

Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан

Отчет по среднесрочной оценке

Паулина Аарва
Данута Пилеска
Димитрис Калогеропулос

Октябрь 2011
Астана

СОДЕРЖАНИЕ

ОПИСАНИЕ ПРОЕКТА	4
СОКРАЩЕНИЯ	5
КРАТКОЕ ОБОБЩЕНИЕ	7
1. ВВЕДЕНИЕ.....	9
1.1. МЕХАНИЗМЫ ОЦЕНКИ	9
1.2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОЕКТА И ОБОСНОВАНИЕ	10
2. ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ПРОЕКТА И ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	14
3. СТАТУС РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА И ВЫПОЛНЕНИЕ	16
3.1. КОМПОНЕНТ А. ФИНАНСИРОВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	17
3.1.1. Подкомпонент А 1. Повышение потенциала по формированию политики и стратегического планирования	17
3.1.2. Подкомпонент А2.1. Обучение управлению здравоохранением.....	19
3.1.3. Подкомпонент А2-2. Инвестиционное планирование в секторе здравоохранения	20
3.2. КОМПОНЕНТ В. УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	22
3.2.1. Подкомпонент В1. Модернизация аккредитации организаций здравоохранения	22
3.2.2. Подкомпонент В2. Обновление клинической практики и введение оценки медицинских технологий.....	24
3.2.3. Подкомпонент В3. Реформа лабораторной службы.....	25
3.2.4. Подкомпонент В4. Реформа службы переливания крови.....	26
3.3. КОМПОНЕНТ С. РЕФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ.....	27
3.3.1. Подкомпонент С1. Реформа медицинского и фармацевтического додипломного и непрерывного медицинского образования.....	27
3.3.2. Подкомпонент С2. Реформа медицинской науки	30
3.4. КОМПОНЕНТ D. РАЗВИТИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	31
3.5. КОМПОНЕНТ Е. РЕФОРМА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ	32
3.6. КОМПОНЕНТ F. БЕЗОПАСНОСТЬ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ В РАМКАХ ВСТУПЛЕНИЯ В ВТО	35
3.7. КОМПОНЕНТ G. УПРАВЛЕНИЕ ПРОЕКТОМ.....	37
4. МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА.....	40
5. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ	41
6. КООРДИНАЦИЯ С ПАРТНЕРАМИ.....	42
7. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА.....	43
8. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ И СРЕДА ПРОЕКТА.....	43
9. ПЕРЕОЦЕНКА РИСКОВ ПРОЕКТА.....	44
10. ВЫВОДЫ.....	46
11. РЕКОМЕНДАЦИИ.....	50
12. ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ	58
13. ССЫЛКИ.....	59
14. ANNEXES	61

ОПИСАНИЕ ПРОЕКТА

А. Основная информация						
Страна	Республика Казахстан		Наименование Проекта	Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан		
Код Проекта	P101928		Займ №	МБРР- 48830		
Стоимость Проекта	296, 1 млн.долл.США		займ	117,7 млн.долларов США		
			Софинансирование	178,4 млн.долларов США		
Исполнительное агентство: Министерство здравоохранения Республики Казахстан						
В. Основные даты						
Процесс	Дата	Процесс	Первоначальная Дата	Уточненная/ фактическая дата		
Подписание Соглашения	2 февраля 2008 года	Среднесрочный обзор	Январь-февраль 2011 года	31 октября-11 ноября 2011 года		
Ратификация	6 ноября 2008 года	Завершение Проекта	30 июня 2013 года			
Вступление в силу	15 ноября 2008 года					
С. Освоение						
	Всего		ВБ		ПРК	
	Доллары США	Тыс.тенге	Доллары США	Тыс.тенге	Доллары США	Тыс.тенге
Сумма проекта	296 100 000	35 133 255,2	117 700 000	14 651 499,6	178 400 000	20 481 755,6
Всего Освоено	39 052 844,7	5 769 096,1	23 315 426,4	3 436 125,9	15 737 418,3	2 332 970,2
Освоено в 2009 году	8 958 409,0	1 340 955,4	2 683 878,0	399 115,8	6 274 531,0	941 839,6
Освоено в 2010 году	23 667 052,3	3 486 092,1	16 684 560,0	2 457 616,8	6 982 492,3	1 028 475,3
в 2011 году	6 427 383,4	942 048,6	3 946 988,4	579 393,3	2 480 395,0	362 655,3
включая						
1кв. 2011	905 689,6	133 673,9	905 689,6	133 673,9	0	0
2кв.2011	2 612 411,1	381 000,8	1 232 724,3	179 462,9	1 379 686,8	201 537,9
3кв.2011	2 909 282,7	427 373,9	1 808 574,5	266 256, 5	1 100 708,2	161 117,4
4кв. 2011						
D. Цели развития проекта и ожидаемые результаты						
Цели развития проекта: Внедрение международных стандартов и создание долгосрочного институционального потенциала в поддержку ключевых реформ здравоохранения, проводимых Правительством Республики Казахстан в рамках Государственной программы развития здравоохранения.						
Ожидаемые результаты						
1. Повышение эффективности и справедливости расходов здравоохранения и улучшение финансовой защиты домохозяйств в областях, внедряющих полный пакет реформ финансирования и управления здравоохранением.						
2. Улучшение качества и эффективности медицинской помощи путем создания функционирующей системы/институтов для клинических протоколов/руководств.						
3. Улучшение качества выпускников медицинских ВУЗов и улучшение возможностей в проведении медицинских исследований путем обновления медицинского и фармацевтического образования и системы исследований на основе внедрения международных стандартов.						
4. Повышение эффективности и качества управления в организациях здравоохранения путем улучшения доступа с достоверной, своевременной информации с использование ЕИСЗ						
5. Повышение безопасности, действенности, качества и доступности по цене лекарств путем проведения реформ в закупке лекарств, ценообразовании, мониторинга назначения лекарственных средств, предоставления информации о лекарствах и модернизации программы ПБиЛЮ и контроля качества.						
6. Повышенная безопасность пищевой продукции и ускорение вступления в ВТО путем внедрения международных санитарных и фитосанитарных норм.						

СОКРАЩЕНИЯ

CSIH	Canadian Society of International
EUR	евро
GMP	Хорошая производственная практика
GPP	Надлежащая фармацевтическая практика
ISQua	Международное сообщество по качеству в здравоохранении
OPM	Oxford Policy Management
OSCE	Предметно-структурированный клинический экзамен
QCBS	Отбор по качеству и стоимости
TB	Туберкулез
ВБ	Всемирный банк
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВТО	Всемирная торговая организация
ВУЗ	Высшие учебные заведения
ВФМО	Всемирная федерация медицинского образования
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГППП	Группа поддержки реализации Проекта
ГЧП	Государственно-частное партнерство
ДМ	Доказательная медицина
ДНЧР	Департамент науки и человеческих ресурсов
ДОМП	Департамент организации медицинской помощи
ДОП	Документ по оценке Проекта
ДСР	Департамент стратегического развития
ЕИСЗ	Единая информационная система здравоохранения
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЕС	Европейский Союз
ЗППП	Заболевания передающиеся половым путем
ИРЗ	Институт развития здравоохранения
ИТ	Информационные технологии
КЗГ	Клинико-затратные группы
КР	Клиническое руководство
ЛЖВИЧ	Лица, живущие с ВИЧ
ЛИЦ	Лекарственный информационный центр
МЗ	Министерство здравоохранения
МКТ	Международные конкурсные торги
МЭРТ	Министерство экономики и развития торговли
НМКЛ	Национальная медицинская контрольная лаборатория
НМО	Непрерывное медицинское образование
НПО	Неправительственные организации
НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ОЗМИР	Охрана здоровья матери и ребенка
ОМТ	Оценка медицинских технологий
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПБиЛЮ	Программа бесплатного и льготного лекарственного обеспечения
ПДМО	Последипломное медицинское образование
ПЗиУЗ	Профилактика заболеваний и укрепление здоровья

ПКГ	Постоянная координационная группа
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПРК	Правительство Республики Казахстан
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РГП	Республиканское государственное предприятие
РК	Республика Казахстан
РЦИТМОН	Республиканский центр инновационных технологий медицинского образования и науки
РЦОЗН	Республиканский центр по оценке знаний и навыков
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ССЗ	Система счетов здравоохранения
ССО	Среднесрочный обзор
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая служба
ТЗ	Техническое задание
ФТК	Формулярно-терапевтический комитет
ЦРП	Цели развития Проекта
ЦСиОМТ	Центр стандартизации и оценки медицинских технологий
ЧР	Человеческие ресурсы
ЮНИСЕФ	Фонд ООН помощи детям
ЮНФПА	Международный фонд народонаселения
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию

КРАТКОЕ ОБОБЩЕНИЕ

Основание: Республика Казахстан осуществляет комплексную реформу в секторе здравоохранения, включая проект по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Казахстана 2008-2013 года с семью компонентами финансируемыми совместно Правительством Республики Казахстан и Всемирным банком. Общий бюджет составляет 296,1 миллионов долларов США.

Цели развития проекта (ЦРП): Внедрение международных стандартов и развитие долгосрочного институционального потенциала в секторе здравоохранения в Казахстане.

Партнерское взаимодействие между международными компаниями и казахстанскими партнерами были созданы для 12 компонентов и подкомпонентов, реализуемых РЦРЗ и другими национальными институтами и 4 пилотными регионами под руководством и управлением МЗ РК.

Среднесрочная оценка: рассматривает прогресс по проекту и предоставляет рекомендации на основе анализа материалов оценки, включая отчеты проекта, материалы исследований, полуструктурированные и открытые интервью, интервью в малых группах и фокус-группах и наблюдения.

Ключевые результаты. Несмотря на серьезные задержки Проект имеет хороший прогресс за исключением четырех компонентов/подкомпонентов: (1) Реформа лабораторной службы, (2) Реформа службы крови, (3) Развитие информационной системы здравоохранения (4) Реформа медицинской науки, при реализации которых имеются трудности в установлении партнерских отношений.

Другие Компоненты начинают показывать первые результаты: Развитие инвестиционного планирования по реструктуризации больничного сектора и внедрение новых механизмов финансового управления многообещающи. Система аккредитации и другие методы улучшения по качеству здравоохранения развиваются быстро. В различные обучающие мероприятия были вовлечены около 15 000 участников.

Риски:

- задержки при реализации планов из-за сложностей в достижении взаимопонимания между МЗ РК и некоторыми международными партнерами в согласовании консультантов и ограниченном прямом взаимодействии между МЗ РК и партнерами
- Постоянно появляющиеся нерешенные проблемы в процедурах оплаты могут привести к уходу международных компаний-партнеров
- Возможный уход ключевого персонала МЗ/ГПРП, который способен и желает работать с партнерскими компаниями

Меры по смягчению рисков:

- *Усиление управления Проектом и Координации в МЗ РК*
- *Укрепление лидерства МЗ РК*
- Ригидные процедуры относящиеся к международным контрактам и процедурам оплаты должны быть решены *на уровне Правительства Республики Казахстан*
- *Укрепление потенциала МЗ и РЦРЗ в управлении совместными международными проектами*

Рекомендации

1. *Гармонизация продолжительности проекта с Саламатты Қазақстан 2011-2015, расширяя вторую фазу проекта с 1 июля 2013 по 30 июня 2015.* Сэкономленные средства проекта (относительно первоначального бюджета) в результате конкурсных торгов предлагается распределить на реализацию второй фазы Проекта.
2. *Пересмотр механизмов реализации или закрытие Компонентов, которые, несмотря на подписанные контракты, не начали реализовываться.*
3. *Развитие ЕИСЗ.* Успешное и быстрое продолжение компонента D является критическим для успеха всей программы. Рекомендован трех-этапный рабочий план для стандартизации ЕИСЗ, ее содержанию и функций для дальнейшего усиления институциональных механизмов и регуляторных рамок, обеспечение сильного и эффективного синергизма между развитием ЕИСЗ и других компонентов проекта, а также организованное внедрение и ассимиляция ЕИСЗ с другими системами здравоохранения.
4. *Развитие качества.* Улучшение и ускорение развития стандартизации процессов и процедур здравоохранения постепенно связанных с ЕИСЗ. РКП, реформа медицинского образования, введение новой системы аккредитации и других мер по качеству будут зависеть от наличия ресурсов и *сильной и непрерывной поддержки на самом высоком правительственном уровне.*
5. *Дальнейшее обучение* необходимо обеспечить по всем направлениям реформы здравоохранения/компонентам проекта и управления проектом, включая обучение персонала МЗ и интенсивные обучающие программы для подведомственных организаций и региональных организаций.
6. *ПМСП и укрепление здоровья и профилактика заболеваний должны быть усилены* в соответствии с Саламатты Қазақстан. Проводимые мероприятия по финансированию и управлению здравоохранением должны включать подготовку региональных мастер планов для охвата ПМСП и санитарно-эпидемиологической службы. Они являются существенным для улучшения показателей всего сектора здравоохранения и соответствуют наилучшей международной практике.
7. *Коммуникационная стратегия на оставшийся период проекта.* Правильно спланированные и проведенные коммуникационные мероприятия для профессионального сообщества по всей стране ускорят процессы реформы.

Извлеченные уроки

Для успешного партнерского взаимодействия необходима очень тщательная подготовка механизмов взаимодействия до подписания контракта. Чтобы избежать недопонимания, объем и содержание, методические подходы и ожидания обеих сторон по партнерскому взаимодействию должны быть изучены и прояснены заранее

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Механизмы оценки

Проект «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» финансируется совместно Правительством Республики Казахстан и Международным Банком Реконструкции и Развития. Проект планируется завершить в 2013 году. Общая стоимость проекта 296.1 миллионов долларов США., включая средства займа Всемирного Банка 117.7 миллионов долларов США. Это самый большой проектный заем Всемирного банка в секторе здравоохранения по бюджету и масштабу проекта. Документ по оценке проекта был подготовлен 13 декабря 2007 года и Проект вступил в силу 15 декабря 2008 года.

Целями среднесрочной оценки являются обзор прогресса, достигнутого проектом в достижении Целей Развития Проекта (далее – ЦРП) и предоставление рекомендаций о возможных корректировках и дополнениях в направлениях, структуре, институциональных и организационных механизмах проекта и мероприятиях для обеспечения достижения ЦРП (Приложение 1). Министерство здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) поручило группе из трех экспертов проведение среднесрочной оценки проекта Передачи технологий и проведения институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан. Методология работы, включая анализ документов проекта, индивидуальные интервью, обсуждения в небольших группах и фокус-группах и прямые наблюдения описаны в Первоначальном отчете о среднесрочной оценке (Первоначальный отчет 2011 года). Группа по оценке посетила Казахстан в сроки с 22-26 августа и с 5-26 сентября 2011 года. Задачами являлись подготовка рабочего плана и написание Первоначального отчета (август 2011 года) и сбор данных для среднесрочной оценки, анализ и проект отчета (сентябрь 2011 года). Совещание-брифинг было проведен в МЗ 25 августа 2011 года под председательством вице-министра Э.А. Байжунусова.

Перечень вопросов для интервью и график проведения интервью, список проинтервьюируемых лиц, даты и места проведения интервью, а также ключевые результаты были представлены в Министерство здравоохранения 19 сентября 2011 года. Дебрифинг был проведен 21 сентября 2011 года с Ответственным секретарем Мусиновым С.Р.. Проект комплексного оценочного отчета был представлен Министерству здравоохранения 28 сентября 2011 года для комментариев Министерства здравоохранения и других заинтересованных сторон. Отчет был завершен и представлен МЗ 12 октября 2011 года. Группа по оценке провела встречи с руководством Министерства здравоохранения и подведомственных организаций, обсудила с координатором проекта, г-жой Аидой Курмангалиевой, Вице-министром, г-ном Болатом Токежановым, директором Департамента по стратегическому развитию (ДСР) и другими официальными лицами, посетила поликлинику № 8 в г. Астана и пилотного региона Кокшетау, где были проведены интервью представителей региональных органов здравоохранения, и посетила Аккольскую Центральную районную больницу и Кокшетаускую городскую больницу № 1. Посещение в пилотной больницы в Астане было также запланировано, но отменено в последний момент больницей. Список лиц, опрошенных индивидуально или в группах в ходе посещения по оценке, включает в целом 70 человек. (Приложения 2 и 12). Группа по оценке также приняла участие в пяти учебных семинарах по (1) мониторингу и оценке инвестиционных проектов, (2), сертификации и лицензированию учебных заведений и (3) дальнейшему развитию ЛИЦ, проведенному в РЦРЗ. (4) Концепции и реализации мастер-планов в секторе здравоохранения РК и (5) семинаре по подготовке мастер плана Акмолинского ОУЗ, проведенного в Кокшетау.

МЗ и ГПРП предоставили для членов группы по оценке Административную и логистическую поддержку. Документация по проекту была доступна для группы по оценке в ГПРП, что обеспечило группу соответствующими политическими и стратегическими документами,

ключевыми планами по проекту, отчетами о прогрессе и памятливыми записками команды экспертов Всемирного банка для подготовки среднесрочной оценки. Группа выражает благодарность за поддержку со стороны Министерства здравоохранения и подведомственных ему организаций, а также ГПРП за помощь и организацию посещения в пилотный регион и пилотные поликлинику и больницу, организацию интервью и оказанию помощи в переводах и секретарскую поддержку.

Контроль качества процесса оценки был обеспечен путем следования руководству/инструкциям ТЗ (Приложение 1) и руководящим принципам Всемирного банка и ОЭСР (Стандарты качества 2010 года). Кроме того, контроль качества включал проверку достоверности используемых источников информации, путем внимательного изучения взглядов, высказанных в процессе оценки. Вопрос о комплементарности считался важным для такого большого и всеобъемлющего проекта. Поэтому при оценке взаимодополнения различных компонентов была оценена путем анализа взаимосвязей, уровня коммуникаций и совместных мероприятий между компонентами Проекта. Процесс оценки был прозрачен и независим от управления проектом, хотя ГПРП помогала в организации интервью.

Настоящий отчет содержит описание контекста и основания проекта, а также представление результатов среднесрочной оценки, в том числе прогресс, достигнутый в реализации проекта и мер, рекомендованных для обеспечения достижения целей развития проекта в течение оставшегося срока реализации проекта, а также рекомендации относительно пересмотра индикаторов конечных результатов, и перераспределения средств, первоначально заложенных в бюджете проекта. Компоненты проекта и международные партнерские компании с информацией о продолжительности контракта, представлены в Приложении 3.

Группа по оценке состояла из Паулины Аарвы (руководитель, ответственный за оценку Компонентов проекта А и G), Димитрис Калогеропулос (отвечает за оценку Компонента D) и Данута Пилеска (отвечает за оценку компонентов B, C, E и F). Оценка проводилась в соответствии с Техническим заданием (Приложение 1) и Первоначальным отчетом. Оценочный отчет по Компоненту D Развитие информационной системы был подготовлен Димитрисом Калогеропулосом и приложен как Приложение 12 к данному отчету.

Ограничения в оценке связаны с объемом данного Проекта. Из-за сжатых сроков оценки, масштаба и многогранности проекта, большого количества партнерских организаций и лиц участвующих в проекте, большого количества отчетов о прогрессе и другой предоставляемой отчетности, группа по оценке смогла проанализировать только выборочно основные документы каждого из 13 компонентов/подкомпонентов проекта. Поскольку некоторые документы имелись в распоряжении только на русском языке, в рамках выделенного времени не было возможности перевести все документы проекта на английский язык. Из-за ограниченного времени не было смысла посещать все пилотные регионы. Посещение было сделано в Кокшетау, Акмолинскую область, с представителями других пилотных регионов были встречи на семинарах, проведенных в Астане в сентябре 2011 года. С учетом этих ограничений результаты оценки на основе имеющихся материалов являются достоверными.

1.2. Содержание проекта и обоснование

Политическая и экономическая ситуация

Ближайшая политическая ситуация Казахстана благоприятна. Переизбрание Президента Нурсултана Назарбаева, набравшего более 95% голосов на выборах в апреле 2011 года, обеспечивает краткосрочные политические перспективы, с возможностями для Президента продолжения экономической реформы. Президент начал ряд стратегических планов с 1997 года. В феврале 2010 года был подписан «Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года». Среди прочего План определяет политику укрепления здоровья как приоритета в

рамках системы здравоохранения, указывая на важность достижения существенного увеличения продолжительности жизни к 2020 году. (Стратегический план 2010).

Республики Центральной Азии находятся на пути прочного восстановления после экономического спада предыдущих лет. В Казахстане прогнозируется рост экономики на 7% в 2011 и 2012 годах, удерживаясь на плаву с помощью высоких цен на сырьевые товары. Последний годовой рост ВВП в результате постоянного развития огромных природных ресурсов страны и положительного побочного эффекта, оказываемого на несырьевые секторы. В 2010 году наблюдался значительный рост (7%) по сравнению с 2009 годом. ВВП на душу населения составил 8763,3 долларов США в 2010 году. (Детальное описание в Приложении 4)

Политика здравоохранения

Современная социальная политика с акцентом на потребности людей, была объявлена одним из приоритетов в 2007 году стратегии "Казахстан-2030" (Послание Президента РК, 2007). С тех пор наблюдаются положительные изменения, которые нашли отражение в государственных программах здравоохранения. Целью предыдущей программы на 2005-2010 годы было создание эффективной системы здравоохранения, основанной на солидарности и с акцентом на первичную медико-санитарную помощь и укрепление здоровья. Цель реализуемой Программы развития здравоохранения РК Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы еще более ориентирована на общественное здравоохранение, направлена на улучшение здоровья граждан Республики Казахстан для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. (Приложение 4).

Одним из ключевых политических изменений, с момента начала проекта является внедрение Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, заменив предыдущую Государственную программу реформы и развития здравоохранения РК на 2005 – 2010 годы. Новая программа была утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года. Она содержит три программных задачи:

- (1) укрепление межсекторального и межведомственного сотрудничества по вопросам, касающимся общественного здравоохранения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- (2) Развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения;
- (3) Улучшение медицинского и фармацевтического образования, развитие медицинской науки и фармацевтической деятельности.

Коллегия Минздрава в августе 2011 года по обсуждению начала реализации государственной программы развития здравоохранения "Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы" заключила, что начало программы прошло успешно. (Приложение 4, веб-сайт МЗ 2011). Национальный Координационный совет по здравоохранению под председательством Вице-премьер-министра и министра здравоохранения регулярно встречаются, чтобы сформировать консенсус в отношении будущих разработок в различных секторах, таких как образование, охрана окружающей среды и промышленность. Совет является важным форумом, чтобы включить здравоохранение в повестку дня Правительства для усиления широкосекторальных мероприятий для укрепления здоровья и благополучия людей Казахстана.

Казахстан проводит реформу системы здравоохранения, включая комплексные структурные изменения системы оказания медицинской помощи с целью укрепления первичной медико-санитарной помощи и реструктуризации больничного сектора. «Саламатты Қазақстан» (2011) отражает основные улучшения в предоставлении услуг, которые включают введение новых руководств по клинической практике, улучшение предоставления и использования лекарственных средств и улучшения качества в разработке политики с укреплением профилактики здоровья и снижения заболеваний. Реформа финансирования здравоохранения состоит из введения раздельной системы покупатель-поставщик и введения гарантированного

объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Расходы на здравоохранение на душу населения за последние годы увеличились с 8740 тенге в 2004 году до 30373 тенге в 2009 году. Процент расходов на здравоохранение в ВВП является низким по сравнению с европейскими странами (в среднем 5-7%) (табл. 1).

Таблица 1. Расходы на здравоохранение в Казахстане в 2000-2009				
	2000	2007	2008	2009
Расходы на здравоохранение, итого (% к ВВП)	4,2	3,4	3,9	4,5
Расходы на здравоохранение, государственные (% к ВВП)	2,1	1,8	2,3	2,7
Расходы на здравоохранение, частные (% к ВВП)	2,0	1,6	1,6	1,8
Расходы на здравоохранение, государственные (% от гос. расходов)	9,2	7,4	8,3	11,3

Источник: Индикаторы мирового развития 2011

С января 2010 Единая национальная система здравоохранения реализуется поэтапно с предоставлением для пациентов свободного выбора врача и медицинского учреждения, а также развития конкурентной среды для предоставления медицинских услуг. Переход организаций здравоохранения в государственные предприятия с экономической самостоятельностью, продолжается. Основные проблемы в секторе здравоохранения, связаны не столько с нехваткой ресурсов, сколько с низкой эффективностью их использования, то есть, на сегодняшний день, управление и финансирование здравоохранения сосредоточены на содержании сети здравоохранения, а не ее эффективности (Саламатты Қазақстан 2011)

Общественное здравоохранение

Общественное здравоохранение определено как наука и искусство в укреплении здоровья, профилактике заболеваний, увеличении продолжительности жизни, которые должны быть организованы усилиями всего общества.¹ В Казахстане эти функции выполняются различными агентствами, включая санитарно-эпидемиологическую службу, Центры ВИЧ/СПИД, Национальный центр здорового образа жизни, ПМСП и НПО. Наибольшей проблемой, преобладающей в секторе здравоохранения является разграничение функций координации, ролей и ответственности между различными агентствами, ответственными за мероприятия по общественному здоровью и укреплению здоровья (НІТ Kazakhstan 2007).

Демографическая ситуация.

В Казахстане, ожидаемая продолжительность жизни снизилась с 68,38 в 1990 году до 65,52 в 2000 году. С тех пор она растет и составила 68,43 в 2009 году. (Табл. 2) Цель текущей политики в области здравоохранения является увеличение продолжительности жизни до 69,5 к 2013 году и до 70 лет к 2015 году. Основными причинами смертности являются хронические неинфекционные болезни, такие как сердечнососудистые заболевания, рак и травматизм (дома, на работе и на дорогах). В Приложении 4 отражены основные демографические индикаторы Казахстана.

Таблица 2. Продолжительность жизни в РК, 1990 - 2009					
	1990	2000	2007	2008	2009
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, всего (годы)	68,34	65,52	66,50	67,02	68,43
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (годы)	73,10	71,10	72,60	72,40	73,50
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (годы)	63,80	60,20	60,70	61,90	63,60

¹ Понимается, что социально-политическая концепция направлена на улучшение здоровья, увеличение продолжительности и качества жизни и всего населения путем укрепления здоровья, профилактики болезней и других вмешательств в здравоохранении. (НІТ Kazakhstan 2007).

Источник: Индикаторы мирового развития 2011²

Укрепление здоровья и профилактика заболеваний.

Большинство общественных реформ в области здравоохранения в странах бывшего Советского Союза по-прежнему подчеркивают профилактику инфекционных заболеваний по иммунизации, эти усилия увенчались успехом в большинстве стран, в то время как неинфекционным заболеваниям в основном не уделялось достаточного внимания. (Более детально см. Приложение 4 и Maier & Martin-Moreno 2011). В тоже время Казахстан внедряет другие стратегии направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний как часть мероприятий по общественному здоровью. Программа "Саламатты Қазақстан" ясно подчеркивает, первичную и вторичную профилактику в качестве важнейшей проблемы для системы здравоохранения.

Несмотря на проводимые реформы, здоровье населения до сих пор не улучшилась существенно. В дополнение к низкой продолжительности жизни, проблемами являются высокая младенческая и материнская смертность, высокий уровень заболеваемости туберкулезом, и растущее бремя неинфекционных заболеваний. На самом деле, потребности здравоохранения быстро меняются, чтобы приблизиться к профилю европейских стран с высокой распространенностью хронических заболеваний и снижением бремени инфекционных заболеваний. В самом деле, когда общее бремя заболеваний анализируется с точки зрения нетрудоспособных лет жизни (DALY), Казахстан имеет почти в 3 раза больше потерянных лет жизни от хронических заболеваний по сравнению с инфекционными и неинфекционными заболеваниями. Сердечнососудистые заболевания занимают почти одну четвертую часть всех потерянных лет жизни. (Приложение 4). Это указывает на необходимость изменения политики в области здравоохранения, инвестиционной стратегии и плана действий, как с точки зрения предотвращения будущих хронических заболеваний, так и с точки зрения лечебных услуг с постепенным выделением ресурсов на профилактику этих заболеваний, которые влекут за собой наиболее тяжелое бремя для системы здравоохранения. Казахстан планирует создание новой структуры в составе санитарно-эпидемиологической службы. Другие агентства созданы и разделяют ответственность по общественному здравоохранению. Вновь созданный Республиканский центр по развитию здравоохранения (РЦРЗ) и ее филиалы является одним из них. J. Figueras, M. McKee and S. Lessof, Overview. In: J. Figueras, M. McKee, J. Cain and S. Lessof, Editors, Системы здравоохранения в переходном периоде: Изучение опыта, Европейская обсерватория Систем здравоохранения и Политики, Копенгаген (2004), стр. 13–32.

Услуги здравоохранения

Услуги здравоохранения в основном фрагментированы и не обеспечивают преимущественности лечения с отсутствием связи между первичной и вторичной медицинской помощью. Многие службы организованы в параллельных вертикальных структурах, таких как противотуберкулезная служба, санитарно-эпидемиологические службы или системы здравоохранения других ведомств, министерств и правительственных учреждений. Слабая горизонтальная интеграция услуг приводит к дублированию и неэффективности. Стандартизация оказания медицинских услуг и процессов, является одной из основных целей проводимых реформ здравоохранения. В 2009 году в Казахстане было 662 больничных коек, 307 врачей and 734 медсестер на 100 000 населения. Амбулаторно-поликлинические услуги предоставлялись около 3300 медицинскими организациями. На веб-сайте МЗ РК представлена детальная информация о количестве предоставляемых услуг в РК. (Веб-сайт МЗ РК 2011, Приложение 4).

² Статистика ВОЗ дает более низкие показатели: Продолжительность жизни в 2009 среди мужчин - 59, женщин - 70 в среднем - 64 (World Health Statistics 2011). Различие может быть в методах расчета.

2. ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ПРОЕКТА И ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Целью развития Проекта как указано в ДОП (2007) является *внедрение международных стандартов и создание долгосрочного институционального потенциала в МЗ и связанных с ним организаций здравоохранения в поддержку ключевых реформ в секторе здравоохранения, проводимой Правительством Республики Казахстан в контексте Государственной программы реформирования и развития здравоохранения*. Предшествующая Программа совместных экономических исследований (2003-2008) совместно финансируемая Правительством РК и Всемирным банком, определила ключевые области, которые сегодня включены в проект. При подготовке Государственной Программы развития здравоохранения на 2005-2010 годы, стало очевидно, что Министерство здравоохранения нуждается в широкой поддержке в реализации Программы. По этой причине в 2007 году ПРК попросило поддержку ВБ в реализации Государственной программы. Таким образом, Проект планировался полностью в соответствии с Государственной программой на 2005 – 2010 годы, все его компоненты были составной частью второго этапа реализации программы (2008-2010) и выгоды не диктовались, а вытекали из значительной приверженности клиента правительственной программе реформ и целям сектора. Проект предоставил поддержку политическим задачам и *существующим* компоненты Государственной программы реформы здравоохранения на 2005-2010 годы и не предполагает новых и/или отклоняющихся стратегий/задач (ДОП 2007).

С момента подготовки Документа по оценке проекта (2007) новая текущая государственная Программа по развитию здравоохранения Саламатты Қазақстан (Здоровый Казахстан) на 2011-2015 годы была утверждена в 2010 году³. Цели Программы находятся в соответствии с ЦРП, хотя Саламатты Қазақстан отличается от предыдущей Государственной программы реформы и развития здравоохранения на 2005-2010 годы. (Приложение 4). Саламатты Қазақстан направлена на развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) в качестве одного из приоритетных направлений Программы. Укрепление ЕНСЗ включает в себя совершенствование организации, управления и финансирования медицинских услуг, фармацевтической отрасли, медицинской науки и образования. Кроме того, программа подчеркивает усиление межсекторального и межведомственного сотрудничества в вопросах здравоохранения. Эти приоритеты, которые соответствуют ЦРП и компонентам, которые реализуются проектом.

По каждому из компонентов проекта в ДОП (2007) определены специфические цели. Они обсуждаются в разделе 3 отчета. Компоненты проекта следующие:

A. Финансирование и управление здравоохранением

A1. Повышение потенциала по формированию политики и функций закупок в здравоохранении

A2.1 Обучение управлением здравоохранения

A2.2 Реструктуризация сети организаций здравоохранения, автономия больниц и государственно-частные партнерства

B Повышение качества услуг здравоохранения

B1 Аккредитация: Модернизация стандартов аккредитации организаций здравоохранения

B2 Повышение качества клинической практики и внедрение оценки медицинских технологий

B3 Реформа лабораторной службы

B4 Реформа службы крови

C Реформа медицинского образования и науки

C1 Реформа медицинского и фармацевтического образования

C2 Реформа медицинской науки

D Развитие информационно-системы здравоохранения

E Реформа фармацевтической политики

F Безопасность пищевой продукции в рамках вступления в ВТО

³ Decree of the President of Republic of Kazakhstan November 29, 2010, No 1113.

G Управление проектом

Проект находится на пути достижения целей развития, хотя и отстает от графика. Партнерские компании и обширные обучающие мероприятия внесли свой вклад в повышение понимания важности международного опыта в области развития здравоохранения среди широкого профессионального сообщества в сфере здравоохранения.г.

Ключевые промежуточные результаты проекта были достигнуты во-первых, в области укрепления разработки политики, финансового планирования и управления. Принятие решений и управленческий потенциал Министерства здравоохранения и РЦРЗ были усилены за счет внедрения новых и укрепления уже имеющегося потенциала в области использования инвестиций, бюджетирования и инструментов финансового планирования (например, мастер-планов, НСЗ, КЗГ и дополнительного стимулирующего компонента), которые являются международно признанными. Практика управления, как ожидается, будет улучшена постепенно, как только 80 тренеров, подготовленных по проекту распространят дальше знания и укрепят навыки управления в медицинских учреждениях.

Во-вторых, результаты были также достигнуты в области улучшения качества медицинской помощи. Стандарты аккредитации (стационарное и амбулаторное; экстренная помощь/скорая помощь) завершены, и они проходят апробацию в настоящее время в отдельных медицинских учреждениях. Разработка и распространение руководств по клинической практике (РКП) принесли значительные результаты в плане укрепления потенциала и основы для адаптации РКП и их внедрения.

В-третьих, реформа додипломного и непрерывного медицинского образования нацеленная, например, на развитии модели управления образованием, создании системы обеспечения качества, внедрения инновационных технологий достигли предварительных результатов. Необходимость реформирования системы медицинского образования получила широкое признание. Обзор учебной программы общей практики последипломного образования был проведен и соответствующие рекомендации были даны, реформа процессов лицензирования и сертификации продолжается: было решено создать Республиканский центр оценки знаний и навыков для дальнейшего развития образовательных процессов.

В-четвертых, реформа фармацевтической политики идет полным ходом. Окончательный проект Национальной Лекарственной Политики подготовлен и будет обсужден в ноябре. Разработаны Программа по лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне и национальный формуляр для рационального использования лекарственных средств.

Наконец, три основных необходимых условия существуют для устойчивого продвижения компонента D: достаточный уровень институциональной, внедренческой и технологической готовности (Приложение 12, разделы 1.5 - 1.5. Общее выполнение компонента проекта). Хотя эти результаты не были достигнуты в рамках партнерского взаимодействия по компоненту D, все заинтересованные стороны имеют значительный прогресс в сравнении с началом проекта и достигли уровня, когда внешняя поддержка может быть эффективно использована и иметь прикладное значение.

3. СТАТУС РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА И ВЫПОЛНЕНИЕ

Процесс запуска проекта от подготовки ДОП в 2007 году до даты соглашения о займе 2 февраля 2008 года и ратификации 6 ноября 2008 года до официального старта проекта 27 февраля 2009 года и начала работы международных консультантов с апреля 2010 года был очень медленным из-за ряда причин, описанных ниже.

Подготовка ТЗ для партнерского взаимодействия началась еще в 2007 году, задолго до подписания соглашения о займе 2 февраля 2008 года. Процесс, однако, потребовал много времени, потому что со стороны Министерства здравоохранения в то время, как представляется, не было срочности в подготовке ТЗ, когда деньги займа были недоступны. Это вызвало задержки на очень ранней стадии проекта. Были также организационные проблемы, чтобы начать проект, а первый перевод займа ВБ был сделан только в августе 2009 года, так как соответствующий документ проекта и предлагаемые механизмы реализации постоянно пересматривались координатором проекта в Минздраве. До того времени ни заемные средства, ни бюджетные средства не были доступны. Это повлекло к существенным задержкам в реализации проекта. Кроме того, постоянные кадровые изменения в МЗ повлияли на задержки. До октября 2010 года несколько институциональных изменений имели место и три министра здравоохранения, три Координатора проекта в МЗ и в целом шесть директоров ДСР МЗ работали по проекту. Эти вызвало серьезные задержки с началом проекта.

Задержки вызваны также тем, что первоначальный штат ГППП был недостаточен с включением 8 человек, работающих в ГППП, а в самой начальной фазе только 3. Как только проект начался, стало ясно, что ГППП нужно больше человеческих ресурсов из-за отсутствия опыта в процедурах ВБ в МЗ и малого потенциала для подготовки ТЗ и технических спецификаций. Теперь штат сотрудников ГППП составляет 18 человек, что оправдано обширным объемом мероприятий по наращиванию потенциала, закупку оборудования и административной ответственности.

Дополнительные проблемы вызвали дело о коррупции в МЗ в сентябре 2010 года, когда министр здравоохранения был обвинен в коррупции. Хотя это не было связано с проектом это сказалось отрицательно прежде всего на проекте, потому что финансовая полиция также начала расследование проектной документации и это потребовало усилий сотрудников проекта. Наконец, процесс расследования привел к определенному нежеланию сотрудников МЗ подписывать документы, например, по закупкам. Из-за случая коррупции за последнее время МЗ прошло через десять различных расследований. Хотя ничего противозаконного обнаружено не было, это вызвало огромные задержки в реализации.

По этим причинам реализация всех компонентов проекта отстает от графика и проект будет иметь сложности завершить все мероприятия к концу проекта. Таким образом, цель развития проекта в соответствии с индикаторами результатов (ДОП 2007, стр.51) могут быть не достигнуты к запланированной дате завершения проекта 30 июня 2013 года.

Несмотря на задержки, несколько воодушевляющих мероприятий, как на республиканском, региональном и уровне организаций здравоохранения выполняются. Прогресс проекта несколько неравномерен, так как некоторые компоненты проходят успешно в соответствии с планом работы, другие напротив сталкиваются с проблемами в реализации. Оценка реализации каждого компонента проекта приводится ниже. Комментарии по конечным индикаторам как указано в ДОП (2007) приводятся там, где была необходимость их рассмотрения.

3.1. Компонент А. Финансирование и управление здравоохранением

Цель: Создание современной системы финансирования и управления здравоохранением, путем развития потенциала по стратегическим реформам финансирования здравоохранения на национальном уровне; развития потенциала покупателя среди областных управлений здравоохранения в качестве Единого плательщика; внедрения механизмов оплаты, мотивирующих поставщиков к оказанию рациональных, эффективных и высококачественных услуг населению; развитие потенциала по управлению в здравоохранении; модернизации планирования и инвестиционных стандартов в секторе здравоохранения; и введение современных инструментов формирования бюджета основанного на конечном результате, прогнозировании и мониторинге для обеспечения справедливого, рационального и эффективного распределения средств здравоохранения.

Мероприятия компонента А со всеми подкомпонентами связаны с реформами системы здравоохранения, по которым Минздрав стремится разработать области для сотрудничества. Подкомпоненты, предложенные в ДОП (2007) были реорганизованы в начале фазы реализации на три части, которые кратко описаны ниже. Хорошая координация и открытая коммуникация между подкомпонентами А1, А2.1. и А2.2. и международными компаниями по партнерскому взаимодействию привнесли важную дополнительную ценность для реформы системы финансирования и управления здравоохранения в Республике Казахстан. В рамках подкомпонентов организованы несколько совместных совещаний и семинаров и введена практика регулярного обмена информацией. Организовано пять учебных поездок за рубеж по вопросам финансирования и управления здравоохранением (Приложение 7).

3.1.1. Подкомпонент А 1. Повышение потенциала по формированию политики и стратегического планирования

Целью подкомпонента является усиление потенциала МЗ РК в разработке политике, мониторинге политики и финансирования сектора (ДОП 2007). Было запланировано (ДОП 2007), что этот компонент повысит качество принятия решений МЗ РК на основе партнерства МЗ РК с международно признанной организацией по политике для проведения экономического и политического анализа (включая небольшие упражнения на основе исследований) и разработке стратегических вариантов для реформы политики и развития бюджета сектора здравоохранения. В соответствии с ДОП 2007 в рамках подкомпонента должны быть предоставлены обучение, обучающие поездки и проведены специальные исследования для предоставления действенного вклада в принятие решений по вопросам финансирования. Подкомпонент также должен профинансировать специальные исследования, включающие помимо прочего, обследование здоровья домохозяйств, по неофициальным платежам, удовлетворенности поставщиков и пациентов, исследование по человеческим ресурсам.

Подкомпонент находится на пути к достижению целей. Повышение потенциала было продемонстрировано в ходе интервью с местными партнерами о том, указывая на то, что навыки использования различных инструментов политики, стратегии и бюджетного планирования были улучшены в МЗ и в РЦРЗ. Некоторые из инструментов и практик (например, использование бюджетного моделирования) в настоящее время в повседневном использовании в РЦРЗ. Это было достигнуто благодаря тесному сотрудничеству и консультативным отношениям между Казахстаном и международными партнерами по организации и проведению 12 учебных модулей по политике и стратегическому планированию, бюджетированию, оплатам услуг и финансовому контролю/аудиту. Другие подходы применены для развития потенциала РЦРЗ, включающие консультирование, наставничество, совместную работу по небольшим исследованиям (а) гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), (b) подходам при оплате за результат (P4P) , (c) методики выравнивания финансирования при оплате ПМСП, (d) Национальных счета здравоохранения (НСЗ) и (e) диагностически связанных группам (КЗГ).

Проект поддержал МЗ в планировании бюджета и отслеживании расходов посредством (а) предоставления инновационных инструментов для пересмотра и расчета стоимости ГОБМП и (б) внедрения с 2010 оплаты за результат с введением стимулирующих методов оплаты (P4P) в большей степени используя широко известные в мире вмешательства для поддержки улучшения качества. Также подготовлен ситуационный анализ финансирования ПМСП параллельно с (с) поддержкой проектом разработки методологии выравнивания трансфертов с центрального на областной уровень для ПМСП. В ходе работы методология обновляется для выравнивания трансфертов в 2011 году. Консультации были предоставлены для (д) институционализации НСЗ в Казахстане. Ожидается, что институционализация национальных счетов здравоохранения будет развиваться на базе Агентства по государственной статистике РК в качестве основной статистической системы национальных счетов. В процессе конкурсных торгов по Обзору состояния здоровья домохозяйств и Обследованию медицинских организаций, Поставщиков и пользователей медицинских услуг.

Проект также поддержал (е) разработку КЗГ для оплаты больничных услуг. Это включает вклад в разработку KAZ DRG V1 на основе «предыдущей версии КЗГ использованной в Казахстане, и в настоящее время тестируются в 10 больницах; обзор наилучшей международной практики по КЗГ; статистический анализ Kaz DRG V1; Разработка дорожной карты по введению КЗГ. Партнерское взаимодействие содействует процессам, начатым еще в 1990-х годах. Возмещение затрат на лечение с использованием КЗГ планируется к внедрению с 2012 года. В РЦРЗ создан небольшой отдел для разработки КЗГ, который совершенствует разработки, информирует регионы для связи с процессами реформы и лечебной сети.

Существенным вкладом в реформу системы здравоохранения является работа по модернизации организаций поставщиков. В основном фокус сделан на достижение большей автономии, детализацию юридических аспектов, в рамках которых модернизация должна быть проведена, а также разработку процессов оценки готовности к большей автономии, критерии оценки для определения каким образом может быть повышен потенциал поставщиков в расширении автономии. В связи с этим партнерская компания ОРМ помогла в создании механизма оплаты за результат не только для организаций, но также и для практических врачей, с разъяснением технических и юридических требований модели для вознаграждения и компенсации.

Сотрудничество между партнерскими компаниями хорошо структурировано, хотя есть гибкость в удовлетворении обращений иностранной партнерской компании, текущие потребности, возникающие у Минздрава, выходят немного за рамки согласованного задания.

Относительно достижения запланированных результатов (PAD 2007) разработка НСЗ в процессе и ожидается, что она будет институционализирована до конца Проекта, включая измерение улучшенной защиты от финансовых, которая упоминается как один из индикаторов результата в ДОП 2007.

Комментарии по индикаторам

Некоторые индикаторы, перечисленные в ДОП (2007), похоже, либо слишком амбициозными или относящимися к мероприятиям, запланированным по компоненту.

Индикатор «Увеличение доли расходов на здравоохранение на амбулаторное лечение до 40 процентов в областях, которые вводят полный пакет реформ» нереалистично, потому что (i) не существует определения «полного пакета реформ» и (ii) процент очень высок. Во многих странах он составляет 15-20% в зависимости от метода расчета. Кроме того, проект не направлен на укрепление ПМСП.

Индикатор «снижение на 10 процентов доли средств, затрачиваемых больницами на коммунальные услуги в областях, которые вводят полный пакет реформ» не соответствует мероприятиям проекта.

Индикаторы «20-процентное сокращение больничных коек на душу населения» и «Улучшенная защита от финансовых рисков» безусловно мониторят эффективность на уровне системы и организаций здравоохранения. Хотя количество больничных коек сокращено с 2008 по 2009 годы (Приложение 4 сложно показать, что сокращение произошло в рамках

Проекта, в особенности принимая во внимание, что соответствующие мероприятия в на основе партнерства финансируются менее, чем 1,5 года.

3.1.2. Подкомпонент А2.1. *Обучение управлению здравоохранением*

Целью данного подкомпонента является повышение потенциала поставщиков—в частности менеджеров больниц—в области управления предоставлением услуг эффективно, прозрачно и с высоким качеством, чтобы эффективно дополнять усилия по реструктуризации системы здравоохранения, развитию ЕИСЗ, улучшению качества здравоохранения и созданию потенциала и передачи технологии в финансировании, планировании, составлении бюджета и оплате услуг здравоохранения. Нарращивание потенциала в области управления здравоохранением является ключевым компонентом реформы здравоохранения, который влияет на весь процесс через его связи с финансовыми механизмами, улучшения качества услуг и администрирования медицинскими организациями. В соответствии с ДОП 2007 “Обучение менеджменту должно быть усилено путем:

- (i) определения и развития потенциала по менеджменту в здравоохранении в Казахстане в долгосрочной перспективе, что будет включать в себя развитие потенциала профессорско-преподавательского состава и обучающих материалов, а также создание филиалов тренинговых центров в 6 медицинских ВУЗах;
- (ii) предоставления углубленных курсов обучения, как за рубежом, так и на рабочем месте для руководителей больших и/или объединенных медучреждений, в особенности в областных центрах и
- (iii) создания официального набора квалификационных требований по управлению в здравоохранении, включая возможность прохождения магистратуры по управлению в здравоохранении.

Целью является повышение потенциала поставщиков, в частности менеджеров больниц, управлять услугами эффективно, как описано выше. Оценка достигнутых результатов:

(i) Центр менеджмента здравоохранением РЦРЗ создан, чтобы организовать обучение менеджеров здравоохранения на республиканском уровне. Центр будет дополнять обучение, предоставляемое другими организациями, такими как Институт общественного здравоохранения вместе с медицинскими университетами. Кроме того, медицинские университеты предоставляют преподавателей для вновь созданного учебного центра. Компания по партнерскому взаимодействию после проведения оценки потребностей начала обучать тренеров по управлению здравоохранения, чтобы в дальнейшем обучать главных врачей, экономистов и бухгалтеров в больницах. Несколько обучающих сессий и двухнедельное обучение в Будапеште, Венгрия были организованы для тренеров, которые, как ожидается, обучат 3000 медицинских работников по всей стране. К сентябрю 2011 года всего 80 тренеров были обучены. Участники курсов были очень довольны и получили свежую информацию и полезный международный опыт особенно во время учебного курса за рубежом.

(ii) Однако обучение тренеров, проведенное консалтинговой компанией в рамках партнерского взаимодействия в Казахстане, может быть интерпретировано только как отправная точка по-прежнему очень ценная в развитии подготовки управленческих медицинских кадров в Республике Казахстан. Имея в виду, что краткосрочный курс обучения каскадного типа может эффективно передавать основную информацию и знание об обучаемом предмете, будет трудно достичь реального улучшения навыков управления. Это может быть достигнуто только путем организации обучения, которое основано на долгосрочных мероприятиях, включая хорошо развитое электронное обучение. Организация краткосрочного обучения была требованием, отраженном в 2007. Центр менеджмента здравоохранением РЦРЗ работает с планами реализации такого обучения в будущем. В этом году Центр будет проводить однонедельные курсы по подготовке 380 менеджеров из региональных и местных медицинских организаций.

(iii) Компания по партнерскому взаимодействию подготовила учебный план и программу для обучения в магистратуре по менеджменту здравоохранения в соответствии с требованиями ДОП 2007 организовала обучение по базовым вопросам электронного обучения. Предоставление качественной информации об образовательных требованиях для преподавателей по э-обучению и е-программам и сравнение э-платформами для э-обучения с дают представление о необходимых действиях для создания программ э-обучения. Центр менеджмента здравоохранением РЦРЗ планирует использовать Moodle, инструмент для публичного пользования с открытой информацией, который применяется в ряде европейских университетов для обучения. Эта платформа, кажется, наиболее экономически эффективным вариантом. Большая часть работы по созданию системы подготовки управленческих кадров здравоохранения были хорошо и своевременно выполнена. Тем не менее остается работа для международной компании по партнерскому взаимодействию по настройке текущих процессов непрерывного образования в РЦРЗ и университетах, организующих курсы для менеджеров здравоохранения. Кроме того, эффективность с точки зрения совершенствования управленческих навыков на курсах должна быть оценена и остается внедрение магистерских программ по менеджменту здравоохранения МЗ РК/обучающими организациями.

Национальная стратегия развития человеческого потенциала в здравоохранении был подготовлена для Республики Казахстан на 2011-2015 годы. Кроме того, стандарты Казахстана разрабатываются для менеджеров здравоохранения, которые определяют и описывают знания, навыки и поведение, необходимые для менеджеров здравоохранения в их работе по предоставлению качественных услуг. Стандарты разрабатываются на основе международных стандартов управления. идея была, чтобы применить их ко всем организациям, линейным менеджерам, менеджеров высшего звена в области здравоохранения. Тем не менее, там, кажется, слишком смелые ожидания, так как стандарты рассматриваются только как проект местными партнерами. По словам местных участников проект стандартов должен быть адаптирован к местным условиям. Для этого консультант по партнерскому взаимодействию предложил в августе 2011 года провести пилотное тестирование казахстанских стандартов управления здравоохранением и оценить их до их реализации в системе здравоохранения Казахстана.

Комментарии по индикаторам

Цель обучить 3000 медицинских профессионалов по управлению здравоохранением до 30 июня 2013 года слишком амбициозна при условии, что обучение будет более глубоким, чем краткосрочные несколько дневные курсы обучения. Поэтому конечный индикатор должен быть изменен если только не будет продлен срок реализации проекта.

3.1.3. Подкомпонент А2-2. Инвестиционное планирование в секторе здравоохранения

Целью компонента является улучшение потенциала сектора здравоохранения в инвестиционном планировании на основе норм повышенных до международных стандартов, с учетом потребностей населения и стимулирования автономии больниц и государственно-частного партнерства в секторе здравоохранения. Движение в направлении финансирования результатов деятельности, контракты на выполнение работ, управленческая автономия и в некоторых случаях государственно-частные партнерства потребует большой сдвиг в культуре и практике для поставщиков здравоохранения. Этот компонент обеспечивает МЗ поддержку в реструктуризации системы здравоохранения и планировании инвестиций для улучшения инфраструктуры медицинских организаций и повышении эффективности использования ресурсов и оказании медицинских услуг в соответствии с международными стандартами.

Достижение модернизации инвестиционного планирования было предусмотрено (ДОП 2007) в три этапа:

(i) обновление стандартов планирования организаций здравоохранения в соответствии с международными и создание обоснованного комплексного набора стандартов планирования в формате «Атлас» ;

- (ii) Обучение МЗ РК и ОУЗ в проведении детального обзора существующей системы здравоохранения используя новые стандарты для определения дефицита, избытка и возможностей для рационализации, и
- (iii) проведение детального мастер-планирования в 4 областях на основе партнерского взаимодействия международного партнера и персонала МЗ/ОУЗ в ходе которого будут определены детальные возможности для рационализации и сформирован перечень приоритетных инвестиционных проектов.

Оценка достигнутых результатов:

Оценка рынка, сравнительный анализ, технико-экономическое обоснование, а также стандарты и руководящие принципы для планирования инфраструктуры здравоохранения были подготовлены и обсуждены с заинтересованными сторонами. Консультации по разработке мастер-планов для больниц предоставляются международным партнером МЗ РК и областным ОУЗ с комплексным анализом, интерпретацией и предоставлением рекомендаций относительно оптимизации больничной сети. Хотя на тренингах и консультациях по инвестиционному планированию используются конкретные примеры в областях, например планирование больничной сети в регионе, наибольшая польза для казахстанских партнеров заключается в возможности получения новых идей, видения, подходов и знаний каким образом обосновывать решения для будущих инвестиций.

Группа по оценке наблюдала изменения произошедшие в Акмолинском управлении здравоохранения и среди руководителей организаций здравоохранения в их готовности к сокращению избыточного коечного фонда и учреждений здравоохранения. Поразительный прогресс наблюдается в сравнении с началом Проекта, хотя критические голоса еще преобладают среди персонала больниц. Конкретным результатом этого компонента в Акмоле является мастер-план, подготовленный в сотрудничестве с ОУЗ Акмолинской области и международным партнером. Аналогичные планы будут подготовлены для всех областей в ходе Проекта. На семинаре в Астане 21 сентября обсуждались мастер-планы для 5 областей, что является существенным прогрессом в навыках инвестиционного планирования региональных представителей.

Кроме того, введение рейтинговой системы для определения уровня автономии больниц будет способствовать автономии поставщиков. Параллельно МЗ РК при поддержке международного партнера разрабатывает руководство по применению Государственно-частного партнерства (ГЧП) как механизма, дополняющего республиканский бюджет и местные бюджеты для будущих инвестиций в здравоохранение. Это один из возможных путей модернизации здравоохранения и, таким образом, необходим для инвестиций в реконструкцию медицинских организаций и строительства новых объектов. Первые шаги были недавно предприняты Центром ГЧП, Минздравом, чтобы начать пилотирование ГЧП-проектов в регионах. Есть, однако, разные взгляды на ГЧП в МЗ из-за очень специфической характеристики здравоохранения, не сопоставимой с обычными товарами.

Прогресс компонента очень хороший в сравнении с требованиями ДОП 2007 в достижении ожидаемых результатов, хотя существуют задержки из-за медленного, чем первоначально ожидалось, сбора данных и необходимого пересмотра для подготовки региональных мастер-планов. Компонент опаздывает на четыре месяца от первоначального плана.

Как результат проводимой работы, областные руководители неоднократно отмечали потребность в усилении первичного здравоохранения в областях. Более того, партнерская компания подчеркнула в рамках своей деятельности, что охват услугами ПМСП крайне ограничен во многих регионах так и не был разработан на основе семейного врача или врача общей практики (ВОП), модели, которая добилась успеха во многих странах в содействии улучшению здоровья.

Комментарии по индикаторам:

Индикатор "75-процентное увеличение доли государственных поставщиков медицинских услуг с учетом статуса РГП на ПХВ или приватизированного/преобразованного предприятия в АО с достижимой целью 6300 организаций" не измеряет улучшения потенциала сектора здравоохранения в планировании инвестиций на основе норм, повышенных до международных стандартов, что является целью компонента. Кроме того, компонент работает только в больничном секторе, не имея дело с другими поставщиками медицинских услуг. Индикатор должен быть изменен в соответствии с запланированными мероприятиями на оставшуюся часть проекта.

3.2. Компонент В. Улучшение качества медицинских услуг

Цель: повышение качества здравоохранения в Казахстане, поддерживая развитие системы аккредитации; укрепление потенциала страны чтобы развивать, распространять, оценивать и обновлять руководства клинической практики, основанные на доказательной медицине, позволяющие казахстанским специалистам выполнять оценку медицинских технологий с использованием международно-принятых стандартов, а также реформирования важнейших аспектов переливания крови.

Мероприятия проекта в этом компоненте связаны с направлениями развития здравоохранения описанными в правительственном документе «Саламатты Қазақстан » на 2011-2015 годы.

Подкомпоненты В1 (модернизация системы аккредитации организаций здравоохранения в соответствии с международными стандартами), В2 (Обновление клинической практики и введение ОМТ) и С1 (Реформа додипломного и непрерывного медицинского образования) реализуются одной и той же международной компанией CSIH. Необходимо подчеркнуть, что компания успешна в эффективной координации работы между подкомпонентами В1, В2 и С1. CHIS активно сотрудничает с другими международными партнерами (подкомпонент А1, подкомпонент В4 и компонент Е), а также отзывчива к потребностям заинтересованных сторон и зачастую выполняет дополнительные мероприятия, которые не включены в контракт.

3.2.1. Подкомпонент В1. Модернизация аккредитации организаций здравоохранения

Цели: модернизация системы аккредитации в соответствии с международными стандартами. Внедрение механизмов и проведение институциональных изменений для: (i) разработки и периодического обновления стандартов и процедур аккредитации (ii) аккредитации медицинских организаций на основе обновленных стандартах и процедурах и (iii) мониторинга и оценки системы аккредитации. Проведение аккредитации минимум 20 медицинских организаций к 2012 году. Этот подкомпонент, который начался осенью 2010 года, предназначен для обновления системы аккредитации в соответствии с международными стандартами. Мероприятия по проекту реализуются в соответствии с Государственной Программой Развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан 2011 – 2015»: Основными результатами деятельности являются:

Ситуационный анализ завершен в конце октября 2010 года. Рассмотрены и оценены все компоненты существующей программы аккредитации. Завершен обзор международных систем аккредитации. Эти два отчета послужили основой для подготовки рекомендаций по изменениям и совершенствованию существующей программы аккредитации, для достижения международных стандартов аккредитации Международного общества по качеству в здравоохранении (ISQua).

На основе ситуационного анализа разработана стратегия развития национального агентства по аккредитации. Стратегия рассматривает развитие независимого агентства аккредитации и разработки коммуникационного плана. Однако Министерством здравоохранения было принято решение в настоящее время не создавать независимое агентство, а разместить Центр аккредитации как отдел в структуре нового РЦПЗ. Из интервью, проведенного с руководителем данного отдела, нынешний правовой статус кажется удовлетворительным. Есть, однако,

несколько потребностей в дальнейшем развитии Центра, такие как увеличение числа сотрудников и развитие потенциала..

Проведен обзор процедуры (руководства) периодического обновления стандартов аккредитации.

Завершено обновление существующих стандартов аккредитации (для стационарного и амбулаторного лечения; неотложной/скорой помощи). Данные стандарты, а также пересмотренный процесс аккредитации, в настоящее время проходят тестирование в 5 больницах и дополнительно 15 медицинских организаций различного типа будут протестированы в 2012 году, для достижения цели аккредитации - 20 организаций здравоохранения, аккредитованных по обновленной программе к концу проекта. В октябре 2011 года будет проведена консультация по проекту новых стандартов для банков крови и служб переливания. Подготовлена стратегия распространения стандартов. Подготовлен план приоритетности и модернизации стандартов.

Разработана программа обучения менеджеров и местных исследователей по улучшению качества и аккредитации, которая предоставлена начальной группе и прошла предварительную апробацию. Дальнейшее тестирование пройдет в ближайшее время. Метод обучения тренеров большого числа руководителей и координаторов по качеству (450) и сюрвейеров (оценщиков) (450) был рекомендован и находится в стадии реализации. После завершения миссии в Казахстане и во время процесса написания отчета CSIH сообщила команде по оценке, что они провели совещание 29 сентября 2011 года с центром аккредитации. Консультанты CSIH обнаружили, что существует путаница и несоответствие между формулировкой индикаторов относительно обучения и ТЗ, предоставляемых консультантам. Эта путаница заключается в том, сколько сюрвейеров (оценщиков) должны быть обучены из 900 человек. Центр аккредитации считает, и консультант согласен, что было бы нереалистично ожидать 450 сюрвейеров к концу проекта (декабрь 2012 года).

Комментарии по индикаторам:

Индикатор «Обучение 160 работников и руководителей сектора здравоохранения вопросам повышения качества медицинских услуг и навыкам управления качеством в соответствии с международными стандартами; обучение 900 сюрвейеров/менеджеров качества».

Этот индикатор будет достигнут лишь частично. Новая учебная программа для обучения сюрвейеров сложна и должны быть выполнена под руководством и контролем Центра аккредитации для того, чтобы быть надлежащим образом выполненной. Метод "Обучение тренеров" реализуется и первые 22 тренеров были успешно обучены. Еще два тренинга будут проведены в период осени 2011 года и весной 2012 года. После того как эти тренинги будут проведены каскадные курсы обучения сюрвейеров могут начаться. Подсчитано, что только около 120 сюрвейеров будут необходимы до конца 2012 года. Было бы не эффективно преждевременно обучать слишком много сюрвейеров.

Первоначальный документ был подготовлен на том, как и какие индикаторы могут быть включены в процесс аккредитации для целей мониторинга и оценки. Будущая отчетность будет рассматривать, как оценить влияние аккредитации. Однако очень сжатые сроки проекта позволяют разработать все компоненты аккредитации, но там может быть не достаточно времени для их реализации в целях проведения надежной оценки воздействия продвинутого процесса аккредитации на систему здравоохранения в конце проекта. Предлагается компанией CSIH разработать процесс для выполнения такого анализа воздействия, когда будет завершено достаточное количество исследований по аккредитации в Республике Казахстан. Недавно разработанный процесс для завершения анализа воздействия затем может быть проверен, после того как пилотные исследования будут завершены в 2011 году (5 исследований) и 2012 (15 исследований)

Индикатор «Создание независимого органа аккредитации в соответствии с принципами Международного сообщества по качеству в здравоохранении (ISQUA) с последующей

аккредитацией им, по меньшей мере, 20 государственных организаций здравоохранения на республиканском и областном уровнях». Этот индикатор также будет достигнут лишь частично. Министерство здравоохранения приняло решение о размещении аккредитации в рамках РЦРЗ как отдел, чтобы не создавать независимое агентство.

3.2.2. Подкомпонент В2. Обновление клинической практики и введение оценки медицинских технологий

Цель: Создать систему непрерывного развития и анализа руководств по клинической практике, основанных на доказательной медицине; оказать поддержку разработке по 20 руководств по клинической практике, соответствующих международным стандартам, в каждой из пяти основных клинических специальностей; распечатать и распространить их и обучить как минимум 65% организаций здравоохранения по этим клиническим специальностям; сформировать потенциал из числа Казахстанских специалистов, способных проводить оценку медицинских технологий, и провести оценку 3-4 приоритетных технологий к 2012 году..

Мероприятия по проекту связаны с Государственной Программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015": РКП поддерживают развитие первичной медико-санитарной помощи по приоритетным тематикам (например, ОЗМиР), улучшение протоколов и стандартов оказания ПМСП, основанных на принципах доказательной медицины, повышение качества медицинских услуг, внедрение новых технологий.

Мероприятия по проекту продвигаются успешно. Они заключаются в следующем:

1. Создать систему непрерывной разработки, пересмотра и распространения руководств клинической практики (РКП). Работа в этой области уделяет особое внимание институциональному укреплению Центра стандартизации (ЦСиОМТ) и его роли в реализации РКП. Ключевым аспектом этого является создание сети центров доказательной медицины (СЦДМ), которые будут введены в 5 или 6 медицинских университетах в Казахстане, которые будут работать с ЦС для поддержки адаптации/разработки РКП и ОМТ.
2. Разработать методы процессов стандартизации на основе наилучшей международной практики и оказать практическую помощь в обеспечении их устойчивого развития. Мероприятия в этой области касаются разработки методов стандартизации медицинской помощи. Существует необходимость повышения потенциала в области разработки РКП и применения более практичного подхода, с использованием международно признанной наилучшей практики адаптации существующих РКП для системы здравоохранения Казахстана. Процесс адаптации РКП недавно получил официальное одобрение Министерством здравоохранения
3. Разработать и распространить по крайней мере 20 руководств клинической практики международных стандартов по каждой из пяти основных клинических специальностей. Разработка и распространение РКП добилась значительных результатов с точки зрения создания потенциала и это заложило основу для адаптации РКП и реализации. Проект стратегии реализации РКП была разработана.
4. Нарращивание потенциала казахстанских специалистов для проведения оценки медицинских технологий. В этой области мероприятия не прогрессирует, как в областях, описанных выше. Мероприятия по созданию потенциала (CSIH или те, которые финансируются Минздравом) вот-вот начнутся. Обучение тренеров (ТОТ) задерживается из-за материально-технических вопросов, связанных с задержкой оплаты и одобрения Министерством здравоохранения долгосрочного обучения за рубежом двух экспертов по ОМТ из ЦСиОМТ.
5. Внедрить принципы доказательной медицины в медицинском образовании. Ответственность по интеграции ДМ в медицинское образование была представлена партнерскими компаниями. Официальное создание ЦДМ имеет решающее значение для развития культуры ДМ, как и связь

с подкомпонентом С1 (Реформа медицинского образования) имеют решающее значение для успеха в этой области. Вопросы, связанные с отсутствием доступа к информации для поддержки ДМ (и РКП и ОМТ) были выявлены и признаны. Планируется провести 2-х дневный семинар с медицинскими библиотеками о том, как они могут поддержать ДМ для С1 и В2.

Цели этого подкомпонента находятся на пути достижения, но есть следующие комментарии по индикаторам.

Комментарии по индикаторам:

Индикатор “Практическое применение 60 процентов вновь разработанных РКП (включая заказ и интерпретацию лабораторных исследований, основанные на состоянии здоровья пациента). Внутренний процесс определения приоритетов, начат CSIH в январе 2011 года. Список 100 приоритетных РКП в настоящее время определен и систематическая адаптация РКП может начаться. Два РКП по Материнскому и детскому здоровью, которые были адаптированы для Казахстан в марте 2011 г., все еще ожидает одобрения экспертных комитетов МЗ это означает, что реализация пока не может начаться. Срок для адаптации, распространения, внедрения 60% вновь разработанных РКП представляется нереалистичным.

Индикатор “Разработка и пересмотр 20 ключевых РКП по каждой из пяти основных клинических специальностей.” Было согласовано с ЦСиОМТ и МЗ, что Казахстан будет сосредоточена на адаптации РКП на основе международных стандартов, а не развитии РКП с самого начала. Методология адаптации был недавно одобрена Минздравом и адаптация в соответствии с приоритетным списком МЗ в настоящее время может начаться. Из-за сроков этого проекта этот показатель может быть достигнут лишь частично.

Индикатор “Создание постоянной междисциплинарной команды, способной осуществлять «кабинетные» оценки медицинских технологий (ОМТ) и проведение, по крайней мере, 3 ОМТ по приоритетным тематикам». CSIH начал работу над компонентом ОМТ год назад, и несколько отчетов, методик, и планов по укреплению потенциала были произведены. Для достижения этого показателя требуется больше поддержки МЗ. Цели для компонента ОМТ все еще могут быть достигнуты с учетом своевременной и надлежащей поддержки со стороны МЗ и ЦСиОМТ.

3.2.3. Подкомпонент В3. Реформа лабораторной службы

Цель: Этот подкомпонент будет способствовать улучшению качества в лабораторной сети двумя способами: путем поддержки организационных реформ, реструктуризации сети и создания функции контроля качества для государственных и частных лабораторий (в том числе спецификации для оборудования, кадрового обеспечения, референс-лабораторий и программы профилактического содержания) путем повышения знаний и навыков посредством обучения и обучающих поездок для персонала лабораторий, руководителей и лиц, принимающих решения.

Мероприятия реформы лабораторной системы в настоящее время ограничены из-за того, что компания, отобранная для реализации запланированных мероприятий, отказалась от выполнения контракта в марте 2011 года. Оценочная комиссия решила пересмотреть ТЗ и предложила нанять консультантов для выполнения заданий в рамках концепции развития лаборатории (концепция находится в стадии разработки). ДОМП рекомендовал организовать конференцию, на которой совместно с различными заинтересованными лицами будут обсуждаться дальнейшие направления развития лабораторной службы. В ДОП (2007) референс-лаборатория предусмотрена (как центр по управлению качеством лабораторной службы). В настоящее время существует высокий риск того, что индикаторы компонента не будут достигнуты, так как решение о референс-лаборатории до сих пор не принято и выбор новых партнеров/консультантов все еще находится в процедуре отбора.

Комментарии по индикаторам:

Индикатор “План реструктуризации сети лабораторий включая оборудование и стандарты ЧР, описание службы и механизмы контроля качества” Оценочная комиссия решила пересмотреть ТЗ и предложила нанять консультантов для выполнения заданий в рамках концепции развития лаборатории (концепция находится в стадии разработки). ДОМП рекомендовал организовать конференцию, на которой совместно с различными заинтересованными лицами будут обсуждаться дальнейшие направления развития лабораторной службы.

Индикатор “11 обученных специалистов из нового центра управления качеством лабораторной службы”. Должен быть определен Центр менеджмента качества лабораторных услуг.

Во время среднесрочной оценки в сентябре был большой риск, что показатели компонента не будут достигнуты, так как решение о референс-лаборатории до сих пор не принято и выбор новых партнеров/консультантов в сроки подготовки настоящего отчета проходил процедуру отбора.

3.2.4. Подкомпонент В4. Реформа службы переливания крови

Цель: Сформировать эффективную, результативную службу переливания крови, которая будет обеспечивать стабильное обеспечение безопасной донорской кровью и ее компонентами, соответствующими международным стандартам, и которая будет стимулировать обоснованное использование этих продуктов в текущей медицинской практике, а также в случаях крупномасштабных катастроф, стихийных бедствий и конфликтных ситуаций.

Проект мероприятий в рамках данного подкомпонента в соответствии с положением контракта касающиеся технической помощи в:

- Реструктуризации текущей службы переливания крови Казахстана в хорошо организованную, систему с прочной правовой и нормативной базой, в соответствии с наилучшей международной практикой;
- Разработка эффективной программы добровольного донорства крови;
- Продвижение рационального использования крови к снижению ненужных переливаний и свести к минимуму риски, связанные с переливанием, использование альтернативных переливанию (где возможно) и безопасные клинические процедуры переливания;
- Внедрение эффективных систем качества крови и продуктов крови, в том числе управления качеством, разработка и внедрение стандартов качества, эффективной системы документации;
- Нарращивание потенциала в области службы переливания крови и безопасного использования крови для соответствующего персонала (например, руководителей, принимающих решение, менеджеров, лаборантов, врачей).

Деятельность по этому подкомпоненту проводится консалтинговой компанией HEAR Research BV совместно с Департаментом организации медицинской помощи Министерства здравоохранения, Национального центра крови с участием региональных центров крови. HEAR провел ситуационный анализ центров крови и медицинских организаций в отдельных регионах. Также были проведены несколько встреч по разработке стандартов аккредитации и было организовано обучение в отдельных областных центрах крови.

Комментарии по индикаторам:

Индикатор ” Повышение количества обученных специалистов службы крови и клинических трансфузиологов до 145” Центр крови г. Астаны отправлял своих специалистов для обучения по трансфузиологии за рубеж. Но потребности для обучения по-прежнему высоки.

Следующие показатели риска должны быть достигнуты в соответствии с ДОП:

Индикатор “Увеличение доли доноров на 1000 ч. населения”

Indicator “Повышение качества и эффективности скрининга доноров на этапах отбора и лабораторного скрининга”

Индикатор” Повышение соотношения добровольных доноров к оплачиваемым донорам”

Индикатор “Повышение доли карантинизированной плазмы”

Индикатор “Снижение доли посттрансфузионных осложнений”

Реформа системы переливания крови также сталкивается с проблемами, которые будут рассмотрены компаниями по партнерскому взаимодействию. Планируется, что техническая помощь будет предоставлена международной компанией по партнерскому взаимодействию. К сожалению, есть серьезные несоответствия в сотрудничестве с компаниями по партнерскому взаимодействию. Несмотря на это, центр крови Астаны являясь ведущей стороной в Казахстане независимо повышает потенциал своего персонала через обучение и стажировки за рубежом. Это ожидалось от международной компании по партнерскому взаимодействию, чтобы предоставить практические рекомендации по дальнейшему развитию службы крови. Рекомендации, предоставленные международным партнером, носят общий характер в соответствии с ожиданиями Центра крови в Астане.

Из-за нескольких расхождений, связанных с подходами и формами сотрудничества между партнерами существует высокий риск недостижения поставленных целей настоящего подкомпонента до конца проекта.

3.3. Компонент С. Реформа медицинского образования и медицинской науки

Цель: создание нескольких центров, укрепление кафедр информатики в высших медицинских учебных заведениях, а также развитие институционального потенциала по внедрению доказательной медицины в учебный процесс, предусмотренный в этом компоненте по институционализации реформ.

3.3.1. Подкомпонент С1. Реформа медицинского и фармацевтического додипломного и непрерывного медицинского образования

Цель: совершенствование критерии приема, учебного плана, методики обучения, учебных материалов, процедуры экзаменов, квалификации преподавателей и в целом структуры шести казахстанских медицинских университетов в соответствии с международными стандартами; проведение международной аккредитации, по крайней мере, одного медицинского университета; модернизация казахстанских процедур лицензирования/аттестации выпускников медицинских учебных заведений, и совершенствование и институционализация непрерывного медицинского образования в Республике Казахстан.

Контракт с партнерской компанией был подписан в июле 2010. Мероприятия в рамках этого компонента:

(1) Разработка модели управления медицинским образованием. Партнерская компания определила надлежащую практику управления и рекомендовала оценку текущего потенциала менеджеров, анализ результатов и разработку программы по укреплению и повышению навыков и компетенций менеджеров. Это также требует четкой классификации ролей и функций, которые четко определяют необходимость управления. Министерство здравоохранения, Республиканский центр инновационных технологий медицинского образования и науки (РЦИТМОИ), представители медицинских вузов и CSIH разработали совместно инструмент самооценки для руководителей и это было реализовано. Результаты будут проанализированы консультантами CSIH.

План развития потенциала менеджеров, реализация плана, стратегия и учебный план, которые будут поддерживать будущее систематическое образование и обучение менеджменту будут подготовлены. Стратегия должна соответствовать и основываться на программе управления

здравоохранением, разработанной EPOS и партнерами, чтобы избежать дублирования. CSIH будет также работать со своими партнерами, чтобы разработать политику, которая будет способствовать развитию менеджмента медицинского и медсестринского образования.

(2) модель поступления в медицинские высшие учебные заведения. Были проведены многочисленные беседы с руководителями медицинского образования касательно необходимости изучения личных качеств кандидатов, желающих стать медицинскими работниками. Было настоятельно рекомендовано, что некоторые формы контроля необходимо ввести в действие. CSIH подготовлены рекомендации по введению множественного мини-интервью (ММИ) для студентов с участием профессорско-преподавательского состава в процедуре приема и отбора кандидатов. Для того чтобы ввести ММИ требуется внести изменения в законодательную нормативную базу, разработать и апробировать сценарии, организовать обучение по подготовке достаточного количества интервьюеров из преподавательского состава высших учебных заведений, и установления сроков обучения и т.д. Планируется разработать сценарии, организацию ММИ в качестве пилотного проекта для студентов, обучающихся на договорной основе.

3) Создание системы обеспечения качества медицинского образования в Республике Казахстан. Канадские эксперты дали высокую оценку институциональных стандартов аккредитации, которые были разработаны на основе стандартов ВФМО, были даны практические рекомендации по совершенствованию национальных стандартов в контексте обеспечения преемственности додипломного и последипломного медицинского образования. Схематическая модель постоянного улучшения качества рекомендуется, где лицензирование и сертификация специалистов играет ключевую роль в продвижении непрерывного улучшения качества.

(4) Внедрение инновационных технологий в медицинском образовании. Был проведен ряд рабочих совещаний и семинаров по использованию технологий в преподавании на всем протяжении медицинского образования. Есть план повышения потенциала для развития профессорско-преподавательского состава и инновационных технологий. Тем не менее, они находятся на очень ранней стадии развития и требуют приверженности университетов в создании официальных центров медицинского образования и назначении директоров медицинских образовательных технологий. Директоры медицинских образовательных технологий должны быть тесно связаны с центрами медицинского образования. Как только в начале этой осени (2011) будет разработан документ развития основных компетенций преподавателей с функциональным планом, центры должны иметь большую поддержку, чтобы развернуть план.

Обзор существующих библиотек медицинских университетов, показал очень ограниченную возможность доступа к «текущей» информации для поддержки медицинского образования и мероприятий доказательной медицины. Библиотекам необходимо расширить доступ к высокоскоростному интернету и доступ к более широкой коллекции медицинских баз данных и журналов. Сотрудникам библиотек необходимо повышать потенциал в понимании потребности меняющейся среды медицинского образования и методов доказательной медицины

(5) Последипломное медицинское образование (ПДМО). Для последипломного медицинского образования были описаны системы для разработки программ ПДМО. Были определены типовые требования к поступлению. Был проведен обзор учебной программы общей врачебной практики и были даны рекомендации о том, как улучшить программу. Было описано развитие новых программ резидентуры, включая их управление, структуру, учебные программы, и протоколы оценки. Недавно CHIS провел семинар на тему «Администрирование, управление и внедрение программ аккредитации для тренеров последипломного образования». Индикаторы мониторинга программ резидентуры находятся в разработке.

(6) Реформа процессов лицензирования и сертификации. Повышение потенциала по лицензированию и сертификации привело к ключевым взаимодействиям с должностными лицами Министерства здравоохранения, что прояснило модель развития качества медицинской

карьеру в Казахстане. Используя эту модель качества, вместе партнеры определили основные этапы и политику: законодательные основы и структурные элементы Республиканского центра оценки знаний и навыков (РЦОЗН), планы объектов в г. Астане и г. Алматы, структуру управления РЦОЗН и первоначальное кадровое обеспечение и физические требования, его потребности в оборудовании для оценки практических навыков (с использованием объективного структурированного клинического экзамена - ОСКЭ) с целью оценки клинических и коммуникативных навыков; использование симуляционных моделей для безопасности пациентов, а также потребностей в оборудовании по обеспечению безопасности. Первая реформированная программа по сертификации на 2011-2014 гг. будет по общей медицине с использованием для оценки программы интернатуры, в качестве пилотной модели. Общая хирургия будет следующей целью сертификации.

Инструкции для обучения персонала и проведения экзаменов по типу ОСКЭ были получены из Медицинского Совета Канады и будут служить в качестве шаблона для РЦОЗН. Была предложена стандартная модель (шаблон) для сертификации всех программ и используется. Но разработка стандартов сертификации обучаемых программ будет только после внедрения программ оценки практических навыков по 2 общим специальностям в 2012-2014 годах. Были разработаны технические спецификации для библиотечных, коммуникационных, информационных ресурсов РЦОЗН. Семинар по лицензированию и сертификации был организован в сентябре 2011 года.

Комментарии по индикаторам

Индикатор "Принятие международных стандартов аккредитации базового медицинского образования для медицинских университетов": В 2010 году, четыре медицинских университета провели самооценку и обзор внешних консультантов ВФМО подтвердил, что Казахстан имеет прогресс в развитии его системы аккредитации медицинского образования. CSIH предоставила рекомендации по совершенствованию существующих стандартов додипломного медицинского образования и разработки местной экспертизы в применении и интерпретации стандартов. Работа предоставляемая CSIH относится к последипломному обучению только на самом высоком уровне, что является предоставлением информации о наилучшей международной практике, общей информации о требованиях к программе и критериях к поступлению. Недавно был организован 2-дневный семинар по аккредитации для тренеров последипломного образования. Это только начальная работа и много другой работы необходимо провести, чтобы убедиться в том, что готовы к реализации программ резидентуры к 2014 году

Индикатор "Разработка и утверждение законодательной/институциональной/финансовой основы устойчивой постоянной системы непрерывного медицинского образования": В рамках контракта CIHS по C1 есть только одна отчетность, относящаяся к непрерывному медицинскому образованию "Разработка нормативно-правовой базы по углубленному обучению и непрерывному медицинскому образованию». Рамки этого технического задания недостаточны для поддержки партнерского взаимодействия в достижении этого результата. Этот индикатор будет достигнут частично.

Индикатор "Использование всеми государственными медицинскими университетами новых учебных планов для медицинского и фармацевтического образования наряду с унифицированной системой тестирования и модернизированными/усовершенствованными критериями для зачисления": Министерство здравоохранения планирует осуществлять программы резидентуры по общей медицине и общей хирургии в 2014 году. CSIH сейчас работает над рассмотрением учебной программы для последипломного образования по общей медицине, но много дополнительной работы необходимо будет провести по обучению руководителей медицинского образования, развитию профессорско-преподавательского состава, разработке программ, разработке стандартов аккредитации и т.д. до того, как будет начата реализация. Очень маловероятно, что последипломная программа, которая соответствует международным стандартам, может быть реализована в короткий период времени. Вопрос о требованиях к поступлению требует еще большего внимания, так как объем претендентов в медицинские вузы представляет собой серьезную проблему для внедрения

системы приема, которая будет оценивать некогнитивные компетенции. Это потребует принятия решений на высоком уровне о количестве обученных врачей и критериев для поступления (которые в настоящее время базируются в основном на едином национальном экзамене) для решения этой проблемы, а также практической работы на университетском уровне, для эффективного улучшения системы приема.

Индикатор “Обучение всех членов преподавательского состава по клиническим специальностям в новых центрах ДМ”: Мероприятия, связанные с созданием Центров доказательной медицины включены в Подкомпонент В-2, для которого СИС также осуществляет партнерское взаимодействие. До сих пор нет никакого прогресса в официальном утверждении Центров доказательной медицины Министерством здравоохранения. Однако, большинство Центров доказательной медицины проводили обучение профессорско-преподавательского состава по ДМ в разной степени. Содержание учебных программ по ДМ для студентов и преподавателей в настоящее время рассматривается в подкомпоненте В-2 и рекомендации будут сделаны для улучшения на основе наилучшей международной практики.

Индикатор ”1500 врачей аттестовано/повторно аттестовано в соответствии с новыми разработанными правилами по лицензированию, основанными на международных стандартах”: Проведенная работа СИС дает рекомендации и план повышения потенциала, которые будут способствовать развитию основы для сертификации врачей и эффективному созданию Республиканского центра оценки знаний и навыков. В рамках контракта некоторые общие мероприятия по повышению потенциала были проведены. Этот индикатор находится в группе риска по достижению. Согласно информации, полученной от СИС достижение этого индикатора является нереалистичным, с точки зрения ожиданий за такой короткий промежуток времени и несколько лет работы потребуется до того, как начать сертификацию врачей в рамках новой системы.

3.3.2. Подкомпонент С2. Реформа медицинской науки

Цель: совершенствование системы научных исследований в области медицинских наук и общественного здравоохранения на основе лучшего международного опыта в плане финансирования исследований, определения их приоритетов и осуществления, а также формирование конкурентоспособной на мировом уровне научной общественности в области здравоохранения.

Реализация этого подкомпонента осуществляется через Республиканский центр инновационных технологий медицинского образования и науки (РЦИТМОН). Решением Ученого Совета МЗ в 2010 году определены приоритеты медицинской науки:

- Окружающая среда и здравоохранение
- Активное долголетие (продления жизни и омоложения)
- Регенеративная медицина (клеточные технологии и искусственные органы)
- Технологии защиты здоровья ребенка и репродуктивного здоровья
- Технологии по предотвращению преждевременной смерти и потери трудоспособности из-за болезней и травм
- Технологии профилактики и снижения бремени социально значимых хронических инфекционных заболеваний.

Комментарии по индикаторам:

Индикатор” Разработка механизма по установлению приоритетности и рецензированию медицинских исследований и присуждение конкурсных грантов в соответствии с международными стандартами». Приоритеты определены.

Индикатор “Оценка и вынесение решений по 100 процентам новых исследовательских грантов/заявок в соответствии с пересмотренными методологиями финансирования». Методология нового финансирования находится в стадии разработки. В 2010 году 20

специалистов прошли обучение в Канаде по управлению и финансированию медицинской науки.

Как только отобранная компания установит контакт с партнером в Казахстане и начнет работу, цели проекта могут быть достигнуты. Причины задержки не ясны для группы по оценке. Если компания-партнер не сможет запустить проект в ближайшее время, может возникнуть риск недостижения поставленных целей или даже привести к прекращению контракта

3.4. Компонент D. Развитие информационной системы здравоохранения

Цель состоит в разработке основ совершенствования существующей ЕИСЗ на основе *международных стандартов*, которые будут включать в себя требования комплексного развития информационной системы, состоящей из управления пациентами, ресурсами и модулями финансового управления, и направленной на *улучшение обслуживания пациентов и повышение эффективности управления, а также в создании устойчивой институциональной базы для дальнейшего развертывания системы и для обеспечения долгосрочной технической и эксплуатационной устойчивости.*

Развитие ЕИСЗ проходило практически без внешней международной поддержки и как результат работа по стандартизации была незначительна. В дополнение к этому главному недостатку последующие задержки в реализации всего проекта привели к отсутствию прогресса в контексте создания новых инструментов управления здравоохранением в ЕИСЗ или в механизмах оценки для *улучшения обслуживания населения и повышения эффективности управления.*

В связи с этим для *создания устойчивых институциональной основы, обеспечивающей долгосрочную операционную устойчивость, ЦИЗ был создан и работал под руководством и в составе РЦРЗ.* Однако ЦИЗ как и другие технические центры в РЦРЗ или в других местах имеют небольшое отставание для углубленного использования информационных систем в здравоохранении. В связи с функциональностью, не включая фрагментированность старых приложений, ЦИЗ использует платформу для обмена данными, собираемыми у пилотных поставщиков и агрегирует эти данные для будущей переработки в статистическую информацию, требуемую МЗ РК. Необходимая функциональность еще не внедрена для мониторинга финансов и качества, организации имеют небольшой спрос на такую информацию и институциональная основа также как и регуляторные рамки еще не были протестированы (см. Приложение 12)

Состояние реализации

Для выполнения задания в рамках этого компонента контракт с партнером в апреле 2010 года на 12 месяцев был заключен, чтобы обеспечить МЗ техническую и методическую помощь в совершенствовании ЕИСЗ на основе международных стандартов, включая модули управления пациентами, ресурсов и финансового управления и создания устойчивой институциональной базы для дальнейшего развертывания системы и для обеспечения долгосрочной технической и эксплуатационной устойчивости.

В сентябре 2010 года, а затем в апреле 2011 года, оценка прогресса этого консалтинга и его внешнего партнера, было проведено ГПРП и рабочей группой, и они заключили, что отчетность (за исключением первоначального отчета об оценке) были общего характера, не имели практического применения, поэтому не способствовали цели проекта, как это определено выше.

Несмотря на задержки в выполнении контракта и отсутствии средств на операционные расходы ЦИЗ в первом квартале 2011 года, во время первой половине 2011 года работа осуществлялась работа по развитию ЕИСЗ в Республике Казахстан, управлению проектом ЕИСЗ, обновлению и поддержке нормативно справочной информации ЕИСЗ, а также техническому обслуживанию

медицинской информации, систем и ресурсов. В 2011 ЦИЗ вошел в состав РЦРЗ и усилия по непрерывному развитию прилагаются по всем направлениям.

Что касается поддержки, которую компания-консультант должна была обеспечить, работа не продолжилась, т.к. партнер сообщил, что отчетность по первой фазе контракта представлена в Министерство здравоохранения, но нет оплаты. В то же время, срок реализации контракта истек.

В феврале 2011 миссия ВБ сообщила о медленном продвижении в реализации контракта в связи с низким уровнем коммуникации и непонимания реальных потребностей клиента. В апреле 2011 года было согласовано, что после консультаций с юридическим департаментом Министерства здравоохранения, будет рассмотрен вопрос о возможности частичной оплаты контракта на основе приемлемых результатов.

Комментарии по индикаторам

Индикаторы результатов отраженные в ДОП, 2007 имеющие отношение к компоненту D, партнерским механизмам и последующим отчетам, не соответствуют преследуемым целям развития как проекта так и по компоненту. Они определяют контекст для реализации компонента D. Более специфичны ожидаемые результаты от реализации компонента включают демонстрацию увеличивающегося национального институционального потенциала для обеспечения функциональной устойчивости ЕИСЗ. Однако установленные индикаторы не могут измерять эффективность, как например, качество. Вместо этого они фокусируются только на технологиях и обучении пользователей по вводу данных. Поэтому мониторинг и оценка прогресса проходят без четких целей в соответствии с ЦРП.

3.5. Компонент Е. Реформа фармацевтической политики

Цель: внедрение наилучшей международной практики в систему льготного лекарственного обеспечения Республики Казахстан; повышение эффективности закупок, снижение цен и улучшение качества лекарственного обеспечения, а также внедрение современных методов непрерывного мониторинга фармацевтического сектора.

Проект по данному компоненту начался в октябре 2010 года. Мероприятия проекта гармонизированы с Государственной программой "Саламатты Казахстан на 2011-2015 годы".

Мероприятиями проекта по данному компоненту являются:

(1) Разработка новой Национальной фармацевтической политики. Подготовлен проект Национальной фармацевтической политики (НФП). Проект НФП будет обсужден в ноябре т.г. Проект НФП основан на проведенном ситуационном анализе и наилучшей международной практике. Предварительный проект Перечня лекарственных средств для обеспечения на амбулаторном уровне представлен на обсуждение МЗ (рассматривается в МЗ). индикаторы мониторинга и оценки Национальной фармацевтической политики разработаны и представлены в МЗ.

(2) Улучшение формулярной системы и предоставление объективной информации о лекарственных средствах для пациентов и медицинских работников. Контрольные результаты подготовлены и на основании полученных данных разрабатываются необходимые материалы. Проведены следующие мероприятия:

- Проведены аналитический обзор международной практики, оценка и подготовлены рекомендации по совершенствованию Национальной формулярной системы.
- Разработана методология отбора лекарственных средств для Национального формулярного справочника и оказана помощь в ее формировании.
- Подготовлен предварительный проект Национального формуляра.

- Подготовлен детальный план повышения потенциала для членов формулярно-терапевтических комитетов (формулярных комиссий (ФТК), учебные планы и материалы (План повышения потенциала на 2011 год и 2012-2013 годы)
- Обучено 20 тренеров по формулярной системе (программа обучения и учебные материалы) для персонала формулярно-терапевтических комитетов (формулярных комиссий) (ФТК), подготовлено руководство для углубленного курса по обучению тренеров в 2012 году.
- Проведены четыре региональных тренинга для 80 участников (20 в каждом регионе) по реализации формулярной системы в июне и июле 2011 года.
- Подготовлен дизайн исследования по рациональному использованию лекарственных средств, качеству и доступности лекарственных средств на рынке, и разработаны механизмы содействия рациональному использованию лекарственных средств в повседневной практике.
- Обучены сборщики данных и проведены исследования.
- Подготовлен отчет по рациональному использованию лекарственных средств, качеству и доступности лекарственных средств на рынке и представлены заключение и рекомендации.
- Разработано Руководство по методологии и детальному плану контроля качества лекарственных средств на рынке и системы фармнадзора
- Структура и содержание публикуемой информации и дизайн веб-сайта, ТЗ на разработку веб-сайта (отчет и ТЗ)
- Разработан План повышения потенциала и проведен семинар для персонала ЛИЦ в 2011 году и подготовлены предложения для их дальнейшего обучения в 2012 – 2013 гг.
- План повышения потенциала и учебные программы, материалы для обучения для до- и последипломного обучения по рациональному использованию лекарственных средств, включая электронное обучение. Проведен двухдневный семинар для 27 тренеров.

Есть много текущих мероприятий, таких как разработка руководства по мониторингу и оценке системы рационального использования лекарственных средств и их применения в повседневной практике, разработка детального плана стратегии реализации и методологии по системе контроля качества на рынке мониторинга фармнадзора, обучение по рациональному использованию лекарственных средств (в том числе электронного обучения) и обучения тренеров по формулярной системе для членов формулярно-терапевтических комитетов (формулярных комиссий (ФТК)).

(3) Совершенствование системы амбулаторного лекарственного обеспечения в соответствии с наилучшей международной практикой в области улучшения физической и экономической доступности лекарственных средств. Проведены следующие мероприятия:

- Рекомендации по оптимизации и совершенствованию разработки и внедрения механизмов амбулаторного лекарственного обеспечения (АЛО), включая планирование, финансирование и возмещение затрат на лекарственные средства на основе наилучшей международной практики и с учетом особенностей Республики Казахстан.
- Семинар по стратегиям реализации обновленного АЛО
- Разработка индикаторов АЛО для оценки
- Техническое задание для управления АЛО и совершенствование программного обеспечения возмещения затрат АЛО

Отчет об оценке АЛО и рекомендации по прогрессу развития будет подготовлены в 2012 году

(4) Совершенствование системы обеспечения качества лекарственных средств и оказание технической помощи для аккредитации фармацевтической аналитической лаборатории (Испытательного центра РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники») в соответствии с международными стандартами. Проведены следующие мероприятия:

- Аналитический обзор регуляторных механизмов и рекомендаций по обновлению стандартов в системе регистрации лекарственных средств.
- Обзор системы обеспечения качества лекарственных средств и рекомендации по ее совершенствованию на основе международной практики.
- Стратегия реализации и подробный операционный план для совместной подготовки аккредитации Национальной лаборатории по контролю за лекарственными средствами - Испытательного центра (ИЦ) в соответствии с международными стандартами для улучшения его организационной инфраструктуры, система менеджмента качества, квалификационные требования, требования к помещениям и окружающей среде испытательных лабораторий; план повышения потенциала на основе квалификации и опыта специалистов.
- Технические спецификации для закупок лабораторного оборудования и расходных материалов в соответствии с требованиями международных стандартов ИЦ.
- Ситуационный анализ АО контрафактным и низкокачественным лекарственным средствам

Текущая деятельность по проекту в данной области связана с системой и процедурами регистрации лекарственных средств, закупками, регуляторными механизмами законодательства по регистрации лекарственных средств, разработкой руководств по выявлению, устранению и уничтожению контрафактных и низкокачественных лекарственных средств. Подготовка Руководств и стандартов операционных процедур, руководства по стандартизации системы менеджмента качества и справочника по стандартным операционным процедурам для ИЦ задерживается

(5) Внедрение современной системы менеджмента и мониторинга фармацевтической продукции

Проведены следующие мероприятия:

- Ситуационный анализ ценообразования и использования лекарственных средств
- Руководство по планированию и финансированию системы лекарственного обеспечения.
- Обзор и руководство по планированию и финансированию системы лекарственного обеспечения, а также рекомендации по ее совершенствованию
- Разработана стратегия информационной кампании по продвижению рационального и безопасного использования лекарственных средств.

Проводится исследование ценообразования на лекарственные средства, оценка государственных закупочных цен, цен на амбулаторном и стационарном уровнях и физическая доступность в разрезе 6 пилотных регионов страны, ценовой доступности стандартного медикаментозного лечения и ценовых составляющих на различных этапах цепочки поставок от производителя к потребителю. По состоянию на 30 сентября 2011 года, данные по ценам и доступности были собраны и внесены в автоматизированный формат Excel, и начат процесс проверки данных.

Предстоит сделать еще большой объем работы, связанные с ценообразованием, мониторингом обращения и использования лекарственных средств со стратегическим планом развития. Большинство отчетов, связанных с мероприятиями в этой области были перенесены на следующий год.

Комментарии по индикаторам:

Индикатор "Увеличение доли врачей, имеющих доступ к информационным лекарственным центрам". Этот индикатор надо переформулировать с уточнением понятия «доступ»? Если ли ЛИЦ в одной и той же области? Или проинформированы ли врачи или получили ли они информацию?

Индикатор ” Повсеместное распространение Национального формулярного справочника среди организаций здравоохранения”: В соответствии с информацией полученной от компании ЕНГ это мероприятие отсутствует в контракте.

Индикатор ” Увеличение до 12 числа дипломированных клинических фармакологов и до 50 числа врачей, имеющих сертификаты по фармакологии. Учебная программа должна быть разработана для такого обучения, весь процесс может занять до 3 лет.

Индикатор” Создание подразделения по ценообразованию, изучающего цены на лекарственные средства на местном уровне в сравнении с зарубежными ценами на основе методологии ВОЗ ” Вопрос находится на стадии обсуждения в МЗ и ожидается его решение.

Индикатор ” Увеличение количества аптек, отпускающие медикаменты по льготным ценам” количество аптек на амбулаторном уровне было увеличено (в 2008 - 595 , в 2010 -1971 , к концу проекта - 1170)

Индикатор ” Увеличение доступа аптек к 90% лекарственных средств (по сниженным ценам) в рамках утвержденного списка” достигнуто. в рамках утвержденного перечня” достигнуто. Многие аптеки предлагают 80-100% лекарственных препаратов из амбулаторного перечня.

Индикатор ” Снижение доли контрафактных и низкокачественных лекарственных средств” трудно измерить. Нет полномочий по отбору, проверке и проведению обзора.

Мероприятия в рамках компонента Е (Реформа фармацевтического сектора) являются более комплексными, и они охватывают все аспекты реформы фармацевтического сектора. Было сделано много работы в этой области. По некоторым мероприятиям были внесены изменения в контракте (два эксперта покинули проект и была большая нагрузка работы на других экспертов). Несмотря на задержки по разным причинам отмечается прогресс в деятельности проекта и от МЗ и ГПРП были получены весьма положительные отзывы о развитии и достижениях проекта.

3.6. Компонент F. Безопасность пищевой продукции в рамках вступления в ВТО

Цель: поддержка разработки и внедрения надежных, эффективных и международно принятой системы для обеспечения безопасности пищевых продуктов в соответствие с требованиями ВТО.

Проект по этому компоненте начался в сентябре 2010 года. В рамках этого компонента являются:

- Разработка Национальной стратегии контроля пищевой продукции
- Модернизация системы контроля безопасности пищевой продукции органами СЭН
- Поддержка структурных изменений в системе управления контроля пищевой продукции
- Гармонизация стандартов и разработка правил/законов
- Укрепление лабораторной службы СЭС
- информации о мониторинге безопасности пищевых продуктов

Все вышеописанные цели и мероприятия соответствуют требованиям ВТО. Соглашение по применению санитарных и фитосанитарных мер является одним из обязательных соглашений ВТО. Для Правительства Республики Казахстан, вступление в ВТО является одним из приоритетов (Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы).

Три основные области политики будут трансформированы при вступлении в ВТО: доступ к рынкам, экспортные субсидии и внутренняя поддержка (субсидирование). Кроме того,

стандарты технических барьеров в торговле (ТБТ), санитарные и фитосанитарные нормы (SPS) и меры продовольственной безопасности должны быть гармонизированы.

Проект начался в сентябре 2010. Евро Consultants (ЕК) провела очень всестороннюю оценку ситуации системы контроля пищевой продукции Республики Казахстан.

В рамках компонента F на первом этапе проекта все соответствующие правовые и нормативные документы были пересмотрены и находятся в процессе согласования в соответствии с международными стандартами. Кроме того, многие программные документы были пересмотрены и разработаны. Большинство из них в виде проекта ждет одобрения со стороны Министерства здравоохранения и соответствующих министерств. Много было сделано в области создания потенциала с целью повышения квалификации санитарных врачей, лаборантов и менеджеров.

Налажено сотрудничество с ФАО, ВОЗ и Комиссия Кодекса Алиментариус (ККА). С Секретариатом 22 стандартов на продукты питания были получены и переданы органам государственного стандарта для гармонизации национальных стандартов. Существующий перечень лабораторного оборудования был рассмотрен в соответствии с требованиями ВТО. план гармонизации лабораторной службы был разработан. В феврале 2011 года список необходимого лабораторного оборудования был предоставлен в соответствии с международными требованиями. Конкурс на приобретение лабораторного оборудования объявлен 20 сентября 2011 года.

В области улучшения проверки (контроля) пищевых производств и лабораторий, компания провела анализ существующей системы контроля безопасности пищевых продуктов в РК и предложила план по реорганизации системы контроля, однако реализация предлагаемых изменений требуется подготовительной работы, включая создание нормативно-правовой базы, которая может занять от одного до двух лет.

Комментарии по индикаторам:

Индикатор ” Пересмотр нормативно-правовых документов, относящихся к стандартам последующей переработки пищевой продукции, в соответствии с международными стандартами”: Мероприятия, относящиеся к данному индикатору имеют хороший прогресс.

Индикатор ” Повышение на 60 процентов доли специалистов государственной санитарно-эпидемиологической службы (санитарных инспекторов, лаборантов, инженеров-технологов и других специалистов), обученных международным стандартам и практике безопасности пищевой продукции”: Обучение по данному компоненту охватывает все регионы и цель на 2011 год является обучение 789 человек.

Мероприятия по проекту находятся в ходе выполнения и задачи этого компонента должны быть достигнуты.

3.7. Компонент G. Управление Проектом

Промежуточный результат этого компонента, как указано в ДОП является постоянное совершенствование управлением проектом МЗ РК.

Управление таким большим и комплексным проектом является большим испытанием как для МЗ РК, так и ГПРП. МЗ РК является реализующим агентством Проекта. Закупки, финансовое управление, аудит и отчетность, ежедневная ответственность за управление проектом возложены на ДСР, который также координирует работу Постоянной координационной группы (ПКГ). (Приложение 5). ПКГ состоит из должностных лиц высшего и среднего звена, каждый из которых отвечает за один компонент/подкомпонент проекта при поддержке координаторов ГПРП. В целом проведено 32 заседания ПКГ с начала Проекта, примерно раз в месяц, более часто в начале Проекта, чем в 2011 году.

Этот компонент финансирует управление проектом, мероприятия по мониторингу и оценке Проекта, которые реализуются через ГПРП. ГПРП ответственна за ежедневную административную поддержку по реализации и состоит из местных консультантов и технического персонала. Первоначально планировалось нанять административного координатора, ответственного за компонент А и за общее управление ГПРП, координаторов компонентов В-Е; офис-менеджера; специалиста по закупкам и специалиста по финансовому управлению. Компонентом также предусмотрено финансирование ряда исследований по мониторингу и оценке проекта, ежегодный финансовый аудиты, тренинги, приобретение мебели/оборудования и операционные расходы ГПРП. В настоящий момент в ГПРП работают 18 человек. Численность может быть сокращена как только все необходимые процедуры по закупкам оборудования и и большим закупкам консультационных услуг будут завершены.

ГПРП поддерживает МЗ РК в реализации мероприятий проекта совместно с международными партнерами. МЗ РК проводит еженедельные совещания с отчетом по Проекту для обзора прогресса и корректировки еженедельных рабочих планов. Другие еженедельные совещания проводятся, чтобы рассмотреть прогресс Саламатты Қазақстан . ГПРП ежемесячно отчитывается Координатору Проекта МЗ РК. ВБ и МЗ РК ежегодно согласовывают планы работ. Квартальные отчеты о прогрессе реализации предоставляются в ВБ.

Механизмы закупок привел к большим задержкам в реализации Проекта, так как метод отбора по качеству и стоимости (QCBS) по 12 контрактам на консультационные услуги по партнерскому взаимодействию занял много времени. В отчете по реализации Проекта за 2011 год описываются детально формирование короткого списка, оценочные процедуры, переговоры по контрактам с международными компаниями также как и международные конкурсные торги для приобретения товаров. Задержки связаны с значительным различием между процедурами ВБ и государственными закупками. Закупки оборудования также являются довольно длительной процедурой. ИТ-оборудование для Астаны и Акмолинской области были включены в один пакет закупок, и они в настоящее время поставлены. Контракт на оснащение третьей пилотной области был недавно подписан МЗ и, скорее всего, это займет примерно год, чтобы установить оборудование на месте. Технические спецификации на оборудование для четвертой области были совсем недавно одобрены ВБ и конкурс объявлен. Предположительно регион может получить оборудование в течение примерно двух лет. Закупка оборудования для укрепления лабораторий по безопасности пищевых продуктов находятся на стадии публикации объявления. Кроме того 4 МКТ на приобретение оборудования, как ожидается, будут проведены в ходе проекта.

Механизмы выплат были громоздки и привели к существенным задержкам в оплате в основном из-за различных требований Департамента казначейства Астаны к регистрации совместно финансируемых контрактов между Минздравом и международными компаниями и контрактов,

финансируемых из бюджета, а также и требованиями МЗ при утверждении документов на оплату. (Приложение 6). Что касается трудностей финансового управления проектом один из обсуждаемых вопросов в 2007 году между ВБ и Министерством здравоохранения, который до сих пор не решен, является жесткое бюджетное планирование и процесс контроля со стороны государственных органов. Государственные учреждения должны подготовить бюджет за 18 месяцев заранее, и они не могут изменить ни одного пункта о бюджете. В худшем случае это может поставить под угрозу гибкость мероприятий проекта. Особенно регионы жалуются на трудности по работе в такой среде из-за требований законодательства.

Несмотря на довольно сложные процедуры заключения контрактов и процедуры выплат по законодательству РК большинство механизмов по партнерскому взаимодействию начаты, и они проходят успешно. Частые изменения, однако, в институциональных механизмах могут помешать консалтинговым фирмам иметь стабильных партнеров, чтобы убедиться в том, что передача знаний не теряется из-за частых институциональных реорганизаций, текучести кадров, а также других внутренних изменений, которые могут подрвать процесс повышения потенциала. Этот вопрос будет оставаться проблемой, поскольку Казахстан продолжает адаптироваться к меняющимся потребностям и принимает решения о создании новых институтов и/или слиянии других.

Важно отметить, что потенциал Министерства здравоохранения в управлении проектами, постепенно увеличивается. Явным признаком этого является увеличение скорости подготовки контрактов по партнерскому взаимодействию. Хотя для проведения переговоров первых трех контрактов их подписание заняло два месяца, а для последующих контрактов потребовалось всего одна неделя. Тем не менее, серьезные проблемы были отмечены рядом консалтинговых компаний о не утверждении предложенных экспертов, отсутствие руководства Минздрава на назначенных встречах, длительные задержки в оплате за услуги и отсутствие ответов на запросы, отправленные Минздраву. Это приводит к тому, что партнерское взаимодействие вызывает беспокойство международных партнеров (Приложение 13).

К сентябрю 2011 года Проект использует или имеет обязательства в размере 54% от первоначально предусмотренных средств. Бюджет Компонента D (разработка ЕИСЗ) является самым большим и большинство расходов связаны с ИТ-оборудованием для медицинских учреждений по всей стране. (Рис. 1).

Другой вопрос касается процентного соотношения расходов в соответствии соглашением о Займе, которое должно быть 60 для ПРК и 40 для ВБ, на сегодняшний день 47,5 (ПРК) and 52,5 (ВБ). Несмотря на несбалансированность долей между ПРК и ВБ есть много экономии бюджета по сравнению с первоначальным бюджетом, выделенным на различные компоненты проекта. Реальные расходы были значительно меньше, чем предполагалось первоначально, например, из-за экономии при закупке оборудования для областей, конкурсных процедур на консультационные услуги и других закупок. Распределение расходов и обязательств между компонентами представлено на рисунке 1 и распределение между компонентами по годам на рисунке 2. Рисунок 3 описывает доли расходов по различным мероприятиям проекта. Два финансовых аудита проекта были проведены, указывая на хорошее качество финансовых механизмов.

Figure 1. Процент общих расходов проекта (фактические расходы и обязательства) по Компонентам. 21 сентября 2011 года. (Всего 159,25 млн долл.США).

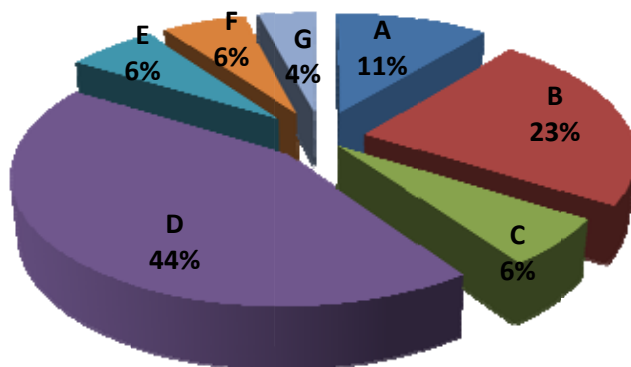


Рис 2. Расходы проекта (реальные расходы и обязательства, 159,25 млн долл.США) по Компонентам и годам. 21 сентября 2011.

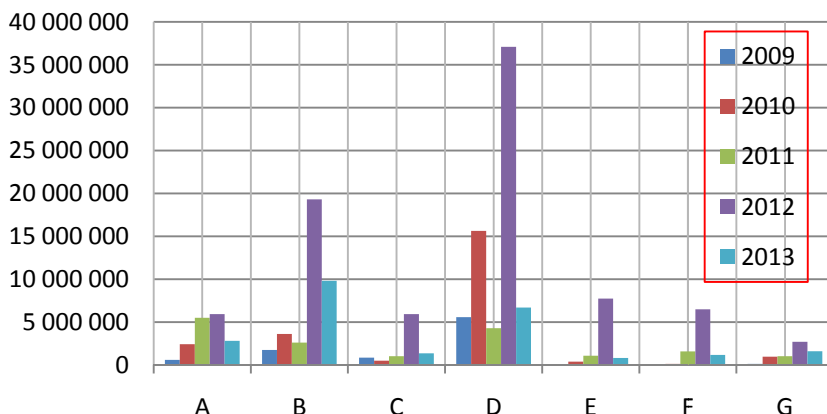
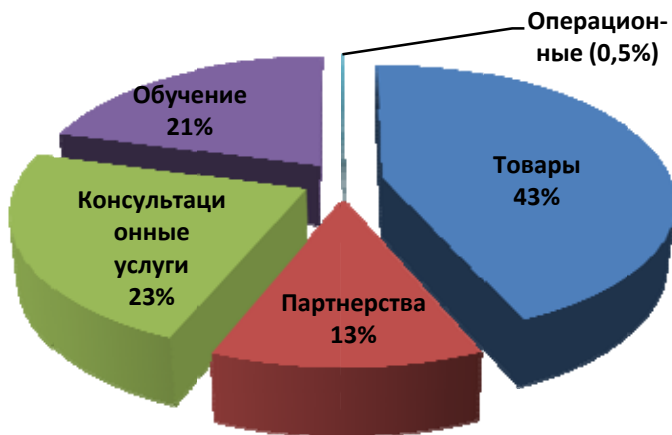


Рис 3 Расходы проекта (реальные расходы и обязательства 159,25 млн долл.США) по различным мероприятиям проекта. 21 сентября 2011 года



4. МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

Из-за сложности проекта сильные механизмы были предусмотрены для координации программы реформ ПРК. Они были запланированы к выполнению такими же сильными механизмами для регулярной коммуникации между Правительством и Всемирным банком и более интенсивными, нежели чем обычные усилия надзора со стороны Банка (ДОП 2007). WB Implementation Support Team made altogether seven Support Missions during the last two years to review Project progress, to address the administrative and management challenges faced by the Project and to make recommendations for improving the performance. The missions facilitated the speed of the implementation process and helped in solving emerging administrative challenges in particular related to contract and payment procedure. (Aide Memoires 2008-2011)

Мероприятия компаний по партнерскому взаимодействию основаны на контрактах с Министерством здравоохранения, которые включают отдельные пакеты отчетности, предоставляемые на рассмотрение Минздрава. Пакеты включают учебные курсы, практикумы и семинары, планирование программ ознакомительной поездки, исследования, обзоры и аналитические отчеты, а также отчеты о прогрессе проекта для Министерства здравоохранения в рамках периода соответствующего контракта. Компании по партнерскому взаимодействию и периоды контрактов указаны в Приложении 3. . Партнерские взаимодействия по большей части справлялись хорошо с серьезными проблемами, существующими в рамках таких отношений, которые не были в состоянии начать сотрудничество⁴ или выполнение было прервано⁵. Ожидания от партнерского взаимодействия были высокими (ДОП 2007). Основное наблюдение по партнерскому взаимодействию демонстрирует необходимость трудоемкого периода подготовки для успешного партнерского взаимодействия. Второе наблюдение показывает, что большинство международных партнеров были отобраны методом по качеству и стоимости и являются консалтинговыми компаниями отличными от постулата ДОП (2007), который ссылается на международно-признанные институты вместо консалтинговых фирм. Третье наблюдение касается содержания самой работы компаний-партнеров на основе контракта предоставления консультационных услуг, который подробно определяет предоставляемые услуги. (см. раздел 10 Выводы)

Проект посредством механизмов партнерского взаимодействия и обширных мероприятий по обучению приобрел понимание важности анализа и оценки международного опыта в области развития здравоохранения и получил информацию о подтвержденном опыте наилучших практик в международном контексте. Реализация проекта с партнерскими компаниями началась только полтора года назад в связи с длительными задержками между вступлением Проекта в силу 15 декабря 2008 года и непосредственным началом реализации. Несмотря на задержки, некоторые рабочие инструменты уже используются в ежедневной практике как описано в разделе 3 выше и свидетельствуют об устойчивости результатов.

Проект очень активен в организации обучения в рамках всех компонентов. Многочисленные учебные мероприятия, включая 48 учебных курсов, учебных поездок и конференций за рубежом в такие страны как, с Австралию, Канаду, Данию, Венгрию, Италию, Латвию, Испанию, США. Они предоставили информацию и взгляды на различные типы систем здравоохранения, что крайне важно при внедрении международных подходов в организации и администрировании систем здравоохранения (Приложение 7). Обучающие поездки в течение оставшейся части проекта могут быть менее существенными, так как планируется провести интенсивное обучение в Казахстане. Обучение, включая обучающие поездки, явно способствовали достижению ЦРП предоставляя информацию о полученном опыте наилучших

⁴ B3. Laboratory Sector Reform

⁵ B4. Reform of the Blood Transfusion Services and D. Development of Health Information System

практик в международном контексте. Конференции, обучающие курсы, семинары и практикумы, организованные проектом охватили почти 15 000 участников на конец сентября 2011 года (Приложение 8).

Обучение, предоставленное участникам, с широко ознакомило с потребностями реформ. Это (информированность) является устойчивым результатом. Тем не менее, для внедрения реформ требуются различные навыки, которые могут быть получены в ходе долгосрочного обучения, что может быть оценено только по завершению обучения. Также финансовые и юридические аспекты влияют на устойчивость, подтверждая, что для достижения результатов реформ оба фактора должны быть обеспечены.

Роль ГПРП в поддержке реализации проекта была чрезвычайно важна не только при запуске Проекта, но и в организации партнерского взаимодействия, проведении тендеров и контрактов, подготовки ТЗ и технических спецификаций и отчетности. Эффективность ГПРП является необходимым условием для стабильной реализации проекта и для Министерства здравоохранения. Проблемы такого большого и сложного проекта являются постоянные кадровые изменения в МЗ РК. ДСР в МЗ РК ответственен за общую реализацию мероприятий проекта. Организационная схема МЗ (сентябрь 2011 года) находится в Приложении 9.

Во время планирования проекта команда ВБ предложила ввести поощрения для работников Минздрава участвующих в мероприятиях проекта и выполняющих определенные задачи наряду с их обычной работой. Это, однако, не было воплощено в связи с правительственными постановлениями и бюджетными ограничениями, и проблема поощрения все еще существует. Сотрудники, прошедшие обучение для повышения профессиональных навыков (также по проекту) имеют тенденцию к повышению качества работы. Это, кажется, скорее правилом, чем исключением в Минздраве. Несмотря на это, повышение потенциала персонала министерства здравоохранения очень важно, так как персонал, покидающий МЗ, обычно принесет пользу в других областях сектора здравоохранения.

5. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Ключевым исполнительным агентством в Казахстане является Республиканский центр по развитию здравоохранения (РЦРЗ), который был создан в феврале 2011 года. РЦРЗ является слиянием Института развития здравоохранения (ИРЗ) и Республиканского информационно-аналитического центра (РИАЦ) и считается в настоящее время головной организацией включающей ряд других подведомственных организаций. Центр совместно с региональными отделениями имеет персонал 900 человек, в том числе 100 специалистов. Около 250 сотрудников работают в центральном офисе в Астане. Организационная схема на сентябрь 2011 года находится в (Приложение 10). По рекомендации Всемирного банка в феврале 2011 года институциональная оценка продолжается в настоящее время для рассмотрения роли различных институтов планирующий работать в сфере здравоохранения в составе РЦРЗ. Предполагается, что оценка будет завершена в октябре 2011 года. Интервью и наблюдения, выполненные группой по оценке отмечают твердую приверженность сотрудников РЦРЗ продолжать процессы реформирования сектора здравоохранения путем адаптации новых методов работы, например, в области планирования, расчета затрат, развития управления здравоохранением и повышение качества предоставляемых услуг.

Реализация каждого подкомпонента осуществляется при поддержке технической помощи компаний по партнерскому взаимодействию, а именно международных компаний отобранных на конкурсной основе работать в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения и соответствующими институтами/техническими центрами. Механизмы партнерского взаимодействия тщательно разработаны, мероприятия осуществляются на контрактной основе с четким обозначением вклада, результатов деятельности, квалификационных требований, обязательств по предоставлению отчетности и мониторинга и оценки деятельности.

Для всех других компонентов, кроме компонента В3 (Лабораторная система), В4 (Система переливания крови) и D (ИСЗ) контракты на основе партнерского взаимодействия принесли дополнительную ценность с точки зрения долгосрочного сотрудничества, который позволяет международными компаниями эффективно адаптировать консультационные услуги в соответствии с местными потребностями.

6. КООРДИНАЦИЯ С ПАРТНЕРАМИ

Ключевой принцип координации и гармонизации проекта передачи технологий здравоохранения и проведения институциональных реформ является то, что Министерство здравоохранения играет ведущую роль в координации. Главный инструмент координации является совещания ПКГ в МЗ, который, однако, не является достаточным для такого огромного проекта. ВБ в ходе обзорной миссии предложил в феврале 2011 года Oxford Policy Management (ОПМ), ответственного за координацию компаний, подготовить конкретный план для улучшения координации. ОПМ сослался на роль Минздрава в качестве ключевого координатора и предложил следующие меры по улучшению координации:

- Совместные посещения и обмен опытом после посещений
- Регулярные встречи – отчетность о текущей и планируемой деятельности
- Информационный центр для постановки вопросов другим поставщикам компонентов
- Выявление дублирования и синергии
- Обмен информацией документов
- Обмен переводами и словарем для перевода
- Возможное создание программы веб-сайта или приложения к сайту МЗ

Для получения дополнительной информации см. приложение 11, которое описывает также матрицу координации, чтобы показать связи между различными компонентами проекта.

В дополнение к координации в рамках проекта сотрудничество с другими странами и международными организациями является одним из ключевых стратегий развития сектора здравоохранения Республики Казахстан. Проект «Поддержка развития потенциала Министерства здравоохранения по реализации Государственной программы Саламатты Қазақстан », финансируемого ЕС находится в начальной фазе. Кроме того, поддержка ЕС через ряд НПО и ВОЗ охватывает здоровье матери и ребенка, профилактики ВИЧ/СПИД и туберкулеза в тюрьмах женщин. USAID в настоящее время ведет проект качественное здравоохранение по оказанию помощи центрально-азиатским республикам для улучшения качества, масштаба и координации медицинских услуг, начиная с 2012 финансового года, проект будет переориентировать свою деятельность с целью более эффективно реагировать на приоритеты USAID в регионе с целью более широкого использования эффективных мер общественного здравоохранения, особенно для ВИЧ-инфекции и туберкулеза, для уязвимых групп.

В дополнение к ВБ есть другие внешние агентства, включая Фонд ООН по предоставлению помощи детям (ЮНИСЕФ), Программа развития ООН (ПРООН), Фонд народонаселения (ФНООН), Азиатский Банк развития, Глобальный фонд по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, Международный красный крест и некоторые правительства. Поддерживаемые донорами инициативы включают приоритетные программы такие как планирование семьи, безопасное материнство, туберкулез, ВИЧ/СПИД, профилактика, заболеваний и компании по продвижению здорового образа жизни, предоставлению медицинского оборудования и расходных материалов, пилотные проекты в ПМСП, финансировании здравоохранения и новым методам оплаты поставщиков.

Для координации между международными донорами, МЗ проводит в среднем один раз в год координационное совещание для обсуждения текущих проектов. Чаще всего обмен информацией проходит через отдельные инициативы и совместные семинары и встречи.

7. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

Не существует независимой системы мониторинга процессов Проекта. Взамен группе по оценке были доступны памятных записок проектной команды Всемирного Банка за период с сентября 2008 - июнь 2011 года. Также для оценки были использованы ежеквартальные и годовые отчеты о прогрессе реализации, два из них включали отчет по индикаторам мониторинга. Мониторинг Проекта в соответствии с ДОП (2007) интегрирован с государственной программой развития здравоохранения. Это задача РЦРЗ.

Поскольку проект осуществляется в тех же областях, что и Саламатты Қазақстан и внедряет ряд мероприятий, которые также отражены в Саламатты Қазақстан, результаты полученные в конце проекта будут продуктом совместных действий Правительства и Проекта. Поэтому процесс оценки Проекта будет чрезвычайно важным для определения как достигнутые результаты и посредством каких процессов были успешными/неудачными. Сегодня очевидно, что Проект делает вклад в процесс реформ, хотя этап внедрения длится как минимум на один год, а для некоторых компонентов даже больше.

Что касается финансовых аспектов проекта, Министерство здравоохранения ведет комплексный постоянный внутренний финансовый контроль проекта. Кроме того, в сентябре 2011 года финансовая полиция проверила счета проекта, как следствие по делу о коррупции в МЗ, не связанного, однако, с проектом. (См. раздел 3 настоящего отчета).

8. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ И СРЕДА ПРОЕКТА

Проект полностью соответствует приоритетам национальной политики в области здравоохранения, мероприятия в поддержку достижения целей Саламатты Қазақстан, которые озвучивают в частности улучшение финансирования и управления здравоохранения, качество медицинской помощи, ИСЗ, фармацевтическую политику, а также медицинское образование и науку, являющимися задачами Программы на 2011-2105 годы. (Саламатты Қазақстан 2011)

Реформа системы здравоохранения является непрерывным процессом не только в Казахстане, но и во многих странах требующих перестройки оказания услуг, финансовой основы и участия пациента. Одним из ключевых вопросов является развитие информационной системы здравоохранения. Систематическое недостаток внимания на информацию о здоровье и здравоохранении в пользу акцента на технологии. Это распространенная ошибка в разработке программного обеспечения для информационных систем здравоохранения во многих странах. Для того, чтобы служить приоритетам, установленным Министерством здравоохранения для модернизации системы здравоохранения и системы ее управления, важно, чтобы ЕИСЗ рассматривалось как расширение разрабатываемых инструментов управления и ключевого стимулирующего компонента для новых вводимых методов работы. Хотя это стратегическое направление четко воспринимается МЗ, настоящая среда по реализации данного направления не соответствует ей. (Приложение 12)

Приоритеты Саламатты Қазақстан,, включая улучшение общего состояния здоровья населения и межсекторального сотрудничества, находятся в соответствии с международной наилучшей практикой развития системы здравоохранения. В современном мире глобального сотрудничества считается необходимым вовлечение государственных органов, профессиональных ассоциаций, исследовательских институтов, неправительственных организаций и средств массовой информации в работу для общей цели, развития здравоохранения. В этом контексте очень важно, чтобы Национальный координационный совет по охране здоровья был создан, чтобы включить здравоохранение в национальную повестку дня.

Опыт двустороннего взаимодействия в большинстве случаев является положительным, поскольку это дает возможность получать выгоду от долгосрочного сотрудничества. В лучшем случае это влечет за собой поддержку мягких факторов, то есть человеческих факторов, таких, как взаимное доверие, открытость и укрепление уверенности в себе среди Казахских партнеров в принятии новых рабочих процедур, например, в применении инструментов для анализа расходов здравоохранения. Партнерское взаимодействие, однако, может привести к проблемам. Это касается компонентов В3 (Лабораторная служба), В4 (система переливания крови) и D (ИСЗ), по которым не удалось установить рабочие отношения на принципах взаимопонимания и доверия между партнерами. Это указывает на то, что для партнерских отношений в секторе здравоохранения сегодня Казахстан находится в чрезвычайно сложной обстановке со сложными административными правилами. Сотрудничество требует от обоих партнеров адекватного подхода, открытого общения и гибкости.

9. ПЕРЕОЦЕНКА РИСКОВ ПРОЕКТА

ДОП (2007) определил этот проект как "проект высокого риска, высокой пользы". Ранее потенциал МЗ по реализации проектов развития с международным участием был низким из-за отсутствия опыта сотрудничества с международными проектами. Предыдущий проект ВБ по здравоохранению (Реструктуризация здравоохранения) был остановлен в 2002 году. Остановка была связана с широким портфелем, без специфики проекта, что явилось первоначально результатом существенного увеличения доходов и связанным решением по сокращению внешнего долга и самофинансирования существующих проектов. Также недостаток общего видения реформ в секторе здравоохранения сыграл частично (Проект фокусировался на ПМСП и доходы не были доходами МЗ РК в то время) и отказ от технической помощи и обучения были также сомнительными. Заслуживает внимания, что сегодня потенциал МЗ РК в управлении проектом постепенно увеличивается как описано выше (раздел 3.7. этого отчета)

Проект уделяет внимание некоторым рискам, перечисленным в ДОП (2007) и меры по смягчению последствий были приняты в привлечении различных субъектов в процесс реформы. Роль Национального Координационного Совета по охране здоровья была усилена в соответствии с Саламатты Қазақстан 2011. Периодические изменения в руководстве имели место во время начальной фазы проекта как это предусмотрено в ДОП (2007), вызывающих задержки не ставящие под угрозу реализацию за счет того, что меры по смягчению последствий были предприняты в качестве привлечения критического количества партнеров проекта (технические центры РЦРЗ). Риски задержки в установлении двусторонних партнерских отношений и процедур оплаты не могли быть предусмотрены заранее, хотя точный государственный бюджет и процедуры выплат были широко известны еще до начала проекта. Эти риски все еще существуют.

МЗ РК и особенно ключевой персонал Проекта очень заинтересованы в реализации, дающей большую нагрузку на этих людей, и как следствие, может даже затруднять эффективное взаимодействие с международными партнерами из-за ограниченного времени. ПКГ является важным форумом за надзором Проекта и в смягчении риска отсутствия приверженности со стороны МЗ РК. В целом риск сегодня существенно меньше, чем два года назад, так как критическая масса менеджеров, экспертов и других медицинских специалистов активно участвуют в проекте. Это создает кумулятивный интерес в проекте и реформе здравоохранения среди профессионального сообщества. Тем не менее, необходимые усилия по PR/коммуникациям/консультациям с заинтересованными сторонами по всем компонентам не были сделаны.

Новые риски, возможно, препятствующие успешной реализации Проекта:

- Низкий потенциал из-за недостатка персонала в МЗ РК в работе с партнерскими компаниями из-за административных процедур, таких выполнение контрактов с

международными консалтинговыми компаниями и эффективное взаимодействие с международными партнерами;

- Постоянно возникающие нерешенные проблемы с процедурами оплаты могут привести к отзыву партнеров. Одной из основных проблем с которыми сталкиваются партнерские компании, постоянные продолжающиеся задержки в утверждении и оплате со стороны МЗ. Согласно полученной информации от международных партнеров the оплата за предоставленные отчеты никогда не была проведена вовремя. Авансовые платежи были произведены с большими задержками. Процесс утверждения .представляется произвольным и обычно не указываются причины в отказе при подписании. Международные партнеры зачастую находятся в положении, когда им приходится финансировать требуемые расширенные мероприятия.
- Возможный уход основного персонала МЗ РК и/или персонала ГПРП, способных и желающих работать с международными партнерами Проекта.

Риск кадровых изменений в МЗ РК может быть смягчен за счет привлечения тех департаментов и подразделений, которые еще не участвуют в мероприятиях проекта. Процедуры контрактов и оплаты должны быть решены на уровне ПРК, поскольку МЗ РК не может принять решения, которые касаются также других министерств и государственных учреждений. Что касается ключевых сотрудников проекта, в настоящее время выступающих в качестве движущей силы для планируемых мер реформирования системы здравоохранения, необходимость институционализировать компетентности в области управления Проектом важна для обеспечения стабильной реализации несмотря на смену персонала. important to ensure the smooth implementation despite of the staff changes. Усиление потенциала РЦРЗ может быть таким вариантом.

10. ВЫВОДЫ

Важно гармонизировать проект с Программой Саламатты Қазақстан 2011-2015 по продолжительности и содержанию мероприятий.

Механизмы закупок вызвали задержки в реализации проекта и механизмы выплат громоздки и сложные со значительными задержками в оплате из-за жесткого планирования бюджета и процесса контроля госорганов. В худших случаях это может повредить необходимой гибкости при выполнении мероприятий по Проекту. Чтобы снизить административные барьеры МЗ в данное время готовит приказ о реструктуризации ответственности и функций персонала МЗ.

Ключевым институциональным игроком в проведении реформ сектора здравоохранения является РЦРЗ планирующий работать "в качестве правой руки" для МЗ обеспечения министерства информацией о ситуации и анализе данных и информации о новых национальных и международных событиях, а также обучении специалистов в области здравоохранения в соответствии с инструкциями МЗ. РЦРЗ имеет большой потенциал для ускорения процессов реформы сектора здравоохранения в Республике Казахстан. Во многом РЦРЗ обеспечивает наиболее актуальную базу для эффективного международного взаимодействия в рамках проекта. Поэтому повышение потенциала РЦРЗ имеет важное значение для успеха реформы.

Принимая во внимание роль Минздрава в области разработки политики и стратегии реструктуризация ответственности Министерства здравоохранения и его подотчетных организаций должна быть рассмотрена с дальнейшим делегирование задач в РЦРЗ и сильным акцентом на увеличении потенциала в национальной политике в области здравоохранения и стратегии развития в Минздраве. Текущая оценка институционального потенциала РЦРЗ, как ожидается, прольет свет на этот конкретный вопрос и даст рекомендации по будущей роли и ответственности заинтересованных сторон.

В рамках этого многогранного проекта, синергизм между различными компонентами должным образом не отмечен в качестве важнейших факторов успеха для проекта, хотя для некоторых компонентов координация была организована международными партнерами. Однако, не существует организационной схемы по укреплению синергии между компонентами проекта, требующей сильного руководства со стороны МЗ РК.

Партнерское взаимодействие подразумевает необходимость уделять больше внимания оценке отношений между партнерами до вступления контракта в силу. Во-вторых, большинство международных партнеров по взаимодействию являются консалтинговые компании, которые отличаются от постулата ДОП (2007) указывающего на международно-признанные институты вместо консалтинговых фирм. Это может быть из-за лучшего опыта консалтинговых компаний в подготовке тендеров по сравнению с некоммерческими организациями, такими как правительственные центры, университеты или учебные заведения. Третье, содержание самой работы компаний-партнеров на основе контракта предоставления консультационных услуг, который подробно определяет предоставляемые услуги. Для целей мониторинга это важно, контракты на самом деле не предоставляют много "свободы" для решения возникающих потребностей клиента. Недостаток свободы и жесткий контроль также создает трудности для выполнения дополнительной работы по проекту, в то время как такие дополнения являются необходимыми.

Компонент А. Финансирование и управление здравоохранением. Всем трем международным партнерам (OPM, EPOS и Sanigest) удалось создать функционирующие рабочие отношения и эффективное взаимодействие с национальными партнерами. До сих пор ценная первоначальная работа была проделана, приводящая к заметным изменениям в мягких факторов (отношения, знания, ценности и способы мышления), а также адаптации нескольких конкретных новых инструментов финансового планирования и других рабочих инструментов в повседневную

практику работы. Есть очень много выраженных потребностей развития, таких как дальнейшая поддержка разработки и внедрения КЗГ, выравнивания ПМСП, развития НСЗ совместно с агентством по статистике, включая улучшенное качество финансовой статистики, областных инвестиционных планов по включению ПМСП и интенсивному обучению в области управления.

Что касается инвестиционного планирования, разработка мастер-планов ПМСП требуемых представителями пилотных областей будет способствовать укреплению первичной медицинской помощи в областях и тем самым способствовать улучшению охвата учреждений ПМСП и потенциала центров первичной медицинской помощи по решению проблем здоровья населения.

Министерство здравоохранения планирует протестировать ЕИСЗ в отдельных медицинских учреждениях. Также было бы рационально провести мониторинг предлагаемой системы стимулирования в сочетании с разработками качества медицинской помощи. Например, для тестирования программы ДКПН, пошаговый подход будет вести в направлении того, как будут меняться за счет контекстуальных факторов принятие решений и результаты каждого этапа программы ДКПН. Акцент должен делаться на качестве и измерении качества в качестве первых шагов. Только после того как они будут введены, можно приступать к разработке стимулирующего компонента. Последние разработки включают в себя использование "Модель для осуществления и мониторинга Стимулов качества" (MIMIQ)⁶.

Агентство по статистике отвечает за ведение национальных счетов, в то время как Министерство здравоохранения принимает участие в национальных счетах здравоохранения в сотрудничестве с Агентством по статистике. Отчеты по НСЗ были сделаны в 2006-2007 годах, а затем прервались. В настоящее время национальная классификация НСЗ не соответствует международной статистике и отчетам по здравоохранению (ОЭСР, Евро-Stat, ВОЗ)⁷. Это связано с необходимостью модернизации всей системы службы статистики Республики Казахстан, в которой статистика здравоохранения является частью.

Центр менеджмента здравоохранения в РЦРЗ будет играть решающую роль в реализации запланированных учебных курсов и разработки долгосрочных программ обучения, а также координации обучения в области менеджмента медицинских университетов. Дальнейшие усилия по активизации обучения в области менеджмента здравоохранения подтверждены последними данными показывающими, что практика управления больницами тесно связана с качеством больницы медицинской помощи и лечения пациентов. Улучшенная практика управления в больницах непосредственно связана со значительно более низкой смертностью и улучшением финансовых показателей (Bloom и др. 2010).

Компонент В. Повышение качества услуг здравоохранения. CSIH, CSIH, ответственный за техническую поддержку в развитие системы аккредитации, РКП и ОМТ установил успешное сотрудничество с Министерством здравоохранения и РЦРЗ. Другие партнерские соглашения в области реформы системы лабораторной и службы переливания крови столкнулись с проблемами в реализации.

Реформа службы переливания крови сталкивается с серьезными препятствиями для начала плодотворного сотрудничества между центром крови в Астане и международным партнером..

⁶ Van Herck P, Annemans L, De Smedt D, Remmen R, Sermeus W. 2011. Оплата за результат- шаг за шагом: введение в модель MIMIQ. Обзор. Политика здравоохранения 102 (2011) 8– 17

⁷ Пересмотр НСЗ (НСЗ 2011) это новый глобальный стандарт для учета расходов здравоохранения совместными ОЭСР, ВОЗ и Евростат. Данные произведенные системой предоставят доказательную основу для мониторинга тенденций в расходах государственного и частного сектора здравоохранения, различным мероприятиям, поставщикам, заболеваниям, группам населения и регионам в стране. Это поможет разработке национальных стратегий для эффективного финансирования здравоохранения и привлечения дополнительных средств для здравоохранения. Информация может быть использована для определения потребностей в финансировании сектора здравоохранения в сравнении с собственным опытом в прошлом или с аналогичным опытом других стран.

Международный партнер HEAR предпринял шаги по улучшению взаимодействия, однако недостаток доверия особенно со стороны руководства Центра крови в Астане и недостаток взаимных конструктивных механизмов коммуникации представляются основной причиной в барьерах взаимодействия.

Аккредитация должна рассматриваться медицинской организацией, как способ текущего улучшения качества, удовлетворенности пациентов и улучшения организации и предоставления услуг. Она должна быть запрошена непосредственно от медицинского учреждения не через приказы.

Многое было достигнуто в области модернизации медицинской практики и внедрения оценки медицинских технологий. Тем не менее, есть еще возможности для улучшения сотрудничества между заинтересованными сторонами. Организационные и финансовые проблемы вызвали серьезные задержки. Из-за значительной задержки адаптационного процесса по РКП утвержденного МЗ процесс реализации не начался

Компонент С. Реформа медицинского образования и науки. CHIS провел ряд встреч с МЗ (ДНЧР) и Республиканским центром по инновационным технологиям в медицинском образовании (РЦИТМОН), чтобы обсудить прогресс Компонента С-1 и области, в которых техническая помощь со стороны CSIH была бы выгодной для достижения общих целей реформы медицинского образования в Республике Казахстан. Продолжительность этого технического контракта только 16 месяцев, с завершением мероприятий по проекту в 2011 году. Сроки для предоставляемой отчетности в этом компоненте нереально короткие и не признают того факта, что изменения в образовании это процесс, который требует времени.

Компонент D. Развитие информационной системы здравоохранения. Институциональное картирование и формулирование детализированных регуляторных механизмов для управления ЕСИЗ и ее развития, определение и предоставление ясной приемлемой поддержки во время интеграции в рутинную рабочую среду относятся к ряду основных последующих необходимых мероприятий, которые должны предшествовать развитию программного обеспечения и стандартизации ЕИСЗ (более детально см. Приложение 12). Кроме того, не предусмотрены адекватные механизмы планирования и внедрения для обеспечения приемлемого уровня синергизма между компонентом D и другими компонентами для достижения эффективных результатов в соответствии с ЦРП.

Компонент E. Реформа фармацевтической политики. Техническая поддержка партнера была оценена очень высоко местными партнерами. Однако достижение всех целей в этом компоненте зависит от создания реалистичных сроков времени, сокращая процесс создания структуры и утверждения МЗ и решения проблемы консультационных ресурсов (Приложение 13). Проект Национально лекарственной политики (который был разработан и должен быть обсужден и утвержден МЗ РК) и государственная программа Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы подчеркивают необходимость дальнейшего развития отечественной фармацевтической/медицинской промышленности и продолжить работу по улучшению реализации НПП среди местных производителей и введению НПФ среди аптек. ИТ-система управления/администрирования АЛЮ устарела и затрачивает много труда. Это является барьером для расширения схемы в сельской местности, для включения большего количества аптек, а также для увеличения бюджета, который управляется системой.

Компонент F. Безопасность пищевой продукции в рамках вступления в ВТО. В рамках этого компонента многие правовые и нормативные документы в настоящее время пересматриваются и разрабатываются. Многие документы по политике находятся в виде проекта и ждут одобрения. Прогресс в компоненте зависит от перевода большого количества и объема документов. К сожалению, это связано с высокой стоимостью перевода. Стоимость не отражена в контракте с консалтинговой компанией. Уточнение и определение бюджета для перевода является приоритетной задачей в этом компоненте. Всемирный банк был проинформирован об этой проблеме.

Компонент G. Управление проектом. Учитывая ожидаемые даты закрытия проекта 30 июня 2013, очевидно, нереально поставить оборудование в течение периода реализации проекта, так как около 1,5 года осталось до официальной даты закрытия Проекта. Это связано техническими спецификациями, процессом оценки предложений, подписанием контрактов, процедурами приема и оплаты, которые занимают много времени. В общем, механизмы закупок и выплат вызвали задержки и были трудными для административного персонала в МЗ и ГПРП и они продолжают быть сложным, если соответствующее решение на уровне ПРК не будет принято по снижению дополнительного административного бремени.

Существующие механизмы управления отмечают решающую роль директора ДСР в МЗ и Административного координатора ГПРП, которые несут ответственность за ежедневное управление проектом. Делегирование обязанностей по принятию решений между основными участниками не были серьезно обсуждены, хотя очевидно, что существует необходимость перераспределения обязанностей. Кроме того, не существует форума для обсуждения и изменения взглядов на достижения проекта за пределами ПКГ в МЗ, тем не менее неформально компании-партнеры координируют ряд мероприятий. В ближайшие годы различные департаменты, центры и департаменты РЦРЗ играют ключевую роль в реализации проекта совместно с ОУЗ в пилотных областях.

11. РЕКОМЕНДАЦИИ

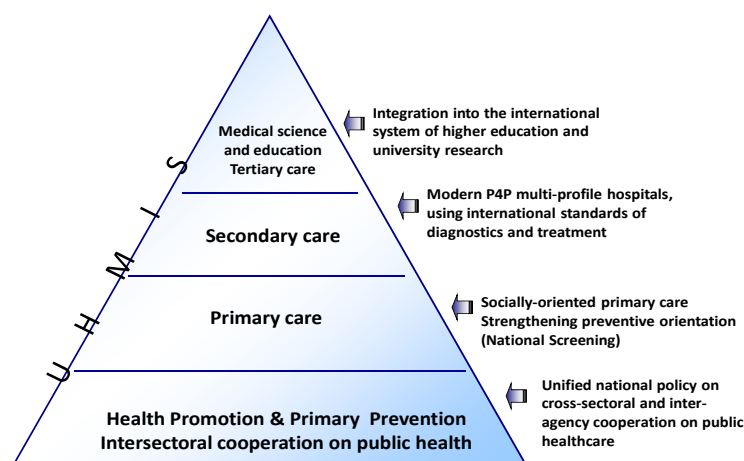
Рекомендации, приведенные ниже, основаны на национальной политике (Стратегический план РК 2010) и политики в области здравоохранения (Стратегический план МЗ РК 2010, Государственной программе развития здравоохранения Саламатты Қазақстан 2011-2015) и результатах оценки. Во время оценки стало очевидно, что мероприятия проекта и временные рамки должны быть гармонизированы с текущей национальной программой Саламатты Қазақстан, т.к. главной задачей проекта является поддержка национальной политики здравоохранения. Развитие ЕИСЗ видится в МЗ как ключевой приоритет проекта, который необходимо усилить. Стандартизация процессов в системе здравоохранения по улучшению качества постепенно привязывается к ЕИСЗ и экстенсивное обучение по различным аспектам реформы системы здравоохранения видится существенным для успеха реформ. Эти и другие рекомендации представлены ниже для рассмотрения ВБ и МЗ:

Общие рекомендации

1. Существующий *административный регламент в Казахстане необходимо пересмотреть так, чтобы международные и национальные партнеры были способны реализовать запланированные мероприятия эффективно и продуктивно. Это относится к ответственности ПРК*
2. *Продление проекта.* Предлагается продлить Проект как второй этап Проекта с 1 июля 2013года по 30 июня 2015 года для обеспечения стабильного продолжения реформ. Принимая во внимание все задержки в начале, описанные в разделе 3 отчета продление Проекта необходимо: 1) дать Проекту шанс достигнуть запланированных результатов, 2) внедрить и параллельно обеспечить поддержку Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» и 3) использовать сэкономленные средства проекта для дополнительных мероприятий по Проекту, согласованных с Правительством РК, МЗ РК и другими заинтересованными сторонами.
3. Несмотря на текущие обширные реформы системы здравоохранения, старые методы работы могут по-прежнему доминировать, если мягкие факторы (знания, отношения, ценности и способы мышления) остаются неизменными, несмотря на жесткие факторы (инфраструктура, законодательство и финансовые механизмы) будут иметь место. В таком случае никаких реальных изменений может не оказаться, как жесткие факторы сами по себе не смогут преодолеть сопротивление профессионального сообщества. По этой причине Министерство здравоохранения предлагает *интенсивные программы обучения которые должны быть реализованы в различных областях реформы здравоохранения.* Интенсивное обучение, например, по стандартам качества, механизму возмещения и ЕИСЗ следует организовать в неотложном порядке, в частности, для персонала пилотных регионов и отдельных медицинских организаций, которые Министерство здравоохранения планирует создать в каждой области для тестирования/пилотирования ЕИСЗ.
4. Проект имеет значительный объем сэкономленных средств. *Перераспределение средств бюджета проекта необходимо для обеспечения гармонизации мероприятий в рамках проекта с приоритетами Саламатты Қазақстан .*
5. Одной из областей перераспределения бюджета могут быть рассмотрены *услуги перевода для поддержки международных партнеров для своевременного предоставления их документов на русском языке.* Перераспределение бюджета для этих целей требуется для команды по безопасности пищевой продукции/ Euro Consultants и и CSIH.
6. В соответствии с приоритетом Саламатты Қазақстан «укрепление здоровья людей Казахстана через достижение общественного согласия в охране здоровья" предлагается

включить в проект компонент укрепление здоровья и профилактику заболеваний (УЗиПЗ), включая усиление межсекторального сотрудничества с хорошей интеграцией в другие компоненты проекта, в частности, В, С, D и F. Тогда все уровни "Концептуального треугольника" реформ Казахстанской системы здравоохранения будут охвачены проектом (рис. 4). Это потребует оценки текущих институциональных механизмов относительно доказательной основы по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, включая межсекторальное взаимодействие и роль НПО. Необходимо особое внимание к первичной профилактике неинфекционных заболеваний, т.к. i) они несут основную нагрузку на лечебную систему, (ii) снижают заболеваемости неинфекционными заболеваниями и уровень госпитализаций decreasing incidence of NCDs decreases also the hospitalization and (iii) все слои общества могут принимать участие в укреплении здоровья.

Рис. 4. Концептуальная модель основных принципов реформы системы здравоохранения. (модифицирована, Токежанов 2011).



7. Существует потребность в создании лучшей коммуникации для обмена опытом и отчетностью проекта, в частности, в рамках профессионального сообщества и повысить осведомленность о реформах в секторе здравоохранения и других смежных отраслях. Это будет способствовать прогрессу Саламатты Қазақстан. Общая *Коммуникационная стратегия и план распространения* должны быть подготовлены до окончания проекта чтобы включить также те конкретные мероприятия, которые запланированы в рамках партнерского взаимодействия. Стратегия должна быть подготовлена в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения/Саламатты Қазақстан.
8. Кроме того, для укрепления обмена информацией между различными специалистами в области здравоохранения можно рассмотреть *дополнительную поддержку в развитии библиотечной системы* в соответствии с наилучшей международной практикой охватывающей образовательные учреждения (медицинские вузы, медсестринские школы и т.д.) с целью эффективного и своевременного задания электронного доступа к информационным ресурсам здравоохранения, предложенные партнером по Компоненту С (Реформа медицинского образования и науки). В тандеме и связи с национальной библиотечной системой РЦРЗ необходима также поддержка в вопросах доступа к национальным и международным профессиональным исследованиям и литературе, Проект мог бы рассмотреть поддержку создания «библиотека/информационный центр реформы здравоохранения» в рамках РЦРЗ, состоящей из профессиональных и научных журналов и книг (национальные и международные) в электронном виде и на бумажном

носителе, соответствующих основных законодательных документов и *всей предоставляемой отчетности по проекту подготовленной национальными и международными партнерами*. Материалы должны быть доступны также через национальную сеть библиотек и библиотечные веб-сайты. В будущем эта библиотека/информационный центр РЦРЗ будет служить специалистам, работающим в РЦРЗ и услуги должны быть доступны также для всех заинтересованных сторон с интернет доступом к электронным материалам. Библиотека/информационный центр будет способствовать повышению координации и осведомленности между различными компонентами проекта. Например, Центр по обучению менеджменту в РЦРЗ, который планирует организовать курсы электронного обучения по менеджменту здравоохранения может использовать электронные материалы этой библиотеки для целей обучения. *Коммуникация для населения*, включая медиа-мероприятия, пресс-релизы, рекламных листовки, брошюры и т.д., которые входят в задачи нескольких подкомпонентов, рекомендуется осуществлять в соответствии с коммуникационной стратегией и планом распространения для обеспечения эффективности этих мероприятий

9. *Отчетность о достижениях проекта и мероприятиях необходимо улучшить* для использования отчетов в целях коммуникации. Каждый отчет о прогрессе может включать короткое обобщение прогресса достигнутого с начала проекта и который должен быть распространен широкой аудитории не только ВБ и МЗ
10. *Ежегодную конференцию/форум по реформе здравоохранения* с участием всех вовлеченных сторон включая международных партнеров предлагается организовать ежегодно начиная с весны 2012 года, чтобы отчитываться не только по прогрессу и достижениям проекта но и результатов Саламатты Қазақстан для широкой аудитории. Комитет организующий конференцию должен быть утвержден для планирования мероприятий.
11. *Координация и управление проектом*. Координация деятельности различных компонентов проекта является большим вызовом для такого огромного бюджета в области здравоохранения. ПКГ проводит регулярные встречи для координации деятельности в рамках МЗ РК, но это не может быть достаточным, когда проект вступает в фазу зрелости. Затем другие ключевые участники проекта, а именно РЦРЗ и другие экспертные организации, ОУЗ в пилотных областях, пилотных учреждениях, международные партнеры, а также другие международные проекты, должны лучше вовлечены в мероприятия по проекту. Форум реформы здравоохранения (см. выше) был бы одним из вариантов для улучшения координации и коммуникации.

Что касается повседневной деятельности проекта, рекомендуется, чтобы *ГПРП планировал регулярные встречи для обмена разработками и планами различных компонентов проекта* с участием представителей министерства здравоохранения, координаторов компонентов и совместных партнеров. Эти встречи дали бы структурированный, но все-таки неформальный способ обсуждения достижений, проблем и потребностей в координации. Совещания могут быть в дальнейшем использованы для целей коммуникации, как предлагается выше

Усиление мероприятий по коммуникации и системы отчетности будет также влиять на улучшение координации. Шаг за шагом, как только закуп оборудования и наиболее интенсивный период мероприятий по наращиванию потенциала закончатся, *ключевой персонал ГПРП может направить свою деятельность на поддержку мероприятий МЗ по координации и коммуникации*.

12. *Поддержка персонала МЗ системой стимулов* является важным вопросом для успеха процесса реформ. Что касается укрепления потенциала персонала министерства здравоохранения, требуется механизм, позволяющий ключевым сотрудникам иметь

время для изучения новых подходов, рефлексивного мышления и работы с партнерскими компаниями. Оценка подчеркивает важность сильной поддержки сотрудников Минздрава в течение оставшегося периода проекта

Рекомендации по компонентам Проекта

Компонент А. Финансирование и управление здравоохранением. Помимо отчетности компаний предоставляемой к 30 июня 2013 года на следующие области рекомендуется обратить внимание до конца продленного срока реализации проекта:

13. Дальнейшая поддержка в достижении *большей автономии поставщиков*, включая финансовое управление и увеличение степени автономии в принятии решений. Автономия поставщиков обеспечивает высокие стандарты управления и обеспечивает высокие стандарты управления и предоставляет подтверждение соответствия цены и качества при использовании государственных средств.
14. Рекомендуется расширить объем мастер-планов, разрабатываемых по реструктуризации больничного сектора *для охвата ПМСП, санитарно-эпидемиологической службы и диспансеров*. Диспансеры должны быть реструктурированы и услуги должны быть смещены в сообщества с интеграцией ПМСП. Мастер-планы сектора здравоохранения (в том числе больницы и учреждения ПМСП) обеспечат Министерство здравоохранения решениями по следующим ключевым вопросам (i) создание стандартов по времени доступа населения к ПМСП; (ii) разработать зоны обслуживания населения для каждого центра ПМСП; (iii) разработать рекомендации по приемлемой инфраструктуре для различных центров ПМСП; (iv) разработать стандарты обеспечения штатами и оборудованием, которое обеспечит адекватный потенциал центров ПМСП; (v) определить потребность в улучшении навыков и обучении врачей ПМСП; (vi) Рекомендации по использованию геоинформационной системы (GIS) для планирования развития сети ПМСП и (v) разработать долгосрочную инвестиционную стратегию для повышения потенциала ПМСП.
15. Дальнейшая поддержка по созданию системы *возмещения на основе КЗГ*, включая институционализацию на уровне организации здравоохранения и разработку приложений для тестирования процедур и контрактов на услуги по оплате за услуги больниц на основе КЗГ.
16. Усовершенствование модели расчета стоимости ГОБМП, включая приложения для регионального уровня.
17. Поддержка пересмотра и разработки национальной классификации НСЗ для рассмотрения поэтапного введения SHA 2.0 (ОЭСР, ЕВРО Стат, ВОЗ) для того, чтобы национальная классификация НСЗ соответствовала международным стандартам. Инструменты для анализа существующих данных о состоянии здоровья (использование услуг, расчет затрат, удовлетворенность пациентов и медицинского персонала, и т.д.) должны быть разработаны, включая потенциал к публикации в международном научном журнале. Это требует интенсивного обучения.
18. *Роль министерства здравоохранения в разработке политики и стратегии должна быть укреплена* и подведомственные организации должны быть обучены анализировать имеющиеся и вновь собранных данных таким образом, что Министерство здравоохранения могло бы использовать их эффективно, продуктивно при формулировании политики и принятия решений. Разграничения отношений между политикой Министерства здравоохранения и регуляторной ролью и операционной ролью учреждений, предоставляющих услуги, требует тщательного и вдумчивого процесса управления, чтобы убедиться в том, что не существует смешения ролей,

дублирования и или неохваченных областей. Это означает развитие лидерского потенциала среди лидеров как организации поставщика так и регулирующего органа. Это включает (i) определение рамок компетенций для лидеров здравоохранения; (ii) разработку программы по повышению потенциала; (iii) развитие потенциала лидеров здравоохранения (включая лидеров МЗ РК, больниц и организаций ПМСП). Вопросы политик здравоохранения должны быть включены в учебные модули университетов и других обучающих организаций.

19. . Для обеспечения улучшения навыков менеджеров региональных органов управления, больниц, Центра менеджмента РЦРЗ и сети институтов должны быть в обязательном порядке поддержаны. Также рекомендуется *пилотное тестирование и оценка стандартов менеджмента*, разработанных партнерской компанией

Компонент В. Health Care Quality Improvement.

20. В будущем *аккредитация должна запрашиваться самими медицинскими организациями и должна быть связана с философией постоянного повышения качества*, удовлетворенности пациента и улучшения организации и оказания услуг. Также будет разумно предположить что финансовые стимулы для аккредитованной организации и ее персонала последуют за процессом аккредитации.
21. Непрерывное обучение персонала Центра Аккредитации должно быть доступно для обеспечения их хорошо сформированными планами, предоставление и оценка аккредитационной программы на постоянной основе.
22. Дополнительные ресурсы для консультационной помощи следует рассматривать, если желаемые цели обучения должны быть достигнуты с целью подготовки 450 экспертов и 450 менеджеров организаций. Будущая устойчивость системы аккредитации будет зависеть от достаточного обеспечения ресурсами (кадровые и финансовые ресурсы) и *сильной и непрерывной поддержки на самом высоком уровне правительства* и постоянного напоминания о важной роли в системе здравоохранения. Центр Аккредитации также требует непрерывной поддержки независимо от того, что доступно в проекте, если они хотят быть успешными при внедрении обновленных процессов аккредитации. Продолжающаяся поддержка консультантов должна быть направлена на оказание помощи Центру Аккредитации для обновления его внутренней организации и подготовки к приемлемым политике и процедурам.
23. *Надзорная роль аккредитации должна быть прояснена*: первичная роль надзора по-прежнему находится у Комитета контроля качества министерства или у нового РЦРЗ? Следует также рассмотреть вопрос о создании независимой комиссии или совета, состоящего из представителей основных заинтересованных сторон, который будет отвечать за надзор аккредитации.
24. *Медицинские учреждения и оценщики по всему Казахстану являются ключевыми заинтересованными сторонами по аккредитации, механизмы их вовлечения в разработку и оценку программы аккредитации должны быть созданы и реализованы.* Компанией-партнером рекомендовано, чтобы центр аккредитации разработал такие механизмы. Отношение центра аккредитации к Ассоциации независимых экспертов (оценщиков) должно быть определено. Кроме того, вклад пациентов/потребителей и их роль в будущей системе аккредитации должны быть усилены.
25. Важно установить эффективный способ сотрудничества между партнерами (CSIH) и Центром стандартизации и ОМТ в РЦРЗ. Важно, чтобы иметь более чаще заседаний/дискуссий, связанных с ожидаемой технической поддержкой и обучением

26. Что касается реформы службы переливания крови *решение о дальнейшем продолжении контракта остается за Министерством здравоохранения*, принимая во внимание, что международный партнер была выбрана метод оценки качества и стоимости.

Компонент С. Реформа медицинского образования и науки. Предложения по расширению сферы деятельности в этом компоненте с предоставлением дополнительного финансирования для поддержки следующих областей:

27. *CSIH совместно с МЗ РК следует разработать практические бизнес-план для РЦНОЗН.* Бизнес-план должен охватывать создание потенциала для персонала, операций, финансирования/бюджетирования. Он должен будет принять во внимание реформы вузовского и послевузовского образования, а также СМЕ. Обучение персонала по разработке/адаптации экзаменов по сертификации должны быть предоставлены.
28. Что же касается последипломного медицинского образования с введением более чем 40 программ резидентуры в 2014 году, CSIH предлагает разработать полный курс обучения по этим программам, а также всей среды аккредитации для их поддержки. Соответствующие структуры связывающие медицинские учебные заведения, РЦНОЗН и другие относящиеся стороны, будет иметь решающее значение. *Не только стандарты аккредитации для учебных программ должны быть разработаны, но они также должны быть апробированы и применены.* Язык является проблемой, так как в основном медицинская информация на английском языке. Поддержка необходима для языковой подготовки, а также бюджет на перевод материалов на русский и/ или казахский языки.
29. *В области непрерывного медицинского образования, необходимы стандарты аккредитации для провайдеров программ и содержание программы.* Это будет включать совещания соответствующих участников, повышение потенциала профессиональных ассоциаций реагировать, и разработка руководящих принципов для аккредитации
30. Изменение при приеме студентов-медиков требуют принятия решений на самом высоком уровне, чтобы определить желаемые компетенции студентов-медиков и процессы для отбора претендентов. *Пилотные мероприятия необходимы, что предполагает работу с руководителями медицинского образования по разработке стратегии приема* в ВУЗ, которая не только решит вопросы компетенции будущих врачей, но и объем студентов, поступивших в медицинские вузы. Посредством пилотных проектов медицинские менеджеры образования также должны быть обучены созданию системы приема и процедур (например, формы заявлений, комитетов по приему и т.д.) Уроки, извлеченные в ходе этой пилотной деятельности, предоставят информацию о разработках реформированной процедуры приема в ВУЗы
31. CSIH рассмотрел существующие институциональные стандарты аккредитации Казахстана и внес ряд предложений по пересмотру с целью улучшения соблюдения международных стандартов ВФМО. *Эти пересмотренные стандарты должны быть апробированы в медицинском университете командой обученных новым стандартам.* Пилотирование предоставит возможности для корректировки стандартов. В октябре 2011 года, заинтересованные стороны будут работать над развитием национальной стратегии развития факультета. Как только она будет разработана, медицинские вузы должны иметь поддержку по развертыванию этого плана
32. В соответствии с первичной реформой ПМСП развитие *системы аккредитации и образовательных программ для медсестер и других медицинских работников* (которые являются неотъемлемой частью совершенствования ПМСП) должны быть включены в дополнительные задачи проекта, которые будут финансироваться за счет экономии от проекта.

Компонент D. Развитие информационной системы здравоохранения.

Новый рабочий план был подготовлен и представлен в Приложении 12 вместе с обоснованием каждого мероприятия для целенаправленной поддержки ключевых краткосрочных мероприятий, определенных в ходе оценки по компоненту D (обобщено в этом документе) Основные рекомендации:

33. Перестроить парадигму внедрения Проекта с достижения ЦРП; Сделать фокус на предоставление поддержки целям сектора здравоохранения, ЦРП более высокого уровня и взаимодополняемости,
34. Установить институциональные и координационные механизмы внедрения в стогом синергизме с другими компонентами для интеграции их результатов в ЕИСЗ и ее функции (по требованиям для развития системы качества организации здравоохранения и реформы системы возмещения) и обеспечить ее устойчивость с общими результатами проекта и устойчивостью ЕИСЗ и компонента D.
35. Предоставить конкретную и организованную помощь в интеграции ЕИСЗ, связанных процессах и конструктивно оценить (Provide explicit and organized assistance to the UHMIS integration and assimilation process and constructively assesses (созидательная оценка) в течение этого процесса уровень и специфики предоставляемой поддержки стандартизированной ЕИСЗ для улучшения лечения пациентов и повышения эффективности управления.
36. Выстроить цепочку результатов в соответствии с новым рабочим планом для эффективного мониторинга и оценки ключевых ожидаемых результатов, таких как регуляторные рамки и содержание стандартов, поддерживающих внедрение функций высокого уровня.
37. Интегрировать ЕИСЗ с ЕНСЗ используя ключевые организации здравоохранения как центры наилучшей практики для ускорения процесса разработки и внедрения.

Компонент E. Реформа фармацевтической политики

38. Для системы АЛО есть неравенства между богатыми и бедными городами/областями. Схема АЛО имеет низкий охват в сельских районах и некоторых областях. ИТ-система управляющая системой АЛО устарела и очень трудоемкая. Это является барьером для расширения схемы в сельской местности, для включения больше аптек, а также для увеличения бюджета, который управляется системой. Модернизация АЛО требует особого внимания.
39. Проект Государственной Лекарственной политики и Государственная программа развития здравоохранения “Саламатты Қазақстан на 2011-2015” подчеркивают важность развития фармацевтического производства. Существует потребность в развитии и поддержке общенационального плана действий НПП. Необходимо подготовить план внедрения.
40. Будущее Нарращивание потенциала необходимо для содействия рациональному использованию ЛС в Казахстане. Будущее наращивание потенциала должны быть направлено на обучение сотрудников ЛИЦ и, возможно, членов консультативного комитета.

Компонент F : Безопасность пищевой продукции в рамках вступления в ВТО.

41. Мероприятия санитарно-эпидемиологического надзора (СЭН) в рамках нынешней системы требуют предварительного согласования с органами прокуратуры. Служба контроля качества пищевых продуктов должны быть независимой. СЭС должны быть обеспечены правовой основой для выполнения независимой инспекции и контроля (необходимо принять законодательство о пищевой продукции). Из-за большого количества регуляторных документов и законодательных документов, соответствующий бюджет для перевода документов должны быть выделены в рамках проекта бюджета.

Компонент G. Управление проектом. Существующая практика управления проектом должна быть адаптирована для соответствия с требованиям измененной средой проекта.

42. Ключевая роль РЦРЗ в осуществлении различных видов деятельности и динамичное участие пилотных регионов должны быть отражены в структуре управления. На данный момент МЗ исключительно ответственен за управление проектом при технической помощи ГПРП. *Для институционализации проекта, как составной части Саламатты Қазақстан , являющееся видением МЗ сегодня,* навыки по управлению Проектом ГПРП должен передать постепенно РЦРЗ путем совместного обучения.
43. Для предлагаемой второй фазы Проекта, начиная с июля 2013 года предлагается рассмотреть расширение схемы управления проектом для охвата ключевых участников Проекта. В настоящее время представители РЦРЗ должны быть включены в ПКГ.
44. Потенциал МЗ РК в управлении таким большим и многогранным проектом должен быть усилен и нерешенные вопросы взаимодействия между МЗ РК и международными партнерами, включая вопросы о задержке оплаты должны быть урегулированы. Для сокращения административных барьеров рекомендуется, чтобы МЗ РК выделило человеческие ресурсы, позволяющие как минимум одному человеку работать по Проекту полный день для эффективной связи между МЗ РК, ГПРП, техническими центрами, регионами и международными партнерами.
45. . Из-за проблемы с оплатой мероприятий финансируемых из обоих источников по Проекту МЗРК/ГПРП предложили перераспределить средства на оплату международных консультационных услуг полностью из средств займа, вместо республиканского бюджета для облегчения процедур по контрактам. ВБ согласился с таким решением. Поскольку соотношение финансирования рассчитывается от общей суммы, Бюджет проекта должен оставаться 60/40 ПРК и ВБ, бюджет ПРК, первоначально предусмотренный на партнерское взаимодействие должен быть перенаправлен на другие мероприятия соответственно.

12. ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Два больших вопроса могут быть упомянуты как извлеченные уроки при реализации проекта Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан до сентября 2011 года.

1. Партнерское взаимодействие может быть хорошим инструментом в укреплении потенциала партнера, что требует знаний и опыта международного развития и наилучшей практики. Для успешного партнерского взаимодействия, необходимо очень тщательно подготовиться, чтобы избежать недопонимания и конфликтов. Потенциал в смысле экспертизы, методов и ожиданий обеих сторон необходимо изучить и прояснить заранее, до подписания контракта на оказание услуг.

Второе, содержание партнерской работы основано на контрактах на консультационные услуги, которые очень детализировано показывают, какие услуги должны быть предоставлены. Для целей мониторинга это весьма полезно. Однако контракты не имеют большой гибкости для выполнения срочных запросов клиента. Также имеется риск, что по коммерческим причинам международные партнерские компании сократят подготовку документов по сравнению с тем, как это планировалось на начальном этапе. Для компании это эффективно, но для клиента возможно это не подойдет из-за времени необходимого для процесса обучения.

В некоторых случаях может быть полезным формулировать соглашение о взаимодействии в процессе специфических этапов с условием, что выполнение обязательств по контракту будет в соответствии с запланированными фазами, качество партнерского взаимодействия и предоставляемой отчетности вместо только одних отчетов. .

2. Для гладкого начала реализации такой вид крупного проекта финансируемого совместно ПРК и ВБ кажется требуется много времени после даты официального вступления в силу проекта, как это было 15 декабря 2008 года. Потребовался почти один год для передачи средств для использования по Проекту. Полтора года потребовалось для подписания первых контрактов по партнерскому взаимодействию. Это должно быть принято во внимание при оценке результатов партнерского взаимодействия и других результатов проекта. По правде никто не может достичь целей пятилетнего плана за 3 года

Planned work Program prepared by МОН with the assistance of PIST is in Annex 14.

13. ССЫЛКИ

Aide Memoires 2008-2011. Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project. Implementation Support Mission Aide Memoirs September 2008 – June 2011.

HIT Kazakhstan 2007. Health Systems in Transition. Vol 9 No 7. Kazakhstan Health System Review. Maksut Kulzanov, Bernd Rechel. European Observatory on Health Systems and Policies. 2007.

Inception Report 2011. Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project. Mid-term Project Evaluation. Inception Report. Astana 29.8.2011.

Kulzhanov M, Rechel B, Kazakhstan. Health system review. Health Systems in Transition 2007;9(7):1–158.

Maier CB, Martin-Moreno JM 2011. Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states. Health Policy 102 (2011) 18– 25

Message of the President 2007. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана (Част 2) Стратегия "Казахстан-2030" на Новом этапе развития Казахстана 30 важнейших направлений нашей внутренней политики. (Астана, 28 февраля 2007 года).

МОН website 2011. МОН РК website In address: <http://www.mz.gov.kz/?wakka=/Rus>. Accessed 4.9.2011.

PAD 2007. Project Appraisal Document on a proposed loan in the amount of US \$117.7 million to the Republic of Kazakhstan for a Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project December 13, 2007.

Progress Report 2011. Progress Report for 6 month of 2011. Kazakhstan Health Sector Technology Transfer and Institutional Reform Project. Annex 3. Analysis of procurement processes on conducted QCBSs/QBS and ICBs

Sanigest 2011. Health Investment Strategy for Kazakhstan_ Sanigest. Draft 8.2.2011.

SHA 2011. The revised System of Health Accounts . In address: http://www.oecd.org/document/8/0,3746,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html. Accessed 19.9.2011.

State Health Program 2005-2010. О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы. Указ резидента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года N 1438. "Казахстанская правда" от 21 сентября 2004 года N 213-214

State Health Program 2011-2015. State program of Healthcare Development of the Republic of Kazakhstan "Healthy Kazakhstan" (Salamatty Kazakhstan) For 2011-2015. Astana 2011. Decree of the President of Republic of Kazakhstan November 29, 2010, No 1113.

Strategic Plan МООН 2010. Стратегический план Министерства здравоохранения. Республики Казахстан на 2010-2014 годы. Утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 10 февраля 2010 года №81.

Strategic Plan RK 2010. О Стратегическом плане развития Республики Казахстана до 2020. Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года No 922.

Tokezhanov 2011. Tokezhanova Bolat: State Health development program «Salamatty Kazakhstan» for 2011-2015 and project priorities for 2011. Presentation in Round table on Kazakhstan health

sector technology transfer and institutional reform project implementation of 14 February 2011, Astana

UN 2011. United Nations Development Programme in Kazakhstan. MDGs in Kazakhstan. In address: <http://www.undp.kz/en/pages/9.jsp>. Accessed 3.9.2011.

Van Herck P, Annemans L, De Smedt D, Remmen R, Sermeus W. 2011. Pay-for-performance step-by-step: Introduction to the MIMIQ model. Review. Health Policy 102 (2011) 8–17

WHO 2011. Biennial Collaborative Agreement between the Ministry of Health of Kazakhstan and the Regional Office for Europe of the World Health Organization 2010/2011. In address: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/101895/KAZ1011.pdf Accessed 3.9.2011

World Development Indicators 2011. World Data Bank. World Development Indicators (WDI) and Global Development Finance (GDF). In address: <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=3&id=4>. Accessed 3.9.2011

World Health Statistics 2011. World Health Organisation. In address: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Part2.pdf. Accessed 3.9.2011.

Quality Standards 2010. Quality Standards for Development evaluation. OECD Development Assistance Committee, 2010.

Bloom N, Homkes R, Sadun R & Van Reenen J 2010. Management in Healthcare. Why Good Practices Really Matter. MyKinsey&Company & Center for Economic Performance at the London School of Economics and Political Science (LSE), London. In address: http://cep.lse.ac.uk/textonly/_new/research/productivity/management/PDF/Management_in_Healthcare_Report.pdf

14. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1.	ТЗ по среднесрочной оценке Проекта «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан, 2011
Приложение 2	Список лиц, с которыми проведены встречи и интервью в ходе среднесрочной оценки, Август – Сентябрь, 2011
Приложение 3	Институциональные партнеры Проекта, Сентябрь 28, 2011
Приложение 4	Контекст проекта и обоснование
Приложение 5	Список членов Постоянной координационной группы по Проекту, Сентябрь 2011
Приложение 6	Процедуры выплат по Проекту «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан»
Приложение 7	Международное обучение и конференции, организованные в рамках Проекта, Сентябрь 2011
Приложение 8	Количество участников в тренингах по Проекту
Приложение 9	Организационная структура МЗ РК
Приложение 10	Организационная структура РЦРЗ
Приложение 11	Предложения ОРМ по технической координации проекта
Приложение 12	Отчет по компоненту D Развитие Информационной системы здравоохранения, подготовленный Димитрис Калогеропулос
Приложение 13	Письмо Euro Health Group от 20 сентября 2011
Приложение 14	Рабочий план, подготовленный МЗ РК при поддержке ГПРП