлений и госпитализации, уровни использования антибиотиков, а также уровни осложнений (для ОРИ, например, последнее может включать пневмонию или септицемию). Сравняться может деятельность одних и тех же ГСВ во времени, могут делаться перекрестные сравнения деятельности ГСВ, сосредоточенных на областном уровне (сравнение деятельности в областях с другим опытом ГСВ), либо

могут использоваться оба метода. Кроме того, сравниваться может практика лечения пациентов с различными характеристиками, как отображено в КИФ (напр. застрахованные - незастрахованные, освобожденный от оплаты, занятость, возраст, пол, и.т.д.).

В дополнение, как уже отмечалось ранее, воздействие новых протоколов лечения ТБ (DOTS) можно продолжать мониторировать, используя рутинные данные Минздрава по заболеваемости ТБ, распространенности и смертности. Кроме сравнения динамики этих показателей во времени на национальном уровне, динамика может сравниваться также и на областном уровне с тем, чтобы провести оценку соответствующей деятельности и определить необходимость в целенаправленных мероприятиях, направленных на улучшение результатов лечения.

Информация, собранная с помощью данного процесса, должна способствовать регулярному процессу проведения мониторинга качества помощи. Информация, собираемая в процессе мониторинга должна стать вкладом в разнообразие методов, используемых для повышения качества, в том числе программа медицинского образования, семинары непрерывного медицинского образования, а также методы проведения мониторинга качества.

Следствие/Влияние 1.2: Более справедливое распределение медицинских услуг и более экономичное сочетание медицинских вмешательств. Совершенствование образцов распределения ресурсов является первоочередной задачей компонента «Финансирование». Компонент «Реструктуризация» также должен способствовать достижению данной задачи. Существующие образцы распределения государственных средств на здравоохранение способствуют несправедливости и неэффективности в системе здравоохранения.⁶ Они являются несправедливыми, потому что государственное финансирование в большой степени направлено на Бишкек, на благо граждан в нем, но за счет тех, кто проживают в областях и не имеют нормального доступа к Бишкеку. Государственное финансирование способствует неэффективности, потому что сконцентрировано на госпитальной помощи за счет ПМСП, и внутри госпитальной службы на специализированных учреждениях за счет больниц общего профиля. Невозможность рационализировать и «привести к необходимым размерам» инфраструктуру медицинской службы, и, в особенности, специализированные республиканские учреждения, базирующиеся в Бишкеке, стала главным способствующим фактором для неизменной проблемы распределения ресурсов.

Необходимо проводить мониторинг образцов распределения ресурсов через регулярный процесс проверки государственных расходов и Национальных Счетов Здравоохранения (НСЗ). Проверка государственных расходов может быть проведена на годовой основе для сравнения образцов распределения государством средств сектора здравоохранения с официально утвержденной политикой и приоритетными потребностями. На годовой основе к этому можно добавить информацию по расходам от налогов на заработную плату ФОМС, а также информацию по сбору официальной оплаты за услуги («специальные средства»). Система Казначейства предоставляет информацию, необходимую для проверки государственных расходов (в том числе специальные средства) на здравоохранение, а годовые отчеты ФОМС предоставляют

⁶ Катцин, Дж. (2000). «Обзор социальных расходов в Кыргызстане, глава «здравоохранение». Отчет в DfID. Лондон: Институт развития сектора здравоохранения.

информацию по своим расходам. Более основательный анализ всех потоков средств внутри сектора здравоохранения, как и в исследовании НСЗ, должен проводиться каждые два года. Будет предпринята попытка описать источники и использование всех фондов системы здравоохранения, в том числе расходы домашних хозяйств (официальные платные услуги, неофициальные взносы в государственных медицинских учреждениях и приобретение частных медицинских услуг), гуманитарная помощь, гранты и кредиты. НСЗ будут генерироваться с помощью процесса, который включает посещения всех медицинских учреждений и анализ как регулярных так и специальных опросов домашних хозяйств.

Следствие/Влияние 1.3: Улучшенный финансовый доступ к качественной медицинской помощи, в особенности для плохо обслуживаемых в настоящее время лиц. Улучшение финансового доступа к качественной помощи является основной задачей компонента «Финансирование» и политики финансирования здравоохранения вообще. Компонент «Реструктуризация» также должен способствовать осуществлению данной задачи. В советское время, расходы из кармана на медицинскую помощь не являлись существенным барьером для доступа. Как отмечено в Обзоре социальных расходов,⁷ однако, по имеющимся данным опроса и анекдотическим свидетельствам полагается, что ожидаемые финансовые расходы на помощь стали серьезным барьером к доступу для многих лиц, особенно для лиц с самым низким доходом. Решение данной проблемы является затруднительным, но важным, с чем сталкиваются лица, определяющие политику в системе здравоохранения. Стратегия включает реструктуризацию и рационализацию бюджетных фондов таким образом, чтобы имеющиеся в наличии государственные ресурсы распределялись на большее количество людей при сокращении государственных затрат на услуги ограниченной эффективности, повышение клинического качества и сферы услуг на первичном уровне таким образом, чтобы лица могли затрачивать меньше времени и денег в обращении за помощью и получении помощи, а также расширение ГСВ и базовых диагностических услуг для всего населения.

Данные по поведению в обращении за помощью по лицам с различными социально-экономическими и другими характеристиками необходимы для определения того, улучшается ли в результате проекта и стратегии реформирования сектора доступ к помощи. Эти данные могут быть получены посредством хорошо разработанного опроса домашних хозяйств, в который будут входить вопросы о необходимости помощи, решении обратиться за помощью и факторах, которые объясняют причину, по которой лица не обращались за помощью. Как минимум, подобный опрос необходимо провести дважды: первый раз до начала проекта, и другой раз ближе к концу проекта. Кроме того, опрос домашних хозяйств, запланированный на 2002/3 годы позволит сравнить поведение в обращении за помощью женщин и детей в период между этим опросом и 1997 годом (год, когда был проведен первый опрос домашних хозяйств). Может быть, также будет возможно использовать информационную систему Минздрава для получения некоторых косвенных данных, таких как изменения в степени, в которой лица, направленные на лечение, в действительности обращались за помощью и завершили назначенное лечение. И, наконец, было бы также возможно проверить практику прописывания медикаментов для отобранных состояний, для которых новые протоколы включают менее дорогостоящее сочетание лекарств, чтобы

⁷ Катцин (2000).

увидеть приводят ли изменения к повышению качества, а также к сокращению финансового барьера для населения.

Следствие/Влияние 1.4: Выбор более здорового образа жизни населением и усовершенствованные функции предупреждения заболеваний в системе здравоохранения. Разрешение проблемы основных факторов риска, ухудшающих здоровье, является задачей компонента «Общественное здравоохранение». Основной причиной высоких показателей неинфекционных заболеваний в КР является выбор нездорового образа жизни населением, например, курение и злоупотребление алкоголем, а также употребление продуктов с высоким содержанием жира. Выбор образа жизни также ассоциируется с ростом показателей некоторых заболеваний, передающихся половым путем, который произошел в КР. Меры по изменению такого выбора почти совершенно отсутствовали в Кыргызской системе здравоохранения, но существуют планы по их осуществлению посредством данного компонента проекта и соответствующие мероприятия, проводимые Минздравом. Предполагается, что «Охрана здоровья» будет совершенствоваться посредством повышения качества вакцин и лабораторных услуг по всей стране.

Поскольку функции «укрепления здоровья» и «охраны здоровья» отсутствовали или были слабыми в КР, мероприятия по введению и институционализации их могут означать, что большинство изменений, которые будут наблюдаться в течение следующих пяти лет, будут носить характер «процесса». Тем не менее, может быть создана система для периодического мониторинга результатов этих новых функций. Например, специальные опросы могут использоваться для получения информации об изменениях в определенном выборе образа жизни, который связан с отдельными факторами риска для здоровья.

Цель деятельности сектора 2. *Улучшить защиту от финансового риска несения расходов на необходимую медицинскую помощь для населения*

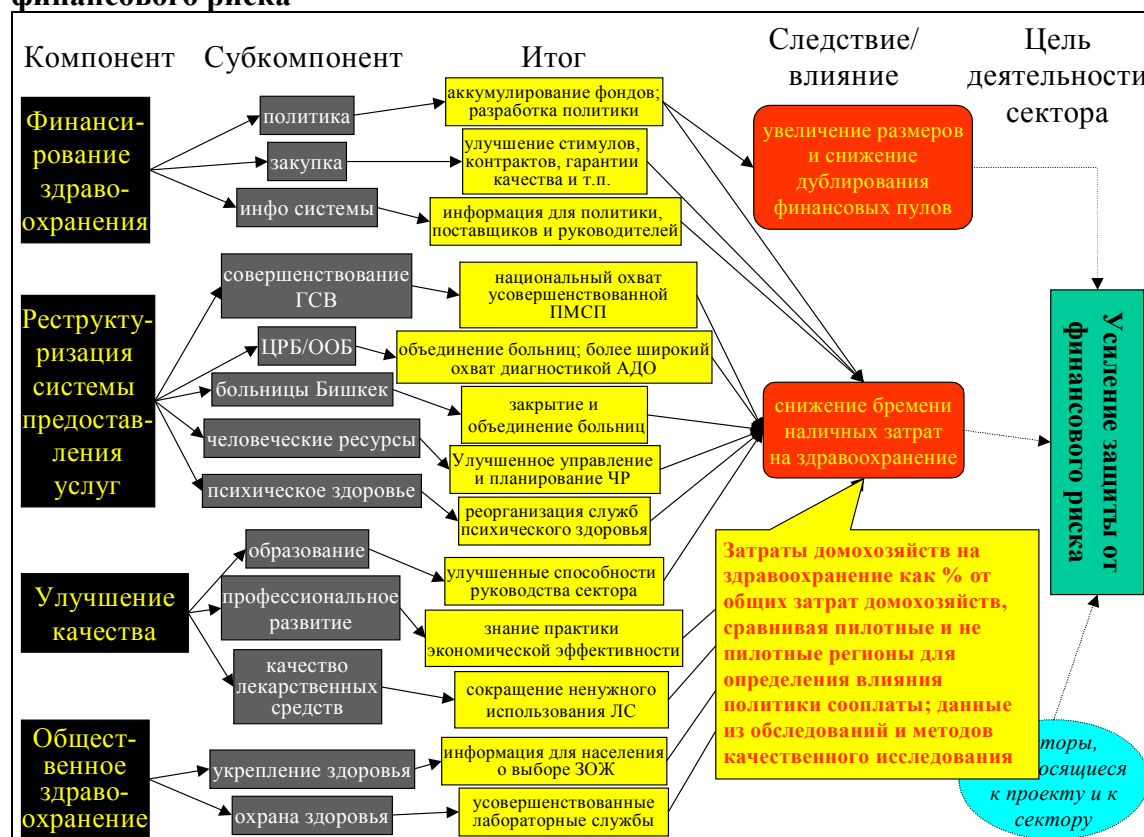
Улучшение защиты от финансового риска затрат на медицинскую помощь является важной задачей проекта и реформ сектора. Защита от финансового риска несения расходов на медицинскую помощь является целью в собственном смысле, а также средством создания благоприятных условий для доступа к необходимой медицинской помощи. Это социальная цель системы здравоохранения – защитить лица (и их семьи) от потенциально обедняющих в результате расходов «из-кармана» на медицинскую помощь. Кроме того, такая защита от риска является средством гарантии того, чтобы лица не обходили необходимую помощь из-за ее стоимости, таким образом подвергая риску свое здоровье. Как инструмент улучшения общего уровня и справедливого распределения здоровья, данный аспект защиты от финансового риска обсуждается в качестве «финансового доступа» (Следствие/Влияние 1.3) в рамках цели достижения здоровья. Здесь же, защита от финансового риска обсуждается как цель сама по себе и в рамках защиты от обеднения.

Измерением данного аспекта защиты от финансового риска является доля общих расходов домашних хозяйств на медицинскую помощь. Более справедливым измерением относительного финансового бремени таких расходов было бы рассмотрение определенной суммы расходов, которая у семей идет на основное существование. Доля расходов на «основные нужды» варьирует в зависимости от уровня дохода домашнего хозяйства. В частности, «основные нужды» поглощают большую долю расходов в более бедных домашних хозяйствах, тогда как в более

богатых домашних хозяйствах больший процент выделяется на “дискреционные” статьи. Данная нелинейность в процентном соотношении расходов на основные нужды среди домашних хозяйств с различными уровнями доходов может быть рассмотрена в анализе финансового бремени путем проведения анализа затрат на медицинскую помощь в процентном отношении от расходов на неосновные нужды.⁸ Поскольку расходы на “основные нужды” не могут быть точно определены, расходы на продукты являются их приемлемым заменителем. Таким образом, хорошим измерением финансового бремени затрат на медицинскую помощь из-кармана была бы доля таких расходов в общих непродуктовых расходах домашних хозяйств. Данные опроса домашних хозяйств были бы необходимы для выработки этого индикатора. Они могут быть генерированы как из ежемесячного Опроса по семейному бюджету (который включает несколько вопросов по расходам на медицинскую помощь), проводимого Кыргызским Национальным Статистическим Комитетом (Нацкомстат), а также из специальных опросов по расходам на медицинскую помощь для того, чтобы предоставить более полную информацию по расходам на медицинскую помощь и поведению в обращении за ней.

Как показано на Рисунке 2, проект и реформы в секторе нацелены на улучшение защиты от финансового риска для населения. Однако, на это будут также влиять факторы вне системы здравоохранения. Наиболее важными среди которых являются изменения в уровне и распределении дохода в стране.

Рисунок 2. Структура, связывающая проект с целью улучшения защиты от финансового риска



⁸ Мюррей, К.Дж.Л., Ф. Кнол, П. Мусгров, К. Кс, К. Кэбабата (2000). “Определение и измерение справедливости финансовых вложений.” GPE Документ обсуждения No. 24. Женева: Всемирная организация здравоохранения, Глобальная программа по данным для политики здравоохранения.

Следствие/Влияние 2.1: Сокращенное бремя расходов из-кармана для семьи.

Данное следствие очень тесно связано с общей целью деятельности сектора - улучшение защиты от риска. Сокращение бремени выплат из-кармана является важной задачей компонента «Финансирование». Хотя, на самом деле, улучшенная финансовая защита должна стать косвенным следствием различных реформ сектора и всех компонентов проекта, нацеленных на улучшение состояния здоровья и снижение расходов здравоохранения. Улучшенное состояние здоровья посредством улучшения охраны и укрепления здоровья должно сократить потребность обращения за помощью. Повышенное качество помощи, особенно на первичном уровне, должно сократить количество направлений (и, в результате, необходимость транспортных расходов и неофициальных выплат), а также сумму расходов на ненужные услуги и медикаменты. Расширенный охват ГСВ и амбулаторными отделениями должен сократить издержки на поиск таких услуг в других (часто более отдаленных) местах. Рационализация инфраструктуры системы оказания услуг должна дать возможность государственным «объединенным» фондам концентрироваться на наиболее необходимых услугах, таким образом сокращая необходимость оплаты из-кармана за необходимые медикаменты, материалы и услуги. Подобным же образом, политика финансирования и стратегия закупки должны привести к улучшенному использованию объединенных фондов в системе, таким образом сокращая необходимость в выплатах из-кармана. Вообще, реформы и инвестиции проекта, которые ведут к сокращению ненужных затрат и улучшенному использованию объединенных ресурсов, должны иметь позитивное, хотя и не прямое воздействие на распределение защиты от финансового риска среди населения. Это можно измерить, изучив изменения во времени по индикатору, основанному на опросе и описанному выше. Поскольку такое воздействие является косвенным, вероятно будет затруднительным идентифицировать точный вклад различных направлений реформы в изменения, происходящие в области защиты от риска. Тем не менее, должно стать возможным выявить их воздействие в следующие пять-десять лет.

Следствие/Влияние 2.2: Увеличенный размер и сокращенное дублирование бюджетов финансирования.

Совершенствование структуры бюджетов финансирования для здравоохранения является приоритетной задачей компонента «Финансирование». Проблемы существующей фрагментации бюджетов в сочетании с перекрывающим охватом населения были описаны в Обзоре социальных расходов.⁹ Степень защиты от финансового риска, существующая у населения, связана с размером бюджетов финансирования. Следовательно, отход от многочисленных малых бюджетов (т.е. районный, городской, областной и республиканский) к географически определяемым бюджетам на областном или национальном уровнях должен ассоциироваться с улучшением защиты от риска. Изменения в данном направлении могут измеряться путем определения на различных временных промежутках количества бюджетов здравоохранения и размера каждого из них (количества людей и суммы денег). Это можно осуществить путем анализа данных ФОМС и Минздрава.

⁹ Катцин (2000).

Цель деятельности сектора 3. *Улучшить степень, в которой система здравоохранения удовлетворяет приемлемые ожидания населения, и справедливое распределение этого*

Данная цель включает в себе многочисленные аспекты взаимодействия индивидуума с системой здравоохранения, кроме медицинских и финансовых последствий.

“Отзывчивость” представляет собой что-то вроде расширения концепции удовлетворенности потребителя. Существует несколько важных аспектов данной концепции,¹⁰ некоторые из которых особым образом связаны с реформами здравоохранения в Кыргызстане. Это: (1) индивидуальный выбор; (2) частность; (3) незамедлительное внимание к потребностям здоровья и (4) условия в медицинских учреждениях. Как и улучшение состояния здоровья, данная цель представляет собой улучшение как уровня отзывчивости системы здравоохранения, так и распределения данного достижения среди населения. Совершенствование данных аспектов деятельности системы здравоохранения является задачей, которая в первую очередь относится к компонентам «Финансирование» и «Реструктуризация».

Хотя, отзывчивость имеет множество аспектов, не предпринимались попытки объединить их в одну суммарную единицу измерения. Вместо этого, оценка будет проводиться относительно различных следствий проекта и реформы здравоохранения. Как отмечалось выше и показано на Рисунке 3, они включают следующие следствия/влияния.

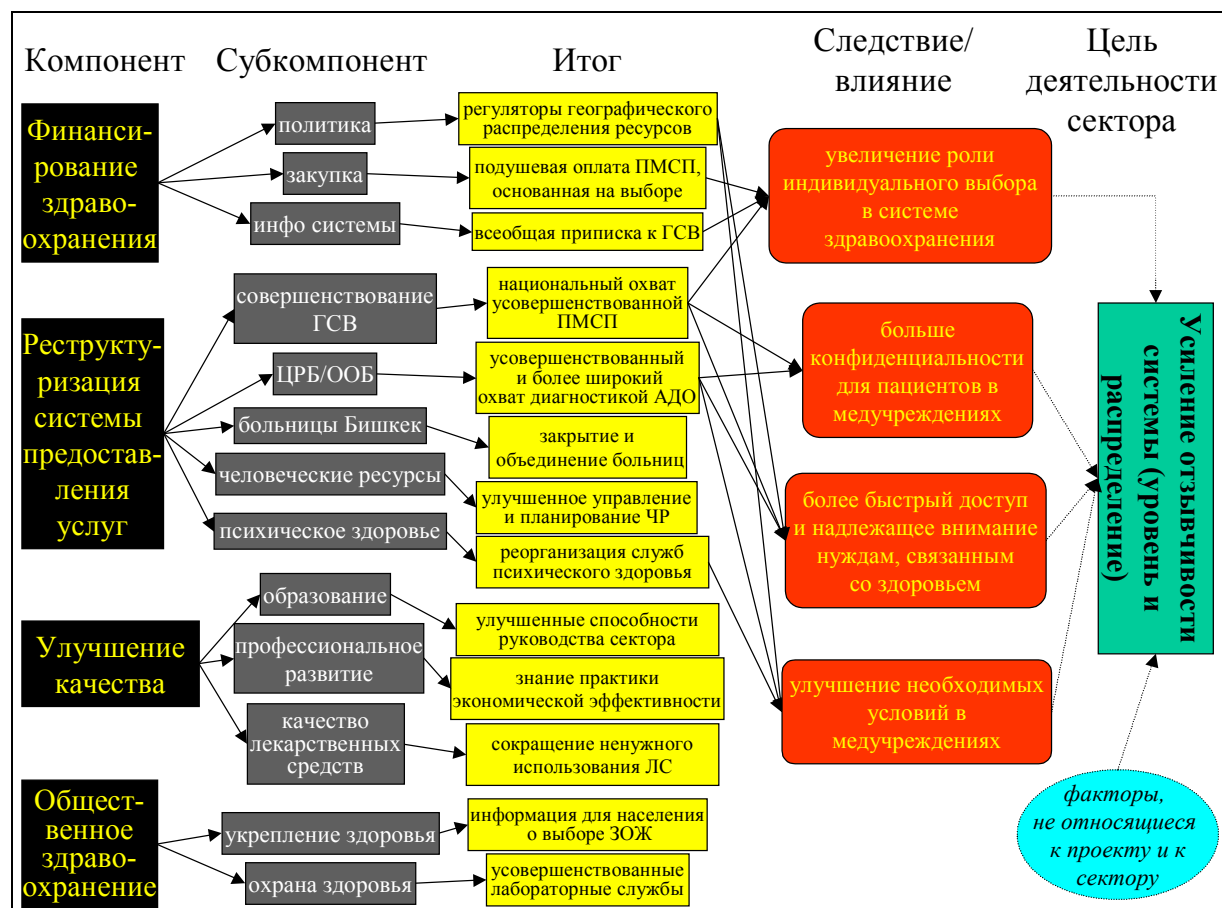
Следствие/Влияние 3.1: Повышение роли выбора потребителя в системе здравоохранения для всего населения. Повышение роли выбора является важной задачей компонента «Финансирование», непосредственно через процесс индивидуальной приписки к ГСВ и целесообразное регулирование оплаты поставщиков на этой основе. Компонент «Реструктуризация» также будет способствовать достижению данной задачи через расширение охвата ГСВ по всей стране. Измерение прогресса в области расширения выбора должно проходить независимо от подсчета процента населения, приписанного к ГСВ (хотя это будет важным). В настоящее время, многие ГСВ существуют, но не оплачиваются на основе решений о приписке, принятых их клиентами. Таким образом, приемлемой единицей измерения выбора будет процент оплаты (из объединенных источников), полученный ГСВ, которые регулировались выбором населения. Сравнения по областям должны дать представление о распределении выбора среди населения. Данная информация может быть собрана из проведенного анализа данных ФОМС.

Следствие/Влияние 3.2: Улучшенная своевременность в доступе к помощи и получении результатов диагностических тестов. Улучшение в области “незамедлительного внимания” является задачей компонента «Реструктуризация». Распределительные аспекты справедливости также должны извлечь пользу из механизмов географического распределения ресурсов, которые будут вырабатываться в рамках компонента «Финансирование». Расширение охвата усовершенствованными ГСВ и диагностическими услугами АДО должно способствовать достижению данной задачи. Измерение “незамедлительного внимания” может быть извлечено из специальных исследований домашних хозяйств, ориентированных на здравоохранение, которые должны проводиться в 2000 году и на третий или четвертый год проекта.

¹⁰ Мюррей и Френк (1999).

Может быть также полезно дополнить это специальными опросами пациентов в учреждениях или конкретным изучением времени ожидания результатов анализов.

Рисунок 3. Структура, связывающая проект с целью совершенствования системы отзывчивости



Следствие/Влияние 3.3: Улучшенные основные условия в медицинских учреждениях. Это важная задача компонента «Реструктуризация», а компонент «Финансирование» также должен способствовать этому. «Основные условия» относятся к таким вещам, как чистые комнаты ожидания, чистые и функционирующие туалеты, адекватные койки и питание в стационарах и т.д. Усовершенствование ГСВ и центральных районных больниц, а также перераспределение ресурсов, ставшие возможным благодаря рационализации инфраструктуры системы предоставления услуг, должны сделать возможным улучшение данных условий. Определенные улучшения в условиях для психиатрических больных должны быть обозримы в результате реализации подкомпонента по психическому здоровью. Оценка данного следствия может быть сделана посредством качественной оценки и/или посредством интервьюирования пациентов.

Следствие/Влияние 3.4: Возросшее уважение к достоинству и частности (анонимности) отдельных пациентов в медицинских учреждениях. Это одна из задач компонента «Реструктуризация». В частности, физическая реконструкция ГСВ и АДО в стационарах должна способствовать большей частности для пациентов, чем в настоящее время. Проанализировать это возможно посредством экспертной оценки, а также через интервьюирование пациентов.

Цель деятельности сектора 4. Улучшать эффективность/финансовую устойчивость системы здравоохранения

В Кыргызском экономическом и фискальном контексте система здравоохранения должна быть поставлена на стабильный финансовый фундамент. Из-за существующих и прогнозируемых уровней экономического роста и необходимости продолжать прогресс для достижения финансового баланса в государственном секторе, единственным шагом на пути к более устойчивой системе здравоохранения является улучшение эффективности системы предоставления услуг. Конкретнее, это означает получение большего из относительно фиксированного бюджета реальных ресурсов, имеющихся в системе здравоохранения. Необходимость осуществить это стала еще более срочной из-за запланированной передачи государственных коммунальных услуг на «точную» основу возмещения издержек. Вследствие этого, скрытые субсидии в результате задержки или неоплаты счетов на коммунальные услуги больше не будут накапливаться в секторе здравоохранения. Функционирование сектора не может быть устойчивым до тех пор, пока не будет рационализована инфраструктура, не будут использоваться ресурсы лучшим образом и не повысится продуктивность. Достижение всего этого в области эффективности является приоритетом для Кыргызской политики здравоохранения, проведению которой намерен способствовать Проект «Здравоохранение-2».

Эффективность системы здравоохранения определяется главным образом факторами, которые находятся под ответственностью лиц, определяющих политику здравоохранения. Однако, факторы вне сектора здравоохранения также влияют на это. Присутствие данных факторов (например, общая макроэкономическая деятельность, изменения валютного курса, политическое влияние) усложняют задачу объяснения изменений в индикаторах эффективности конкретными реформами и следствиями/влияниями проекта. Также вероятно то, что значительные изменения в данных индикаторах могут не наблюдаться спустя относительно короткий (т.е. пятилетний) временной промежуток. Тем не менее, существует необходимость определить необходимые индикаторы эффективности и финансовой устойчивости, которые должны подлежать регулярному мониторингу Минздрава.

Финансовая устойчивость является неопределенным понятием. Возможным определением является “степень, в которой...расходы здравоохранения покрываются за счет государственных ресурсов, или ...средне-долгосрочная стабильность в сочетании источников финансирования.”¹¹ Однако, такое определение не разрешает проблему фактической потребности в финансовых ресурсах. В итоге, расходы (из всех источников) равны поступлениям, так что анализ образцов расходов в здравоохранении не приводит непосредственно к выводам относительно устойчивости. По вышеупомянутому определению не предполагается, что оценка устойчивости может проводиться путем измерения доли донорского финансирования в системе здравоохранения. В контексте проекта, финансируемого донором, тем не менее, это может быть тем, что измеряется через годы после завершения проекта. Более важной, возможно, является оценка совокупности внутренних источников финансирования. Хотя, здесь, вопрос устойчивости неизменно становится связанным с другими

¹¹ МакПейк, Б. и Дж. Катцин (1997). “Методы оценки результатов реформ здравоохранения.” Серия «Текущие проблемы», АРА Номер документа 13. Женева: Всемирная организация здравоохранения; стр.40.

задачами политики. Например, степень, в которой издержки системы могут финансироваться из объединенных (т.е. кроме оплаты из-кармана) источников фактически является оценкой защиты от финансового риска, которая обеспечивается системой здравоохранения для населения. Так же, улучшенная устойчивость, предполагаемая за счет сокращения постоянных издержек системы здравоохранения, достигается за счет улучшения эффективности. Таким образом, нет необходимости пытаться и анализировать финансовую устойчивость непосредственно. Вместо этого, оценка результатов реформ по устойчивости будет проводиться на основе анализа изменений в эффективности системы и финансовой защищенности.

Более приемлемым определением устойчивости может быть следующее: “способность системы здравоохранения функционировать эффективно со временем при минимальных издержках”.¹² Это разрешает проблему вне сферы финансов. Поскольку этот более широкий “институциональный” аспект устойчивости нелегко поддается количественному определению, полезно подумать над этим как над способностью системы здравоохранения адаптироваться на собственное усмотрение. Создание и укрепление такого потенциала определенно являются задачами реформирования Кыргызской системы здравоохранения, и также включены в инвестиции проекта «Здравоохранение-2» в рамках информационных систем и создания потенциала для проведения анализа политики. Эти изменения нацелены на совершенствование потенциала системы здравоохранения генерировать информацию по собственной деятельности и использовать данную информацию для модифицирования политики соответствующим образом. Необходимо проводить мониторинг степени, в которой принимаются решения на основе таких доказательств в предстоящие годы для осуществления количественной (и возможно) качественной оценки данного аспекта устойчивости системы здравоохранения.

Концептуально, улучшение эффективности деятельности системы здравоохранения предполагает сокращение издержек на единицу продукта системы здравоохранения. Хотя, определение количества продукта системы здравоохранения создает проблему, поскольку состоит из различных элементов. Даже если их подвести под достижение здоровья (общий уровень и справедливое распределение), отзывчивость на приемлемые ожидания (общий уровень и справедливое распределение), а также справедливое распределение бремени финансирования системы,¹³ измерение каждого из них остается обескураживающей задачей. Более того, объединение их в одну единицу измерения продукта неизменно повлечет за собой субъективную оценку относительного вклада каждого из них. Несмотря на эти сложные задачи, все же имеет смысл сделать пробные выводы об эффективности и устойчивости системы здравоохранения путем анализа изменений в различных индикаторах, которые на самом деле связаны с ними. Для поддержки данной цели, следовательно, результаты проекта и реформ в секторе должны сделать вклад в следствия и влияния, описанные в следующих параграфах и проиллюстрированные на Рисунке 4.

Следствие/Влияние 4.1: Сокращенные постоянные издержки в системе здравоохранения. Сокращение постоянных издержек системы здравоохранения является важной задачей компонента «Реструктуризация». Это также задача

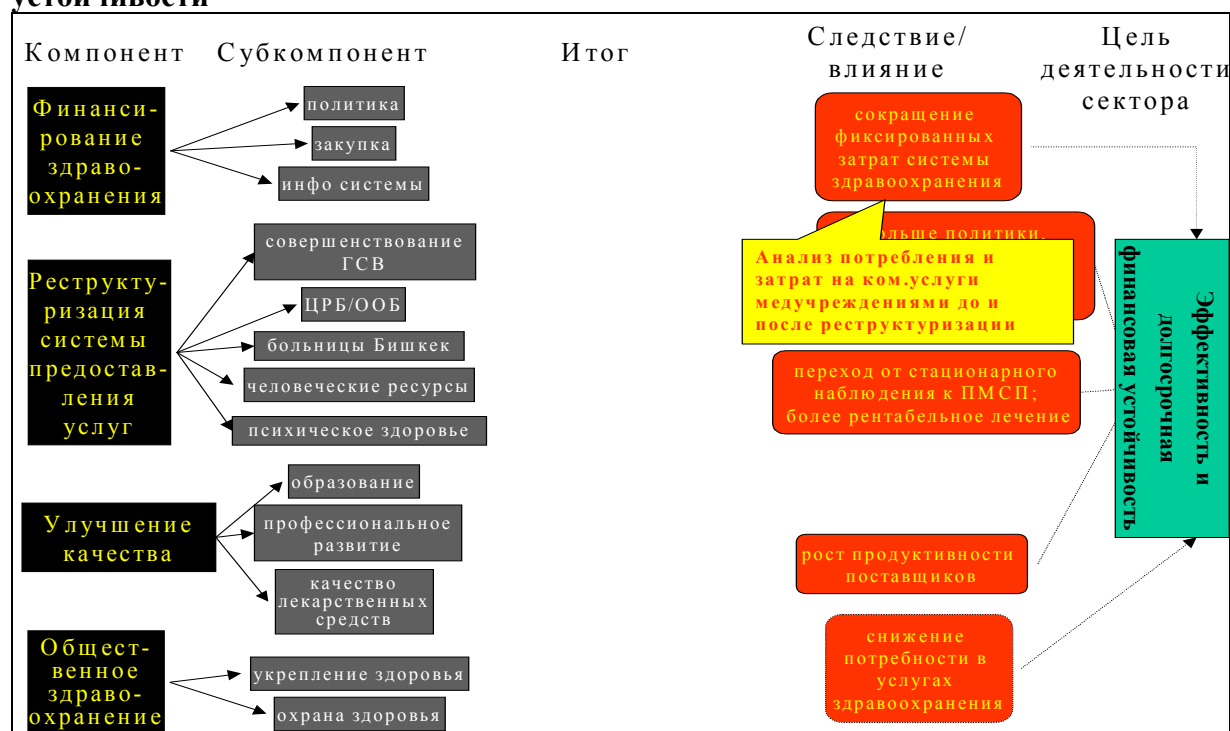
¹² ЛяФонд, А. (1995). *Поддержание первичного здравоохранения*. Фонд «Спасите детей». Лондон: Публикации «Earthscan», Ltd.; стр.17.

¹³ Мюррей и Френк (1999).

компонента «Финансирование». Необходимо проводить мониторинг этого с помощью данных из ежегодного обзора государственных расходов на здравоохранение и более подробных НСЗ. С помощью этого, возможно проанализировать изменения в доле общих расходов здравоохранения, использованных на постоянные издержки. Фактические расходы по некоторым статьям постоянных издержек, таким как электричество и другие коммунальные услуги, могут быть обманчивым индикатором из-за неоплаченных счетов. Следовательно, в подробных НСЗ должны использоваться счета или другая информация по потреблению коммунальных услуг в качестве основы для продольного сравнения. Может быть, также необходимо проанализировать их в рамках подробного исследования ведения отчетности в стационарах. Кроме подобного подробного изучения, прогресс в области рационализации госпитальных мощностей также нужно документировать. Необходимо меньше фокусироваться на количестве коек, а больше на количестве стационаров.

Следствие/Влияние 4.2: Улучшенная рентабельность (экономическая эффективность) системы здравоохранения. Улучшение рентабельности совокупности услуг является важной задачей компонентов «Финансирование», «Реструктуризация» и «Качество». Взятые вместе, различные компоненты проекта и реформы сектора предполагают перемещение ресурсов из специализированной на первичную помощь, а также расширение сферы услуг, которые могут эффективно предоставляться в менее дорогостоящем учреждении. Оценка общего прогресса в данной области может быть проведена путем анализа изменений в доле государственного и общего финансирования здравоохранения на всех уровнях предоставления помощи. Конкретнее, возможные улучшения в области экономической эффективности необходимо анализировать с помощью мониторинга соблюдения новых правил практики выписки медикаментов и протоколов лечения. База данных первичного здравоохранения может использоваться для такого анализа образцов лечения, выписки медикаментов и направлений. База данных обзора по использованию стационаров может также использоваться для перекрестного (напр. по областям) и продольного анализов изменений в количестве (и проценте от общего) необоснованных госпитализаций. Кроме того, результативность систем оплаты поставщиков (в том числе, их особенности использования) в области эффективности системы должна оцениваться периодически с помощью специальных исследований.

Рисунок 4. Структура, связывающая проект с целью улучшения эффективности и устойчивости



Следствие/Влияние 4.3: Усовершенствованная система здравоохранения и повышенная продуктивность медицинского работника. Совершенствование и увеличение продукта системы здравоохранения на единицу вложения является задачей компонента «Финансирование». Компоненты «Качество» и «Реструктуризация» также должны оказать влияние на это. Повышение продуктивности на госпитальном уровне предполагается достичь в результате создания стимулов с помощью системы оплаты за случай. На первичном уровне, повышения продуктивности предполагается достичь путем увеличения охвата ГСВ и их способности справляться с расширенным кругом состояний. Мониторинг изменений в области продуктивности может проводиться с помощью контроля продуктивности всей медицинской службы (напр. госпитализации, амбулаторные посещения) относительно общих расходов. Более точные анализы подобных изменений необходимо проводить посредством специальных изучений затрат на единицу измерения на амбулаторном и стационарном уровнях.

Следствие/Влияние 4.4: Больше использование информации для принятия решений в области политики и управления. Повышенный уровень использования информации о деятельности системы здравоохранения для принятия решений (“политика, основанная на доказательстве”) является важной задачей компонента «Финансирование». Это также задача компонентов «Реструктуризация» и «Качество». Возможность принимать решения на основе информации о деятельности, собранной в системе здравоохранения предполагает, что менеджеры системы здравоохранения и лица, определяющие политику могут (1) определять изменения в деятельности, (2) анализировать информацию, чтобы дать оценку возможным причинам изменений, и (3) использовать такие анализы как основу для изменений в области политики и управления. Такие возможности являются особенностями адаптируемых политики здравоохранения и системы здравоохранения. Оценка данного аспекта устойчивости системы должна полагаться в значительной степени на качественные данные о

степени, в которой руководство Кыргызской системы здравоохранения и лица, определяющие политику, используют информацию о деятельности для принятия решений. Поскольку количество таких решений можно определить, степени, в которой они направляются информацией о деятельности, необходимо стать обоснованным суждением.

Следствие/Влияние 4.5: Сниженный спрос на медицинские услуги. Если компонент «Общественное здравоохранение» является успешным в регулировании основных факторов риска, спрос на персональные медицинские услуги должен сократиться. Благодаря всем другим изменениям, происходящим в организации и предоставлении персональных медицинских услуг, а также изменениям в области жизненных стандартов и бедности, однако, нельзя определить какие-либо из данных изменений вследствие усовершенствования систем укрепления и охраны здоровья. Более того, маловероятно, что результативность данного аспекта проекта будет чувствоваться в течение последующих пяти лет. Таким образом, попытка измерить данное влияние не будет предприниматься.

5. Вопросы стратегии оценки

Оценка требует большего, нежели просто документирование изменений в индикаторах. Поскольку выбор соответствующих индикаторов является важным, они должны быть включены в стратегию и методологию, чтобы можно было провести убедительную связь между наблюдаемыми изменениями в индикаторах и возможными причинами данных изменений. Существует несколько причин, по которым должно быть возможным иметь хорошую стратегию проведения оценки в КР:

- системы сбора рутинных данных были укреплены за последние годы и будут расширяться в течение следующих пяти лет;
- качество информации сильно повысилось по-видимому благодаря связи между финансовыми и клиническими системами и отчетностью;
- реализация реформ продолжает развиваться на постепенной, последовательной основе, которая позволяет анализировать “естественные эксперименты” (напр. аккумулярование фондов в 3 областях в 2001 году позволит провести сравнение между системой единого плательщика и системами фрагментированного плательщика в том году);
- демографический опрос населения был проведен в 1997 году и может быть повторен снова в 2002 или 2003 году, позволяя провести сравнение материнского и детского состояния здоровья, а также поведения в обращении за помощью в период между началом реализации реформ и несколькими годами позже в процессе реализации;
- при поддержке DFID, опрос по расходам на медицинскую помощь и поведению в обращении за помощью был проведен в 2001 году. Как Минздрав, так и партнеры-доноры заинтересованы в том, что повторить его в 2002 году и снова в 2003/4, с целью получения информации и определения изменений в области частной оплаты за медицинскую помощь (официальная и неофициальная), финансовых барьеров к доступу, осведомленности населения об изменениях в системе здравоохранения, а также различий среди населения в зависимости от различных географических зон и социально-экономических групп; а также

- четкое понимание и заинтересованность руководства Минздрава в использовании оценки в качестве основы для дальнейшего реформирования и укрепление потенциала для проведения оценки в системе здравоохранения будет обеспечена по проекту «Здравоохранение-2», а также через содействие ВОЗ, ЮСАИД и DfID.

Каждый из этих факторов, по отдельности и вместе взятые указывают на великолепную возможность закрепить оценочную функцию в системе здравоохранения Кыргызстана и ориентировать процесс реформирования на цели деятельности. Тем не менее, использование полностью данной возможности потребует конкретных усилий, чтобы создать и укрепить местный потенциал для определения четких задач политики в измеримые сроки, определения приоритетов мониторинга и оценки, а также определения, поручения и проведения соответствующего исследования. Один важный аспект предлагаемой стратегии – это полагаться насколько возможно на источники рутинных данных, генерируемых медико-информационной системой, в частности, на базу данных первичного звена и стационарной службы. Кроме этого, Минздрав должен стараться пользоваться информацией, предоставляемой с помощью регулярных и специальных опросов домашних хозяйств для того, чтобы перейти к политике здравоохранения, действительно ориентированной на население. Для этого, Министерству необходимо укреплять свои политические и технические связи с Национальным статистическим комитетом.

Приложение 1: Краткое описание дизайна проекта

КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА: Второй проект реформы сектора здравоохранения

Иерархия целей	Ключевые индикаторы деятельности	Мониторинг и оценка	Основные принципы
<p>Цели, связанные с сектором:</p> <p>Улучшение деятельности и достижение долгосрочной жизнеспособности системы здравоохранения, за счет:</p> <ul style="list-style-type: none"> Адаптации системы учреждений здравоохранения к имеющимся средствам и концентрации на самых важных заболеваниях. Улучшения доступности за счет улучшенного распределения услуг и обеспечения финансовой защиты для населения против потенциально обедняющих уровней личных расходов на медицинскую помощь; Улучшение степени отзывчивости системы здравоохранения на ожидания населения. 	<p>Индикаторы сектора:</p> <p>а. Показатели состояния здоровья (детская и материнская смертность; заболеваемость и смертность от ОРИ/ДЗ); уровень и распространение</p> <p>б. Структура расходов учреждений здравоохранения и стоимость услуг на единицу: снижение потребления коммунальных услуг на пролеченный случай независимо от изменений в цене; снижение потребления коммунальных услуг как доли от общего распределения ресурсов в каждое медицинское учреждение</p> <p>в. Доля расходов на здоровье в общем объеме расходов семьи (кроме продуктов питания), в разбивке по социально-экономическому статусу</p> <p>г. Доступ к медицинским услугам, степень удовлетворенности пациента по регионам и по социально-экономическому статусу</p>	<p>Отчетность сектора на государственном уровне:</p> <p>а. данные Министерства здравоохранения из ИЦЗ; результаты обследования домашних хозяйств за 2002/3 (уровни и тенденции, наметившиеся после обследования 1997 года), включая анализ данных по регионам и «уровню благосостояния» респондентов</p> <p>б. Анализ расходов в системе и на уровне поставщиков, включая работу НАБ</p> <p>в. Данные обследования домашних хозяйств о количестве нуждающихся в лечении и структуре расходов на медицинские услуги</p> <p>г. Данные обследования семей о структуре расходов на медицинские услуги и их использовании, фокусных группах, данные Национального Информационного Центра и обследования домашних хозяйств.</p>	<p>(от целей к миссии Банка)</p> <p>Улучшение здоровья, финансовая защита и удовлетворение потребностей клиентов повлияют на общее экономическое развитие и сокращение бедности, с учетом фискальных проблем, с которыми сталкивается правительство и экономические перспективы страны.</p>

Иерархия целей	Ключевые индикаторы деятельности	Мониторинг и оценка	Основные принципы
	д. Улучшение степени удовлетворенности пациентов в оказании помощи поставщиками, выбранными населением.	д. Вопросы в обследовании, фокусных группах по удовлетворенности пациентов	

Иерархия целей	Ключевые индикаторы	Мониторинг и Оценка	Основные принципы (от целей к результатам)
<p>Цель развития, заложенная в Проекте:</p> <p>Повышение уровня и распределения услуг здравоохранения и обеспечение удовлетворенности нужд и потребностей населения с сокращением фиксированных расходов системы здравоохранения и расходов на одну единицу услуг, а также снижение доли личных расходов членов семьи на услуги здравоохранения в общем объеме расходов семьи</p>	<p>Индикаторы результатов /следствия</p> <p>а. Повышенное использование принятых руководств клинической практики и улучшенная согласованность с индикаторами результатов по ОРИ/ДЗ и др., а также с уровнями повторной госпитализации.</p>	<p>Отчетность в проекте:</p> <p>а) данные НИЦа и ФОМС о лечении, практике выписывания лекарств и направлений по сравнению с протоколами, уровнем осложнений и уровнем повторной госпитализации</p>	<p>Стабильные политические и экономические условия в стране, регионе и в России</p> <p>Реализация реформ, обучения, и обеспечение информации позволит изменить клиническую практику, управление и поведение населения, связанное с здоровьем и приведет к улучшению статуса здоровья населения</p> <p>Основания для определения уровня бюджета для сектора здравоохранения изменится и позволит перемещение ресурсов по разным секторам в рамках системы здравоохранения за счет экономии средств и сокращения фиксированных расходов</p>
	<p>б. Улучшение экономической эффективности услуг внутри и среди поставщиков.</p>	<p>б) Исследования Государственных Затрат и Национальных Счетов Здравоохранения; данные по лечебной практике по отдельным диагнозам</p>	
	<p>в. Улучшение справедливости в распределении средств и услуг здравоохранения.</p>	<p>в) Данные Обследования домашних хозяйств и затрат населения на здравоохранение (базовые и последующие данные); анализ распределения ресурсов здравоохранения на душу населения с использованием данных НСЗ и исследований государственных затрат</p>	
	<p>г. Сокращение финансовых барьеров для доступа к услугам здравоохранения.</p>	<p>г) Сравнение барьеров, связанных с доступом, связанным с доходами, учтенными в базовом и последующих обследованиях затрат на здравоохранение с поведением населения, нуждающегося в медицинской помощи</p>	
	<p>д. увеличение роли индивидуального выбора клиентов, % оплаты для ГСВ/ЦСМ, определяемая выбором клиентов, улучшение доступности услуг и оперативное решение вопросов населения, обеспечение минимального комфорта и конфиденциальности в учреждениях здравоохранения</p>	<p>д) НСЗ совместно с подробным обследованием ГСВ/ЦСМ по подушевой системе оплаты, совмещенные с данными по доступности, данными из исследований по незамедлительной отзывчивости, предоставлению удобств и уединения пациентам, почтовыми исследованиями, и фокусными группами</p>	

	<p>е) существование финансового риска больших финансовых пулов; сокращение в процентном соотношении личных расходов на затраты на здравоохранение в целом, увеличение прогрессивности бремени, лежащего на финансирование здравоохранения.</p>	<p>е) НСЗ определить количество и бюджет, приходящийся на душу населения; данные базовых исследований и почти завершенных исследований для определения личных расходов на здравоохранение в сравнении с % затрат домохозяйств не на питание, совместно с анализом НСЗ по общим источникам финансирования здравоохранения.</p>	
	<p>ж) Сокращение потребности в фиксированных затратах (например, коммунальные услуги)</p>	<p>ж) НСЗ, региональный анализ и анализ по конкретным ЛПУ по фиксированным и переменным затратам</p>	
	<p>з) потребление услуг на наиболее эффективном в стоимости уровне предоставления помощи (первичный уровень/специализированная помощь)</p>	<p>з) Данные НСЗ и исследования государственных затрат по доле затрат среди всех поставщиков и услуг, а также исследования по структуре лечения на базе выбранных условий</p>	
	<p>и) увеличение количества выписанных пациентов на койку</p>	<p>и) данные ИСЗ по пропускной способности, особенно по койкообороту</p>	

Иерархия целей	Ключевые индикаторы	Мониторинг и Оценка	Основные принципы
<p>Результаты каждого компонента:</p> <p><i>1. Реструктуризация системы предоставления медицинских услуг</i></p> <p>Общая обеспеченность услугами и учреждениями здравоохранения с оптимальными размерами, с сокращением фиксированных расходов за счет реструктуризации системы предоставления услуг</p>	<p>Индикаторы результатов:</p> <p>а. Увеличение охвата населения укомплектованными ГСВ</p>	<p>Отчетность проекта:</p> <p>а. База данных ГСВ/ЦСМ и база данных по приписанному населению</p>	<p>(от целей к результатам)</p> <p>а. ГСВ/ЦСМ хорошо обучены и могут эффективно использовать оборудование и иные материалы</p>
	<p>б. Сокращение количества коек и разнообразия учреждений вторичного и третичного уровня по всей территории</p>	<p>б. Данные Информационного Центра</p>	<p>б. экономия средств за счет закрытия и слияния учреждений (ЦРБ и ОБ) сохраняется для пере – размещения в рамках системы здравоохранения;</p>
	<p>в. Увеличение доступа и использования АДО в ЦРБ</p>	<p>в. Данные Информационного Центра, отчеты о выездах на места</p>	
	<p>г. наличие и соотношение коек и больниц в Бишкеке (городских и республиканских)</p>	<p>г. Данные Информационного Центра</p>	<p>в. административные изменения в бюджетной системе Правительства позволяют реализовать планы для г. Бишкек, где находятся как республиканские, так и городские учреждения.</p>
	<p>д. регулярное обновление базы данных по человеческим ресурсам и использование данных для планирования</p>	<p>д. Качественная оценка с использованием базы данных по человеческим ресурсам</p>	
	<p>е. сокращение уровня госпитализации пациентов, страдающих шизофренией</p>	<p>е. сравнение уровня госпитализации на основании базового исследования и последующих исследований для пациентов, страдающих шизофренией в пилотных областях</p>	
	<p>ж. увеличение количества людей с небольшими психическими отклонениями, например депрессией, которую можно лечить на первичном уровне и на уровне ЦРБ</p>	<p>ж. повсеместные данные по небольшим психическим заболеваниям в пилотных областях</p>	

Иерархия целей	Ключевые индикаторы	Мониторинг и Оценка	Основные принципы
2. Финансирование в здравоохранении Улучшенная система финансирования в здравоохранении с самым широким аккумулярованием средств, перемещением ресурсов в приоритетных направлениях, справедливое распределение средств и стимулов, которые обеспечивают качество и эффективность в сочетании с информационными системами, которые влияют на политику и решения руководства	а. Увеличение объема аккумулярованных средств	а. Данные Казначейства и НСЗ	Аккумуляция средств будет содействовать рационализации, перераспределению средств и созданию последовательных финансовых стимулов, которые будут влиять на улучшение качества и справедливости в распределении услуг; местные управления не будут сокращать уровень финансирования в ответ на аккумулярование бюджетных средств в ФОМС. Более приемлемая структура государственных расходов с четкими требованиями со - финансирования сумеет сократить уровень неформальной оплаты для населения
	б. Более справедливое распределение средств по областям на душу населения	б. Данные Казначейства и НСЗ	
	в. Увеличение доли, выделяемой для первичного звена здравоохранения и общественного здоровья	в. Данные Казначейства и НСЗ; исследования по практике закупок ФОМС	
	г. Процесс разработки политики на основе информации	г. качественная оценка процесса принятия политики на основе информации	
3. Повышение качества Улучшение качества услуг здравоохранения производится на устойчивой основе за счет улучшения образования, внедрение процесса для систематического улучшения в клинической практике, и улучшение управления лекарственными средствами	а. кол - во обученных и переобученных специалистов ГСВ/ЦСМ	а. данные из учреждений образования, новые отделы мониторинга и оценки в Центре Непрерывного Медицинского Образования	Стабильность финансов в секторе здравоохранения, восприимчивость специалистов к новым методам обучения и реформа организации обеспечения услугами здравоохранения
	б. увеличение кол - ва членов профессиональных организаций	б. отчеты АГСВ/ЦСМ и АБ	
	в. уровень использования НМБ	в. управление библиотекой, отчеты Центра Мониторинга и Оценки,	
	г. разработка клинических руководств, основанных на доказательстве	г. отчеты Центра Мониторинга и Оценки	
	д. уровень использования лабораторий контроля качества медикаментов	д. отчеты Департамента Лекарственного Обеспечения и Медицинской Техники и Информационного Центра Лекарственных средств	

Иерархия целей	Ключевые индикаторы	Мониторинг и Оценка	Основные принципы
<p>4. Общественное здравоохранение Улучшенные возможности системы здравоохранения для укрепления и охраны здоровья</p>	<p>а. создание нового национального центра укрепления здоровья, количество обученных человек и разработанные пособия.</p>	<p>а. Отчет центра укрепления здоровья</p>	<p>Усилия, направленные на институциональное создание потенциала для охраны и укрепления здоровья, в соответствии с международной практикой, которая позволяет внести изменения в существующую практику укрепления здоровья (национальные и региональные отделения, клинические службы и ГСВ/ЦСМ) и в область охраны здоровья (СЭС). Тенденции, в том числе социальные, экономические и эпидемиологические, направленные против улучшения статуса здоровья не будут усиливаться, поскольку в результате приведут к подрыву методик, которые доказали свою эффективность в других странах.</p>
	<p>б. количество мероприятий по формированию здорового образа жизни (напр. в школах, в ГСВ/ГСМ и т.д.) и их воздействие на понимание населением здорового поведения</p>	<p>б. поездки на места для проведения качественной оценки мероприятий по укреплению здоровья; КАР обследований</p>	
	<p>в. тенденция в заболеваемости определенными инфекционными болезнями (туберкулезом, гепатитом А и Б, бруцеллезом) в пилотных областях одинакова или лучше, чем в других областях (улучшения в сфере эффективности и качества); распространение подобных достижений на все области к окончанию проекта</p>	<p>в. Описание изменений, происходящих в штате сотрудников и их функциональных обязанностях в эпидемиологических подразделениях СЭС в пилотных областях в сочетании со сравнением тенденций в заболеваемости инфекционными болезнями в пилотных и непилотных регионах</p>	
<p>5. Администрация и оценка Проекта Удовлетворительное управление проектом и усиление институциональных возможностей Министерства Здравоохранения по оценке и управлению</p>	<p>а. эффективное управление проектом</p>	<p>а. Ежеквартальные и ежегодные отчеты проекта</p>	<p>Успешная реализация проекта с достижением целей проекта, на основе тщательной оценки влияния проекта</p>
	<p>б. Своевременные выплаты в соответствии с планами реализации и закупок</p>	<p>б. ежегодные финансовые аудиторские отчеты, приемлемые для Банка, наблюдательные миссии, обновленные планы закупок и реализации, в том числе планы обучения,</p>	
	<p>в. постоянный мониторинг проекта и оценка в соответствии с утвержденным планом мониторинга, который измеряет индикаторы результатов и следствия проекта</p>	<p>в. отчеты о воздействии проекта в виде результатов мероприятий по мониторингу</p>	