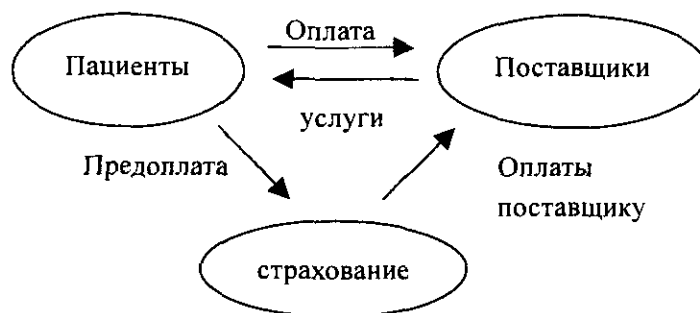


финансируются и обеспечиваются. Национальные системы (например, Великобритания) приняли курс на разделение финансирования и функций оказания помощи. Смешанные системы (например, Германия и Япония) смещаются в сторону большего контроля стоимости путем осуществления инициатив по мониторингу. За этими реформами стоит идея ввести мощные эффективные поощрения (льготы) и ответственность в систему здравоохранения. Система медицинского страхования обычно рассматривается как третья сторона в цепочке пациент-поставщик (см. рис. 15.3). Она играет пассивную роль финансового медиатора, переводящего оплату от пациентов поставщикам. Более активная роль для системы страхования будет то, что она будет «покупать» помощь от имени пациентов через различные модели оплаты поставщикам, чтобы достигнуть эффективного поведения поставщика.



**Схема 15.3** Связь между страхованием, пациентом и поставщиком.

Регион имеет ограниченный опыт с данной системой и изобилующими в большом количестве идеями по осуществлению. Основная функция страхования заключается в том, чтобы объединить финансовые риски заболеваний путем слияния фондов. Эта функция игнорировалась в системе здравоохранения в Узбекистане, в рамках которой ставят во главу угла бюджет. Система страхования включена в данный Генеральный план по двум причинам: а) она определена как специфичная и решающая часть Закона о реформировании здравоохранения 1998 года и б) она представляет реальную инициативу предпринять реформы, чтобы способствовать рациональному режиму работы. Формирование систем и процедур может быть сделано совместно с Минздравом для обеспечения тесного сотрудничества в этих новых сферах государственного управления в секторе здравоохранения в Узбекистане.

Во время планирования базовая стратегия необходимо заложить фундамент

для создания обязательной системы медицинского страхования. На основе этого фундамента, важно создать законодательство и проведение технико-экономического обоснования, что служит конкретным целям.

4) Укрепление потенциала для осуществления контроля и стабильности процесса реформы

Процесс реформы здравоохранения, определенный Указом Президента в 1998 г. представляет собой грандиозное, серьезнейшее мероприятие, требующее мощностей и учреждений, которых в настоящее время в наличии нет. Компонент финансирования здравоохранения в процессе реформ требует стабильного и постоянного «дирижирования», как и нового понимания и консенсуса в достижении цели. Укрепление потенциала одновременно является и средством, и целью. Деятельность, обозначенная здесь, имеет целью обеспечение требуемой институциональной поддержки, через информационную и управленческую реформу, укрепление людских ресурсов. Основной стратегией является развитие ведущих навыков, чтобы генерировать, анализировать и контролировать данные для рационального принятия решений с помощью национальной бухгалтерской системы здравоохранения, проведения тренингов и ознакомительных поездок с различными системами здравоохранения, а также создание «кадрового» ядра обученных экономистов здравоохранения.

**(2) Система переадресации пациентов**

- 1) В нынешней ситуации в Узбекистане, пациенты могут выбирать любую больницу, чтобы получить лечение. Однако, больницы третичного уровня разделены по различным специальностям в разных областях, поэтому пациенты обременены поездками по таким больницам. Чтобы улучшить доступ пациентов в такие больницы, желательно, чтобы больницы третичного уровня с различной специализацией располагались бы в одном месте в области. Также, определение и упрощение существующей системы переадресации пациентов и ее функционирование необходимы для того, чтобы она также улучшала эффективность организации больниц.
- 2) Всеобъемлющая система сельского медицинского обслуживания на областном уровне будет создана в ЦРБ и областной многопрофильной больнице, которые

будут играть ведущие роли в местной системе здравоохранения, а потенциал ЦРБ и областной многопрофильной больницы будет расширен. Специализированная медицинская помощь также должна быть централизована. На уровне районных больниц, за исключением инфекционных заболеваний, они должны быть консолидированы в ЦРБ или центральную городскую больницу.

- 3) На районном уровне СВП, как первая точка доступа амбулаторных больных, будет усилен в своих функциях путем укрепления первичной медико-санитарной помощи. Соответственно, будет создан всеобъемлющий механизм для ЦРБ, являющейся первой точкой доступа больничных пациентов, включающий систему медицинского лечения, профилактическую медицину, управление лекарствами, финансовый менеджмент.
- 4) На областном уровне, будет создана эффективная система медицинских услуг с ЦРБ, играющей центральную роль. Это требует консолидации и централизации всего амбулаторного, больничного лечения, лабораторных обследований и диагностических манипуляций, специализированной медицинской помощи и экстренной медицинской помощи.
- 5) На республиканском уровне, будет несколько ведущих специализированных центров, являющихся главными учреждениями в определенных сферах. Эти центры будут разрабатывать новые методы и стандарты лечения и диагностики, контролировать и оказывать организационную и методическую помощь областным и районным учреждениям.
- 6) Для осуществления эффективных и квалифицированных медицинских услуг, должно быть произведено улучшение условий учреждений, оборудования и запаса лекарств в медицинских учреждениях. Кроме того, будут укреплены система и возможные способности лабораторных анализов и диагностических процедур, менеджмент лекарств и управление и поддержания учреждений и оборудования.
- 7) Должна вступить в действие соответствующая система переливания крови, которая основана на добровольном донорстве крови как решение проблемы

смягчения дисбаланса между запросом и поставкой на областном уровне. Это обеспечит безопасность медицинского лечения.

- 8) Будет введена в действие система централизованного лабораторного тестирования. Областная многопрофильная больница будет играть роль «ядро» в этой системе, в которой будут улучшены потенциал лаборатории и система транспортировки образцов крови. Соответственно, контроль качества результатов анализа и точность данных будут улучшены, и стоимость проведения анализа снизится.
- 9) Одновременно с консолидацией многочисленных специализированных больниц в единую больницу с хорошо укомплектованными функциями, на областном уровне следует создать централизованную систему диагностических и функциональных обследований.

### **(3) Информационная система управления здравоохранением**

- 1) Чтобы усилить внимание к слабым звеньям существующей системы управления здравоохранением и повысить способности планирования административных лиц здравоохранения, и проводить мониторинг и предпринимать правильные действия в процессе управления здравоохранением Узбекистана, предлагается проект по развитию информационной системы управления здравоохранением страны, который включает в себя следующие компоненты и должен быть исполнен в течение пяти лет.

- Упрощение журналов записей и отчетов на уровне СВП.
- Установление системы обратной связи и ее интеграция в программное обеспечение Медстат.
- Разработка системы показателей эффективности и ее интеграция в программное обеспечение Медстат.
- Обучение сотрудников, руководящего персонала, а также компьютерных программистов информационной системе управления здравоохранением.
- Оснащение областей и районов компьютерами и системой связи.
- Совершенствование и установка МЕДСТАТ в областях и районах.
- Создание межведомственного координационного механизма с системой ЗАГС и СЭС.

- Обзор информационной системы управления здравоохранением.

Некоторые из вышеуказанных видов деятельности проводятся независимо от других, а некоторые из них связаны с другими и требуют последовательной реализации. Упрощение журналов записей и отчетов является весьма сложным вопросом и, возможно, потребует большей поддержки со стороны высшего руководства, однако можно проводить другие виды деятельности, и, где возможно, предпринимать попытки упрощения журналов записей.

- 2) Предлагаемый проект существенно повлияет на существующую инфраструктуру (оборудование, кадры, программное обеспечение и механизм сдачи отчетов) и укрепит дополнительные составляющие здравоохранения для того, чтобы принятие и использование проходили гладко. РИАЦ разработал всеобъемлющее программное обеспечение для ввода и обработки статистических данных, которое составляет формы текущих отчетов. Однако, это программное обеспечение требует улучшения в условиях в связи с СУРБД, дополнительными модулями показателей и системы обратной связи.
- 3) РИАЦ является основной организацией, выполняющей эту деятельность в Ташкенте, а областные и районные статистические бюро являются региональными исполнителями на соответствующих уровнях.
- 4) Техническое сотрудничество с помощью консультантов, работающих на основе кратко-срочных договоров, оборудования, обучения и упрощения форм отчетности, а также своевременных и качественных данных и индикаторов являются основным вкладом проекта
- 5) После оснащения компьютерами система статистических данных здравоохранения претерпит большие изменения, такие, как полное изменение стиля работы (нет необходимости в ручном сборе данных и подготовке отчетов), а также ручной доставке отчетов и т.д. Это требует повышения квалификации персонала, работающего со стат. данными для проверки качества данных, проведения анализа (графического, при помощи карт). Для решения этого вопроса должна быть создана всеобъемлющая программа обучения.

- 6) Предлагается усилить сотрудничество между донорами и внутри министерств, используя объединенные базы данных, которые автоматически изменяются при работе с ними всех вовлеченных сторон.

**(4) Медицинские учреждения и оборудование**

- 1) Для того, чтобы обеспечить население равнодоступными, адекватными и эффективными медицинскими услугами, для каждого уровня медицинских учреждений должны быть подготовлены необходимые ресурсы. Также необходимо усилить работу и управление. Для того, чтобы соответствовать потребностям населения, необходимо изменить количество зданий.

- 2) Консолидация больничных учреждений и их функций (за исключением комплексных зданий)

План этажа здания должен быть более функционален в ЦРБ и областной многопрофильной больнице. В настоящее время больничное учреждение разделено на а) отделение для осмотра пациента и лечения, операционные комнаты, реанимационное отделение и отделение функциональной диагностики, а также б) отделение для госпитализированных больных в том же самом здании.

- 3) Изучение и составление перечня оборудования

Генеральный план для больничных учреждений и перечни оборудования должен был изучен на основании списка больничного оборудования Министерства Здравоохранения и полученных результатов опроса. Планирование рекомендованных учреждений и оборудования было проведено в соответствии с функциями областной многопрофильной больницы и ЦРБ. Перечень рекомендованного настоящим Генеральным планом стандартного оборудования для областной многопрофильной больницы и ЦРБ показана в таб. 15.1 и 15.2 в Аппендиксе.

- 4) Машина скорой помощи

На каждую больницу должна быть выделена одна машина скорой помощи, потому что большая часть машин скорой помощи, находящихся в настоящее время в больнице, не оборудована.

Рекомендуется оборудовать эти машины дефибрилляторами и другим

необходимым реанимационным оборудованием для оказания экстренной медицинской помощи непосредственно в самом салоне машины скорой помощи. Следующим шагом к выполнению Генерального плана необходимо будет установить радиотелефонную связь, особенно в сельской местности, где телефон не всегда доступен.

5) Ремонт оборудования

Тибтехника проводит ремонт оборудования в больницах, с которыми заключается договор. Для обеспечения запасными частями и расходными материалами, а также проведения ремонта медицинского оборудования очень важно ежегодно составить бюджет на самые необходимые расходы. Инженеры Тибтехники недостаточно квалифицированы для ремонта некоторых видов современного западного оборудования. Поскольку это необходимо для ремонта медицинского оборудования в больницах, иностранные производители оборудования ежегодно должны проводить регулярную программу обучения, средства на которую должны выделяться из государственного бюджета. Это должно быть сделано в целях повышения квалификации инженеров.

6) Меры для улучшения ситуации нестабильного снабжения электричеством

Подача электричества относительно стабильна в Узбекистане на протяжении года. Несмотря на то, что нестабильное водоснабжение наблюдается в некоторых больницах, эта проблема может быть разрешена установкой автоматического регулятора напряжения или системы бесперебойной подачи электричества, не создавая каких-либо проблем для медицинского оборудования.

7) Меры по устранению жесткости воды

В некоторых регионах Узбекистана подается жесткая вода. Рекомендуется очищать воду для медицинского оборудования с помощью специальной аппаратуры по смягчению воды или дистилляционной установки.

8) Чистка и ремонт больничных туалетов

Как часть гигиенических мероприятий больничные туалеты всегда должны отвечать санитарным нормам.

## (5) Обеспеченность лекарствами

- 1) Существующий список жизненно важных лекарств включает почти все лекарства без учета структуры болезней и эффекта действия лекарства, что создает некоторые недоразумения в учреждениях первичного уровня. Поэтому принятие списка жизненно важных лекарств является необходимым для мед.учреждений первичного уровня. Рекомендуемый Генеральным планом список жизненно важных лекарств для учреждений первичного уровня указан в таб. 15.3 в Аппендексе.
- 2) Министерство Здравоохранения сделало попытку создать правовую основу для лекарств. В настоящей ситуации Министерство должно сформулировать систему усовершенствования законодательства. К дополнению должна быть пересмотрена национальная лекарственная политика, уделяя большое внимание жизненно важным препаратам, названию ингредиентов и коммерческому названию лекарства.
- 3) Поставка лекарств будет улучшена двумя способами: а) Дори-Дармон и каждое медицинское учреждение должны поддерживать между собой связь и часто обмениваться информацией и б) Правительство будет поощрять и поддерживать местных производителей для того, чтобы поставка лекарств осуществилась по стабильной и низкой цене.
- 4) Запас лекарств на первичном и вторичном уровне учреждений в системе переадресации пациентов недостаточен. Также, доступ к частным аптекам сильно различается между г. Ташкентом и отдаленными районами, например, в Каракалпакстан. Поэтому доступ к лекарствам в отдаленных районах должен быть улучшен.
  - Жизненно важные препараты должны быть всегда доступны на первичном уровне медицинской помощи.
  - Будет рекомендована система поставки лекарств по инициативе общества, например, махаллинские аптеки и/ или возобновляемый фонд для покупки лекарств.
  - Будет осуществлен инвентарный менеджмент в аптечном отделе медицинского учреждения для управления запасами лекарств и адекватного



использования бюджета.

- Обучить персонал, как проверять расход и запас лекарств.
- Создание системы инвентарного менеджмента.
- Создание коммуникационной системы по инвентаризации лекарств совместно с областным филиалом Дори Дармон.

5) Обучение провизоров, фармацевтов и врачей адекватному использованию и лечению, и образование и улучшение информированности населения о правильном использовании лекарств.

- Обзор методов лечения, применяющихся в настоящее время.
- Создание стандартных руководств по лечению.
- Правильные знания по использованию лекарств укоренилось среди населения.
- Проведение изучения по предпочтительности и веры в лекарства на территории проекта.
- Создание программы обучения с помощью махалли.

## **(6) Развитие кадрового потенциала**

### **1) Планирование кадрового потенциала**

Планирование кадров теснейшим образом связано с определением всех целей и задач системы здравоохранения.

- Реформы государственной политики по развитию кадрового потенциала и планированию проводятся при поддержке и интересе, проявляемом со стороны международных организаций и проектов, через которые впоследствии привлекаются инвестиции международных и донорских организаций для обучения руководителей и для сотрудников как в стране, так и за границей.
- Разработка основного пакета медицинских услуг для населения.
- Разработка стандартов оказания медицинских услуг по основным заболеваниям специально созданными для этого группами местных специалистов с помощью консультантов международных проектов.
- Разработка квалификационных требований для должностных обязанностей

различных специалистов.

- Обучать лаборантов, фармацевтов, финансовых менеджеров, инженеров по медицинскому оборудованию.

## 2) Система управления и структура медицинского образования

Появилась необходимость радикальных изменений и введения новшеств в структуру и процессе медобразования на всех уровнях. Такие реформы необходимы для того, чтобы:

- Более эффективно обучать специалистов, чтобы они соответствовали требованиям и запросам населения.
- Предоставить врачам возможность решить проблемы, связанные со взрывоподобным ростом научных знаний и технологий.
- Формировать способность врача к «обучению на протяжении всей жизни».
- Проводить обучение врачей новым информационным технологиям на местах.
- Адаптировать медицинское образование для отражения изменяющихся условий функционирования системы здравоохранения.
- Централизовать систему управления образованием и возможность контролировать качество медицинского образования, вне зависимости от региона.
- Унифицированные государственные образовательные стандарты.

## 3) Нормативно-правовая база государственной политики кадрового потенциала и медицинского образования

- Создание нормативно-правовой базы для перехода к трех-ступенчатой системе подготовки работников здравоохранения.
- Провести пересмотр существующей классификации специальностей и рекомендовать введение новых специальностей, таких как ВОП и медсестра с высшим образованием.
- Создание правовой базы для проведения унифицированного государственного экзамена для получения лицензии.

- Утвердить порядок повышения квалификации кадров с учетом введения новых технологий и развития дистанционного обучения, а также внедрения института наставничества.
- Посредством создания правовой базы приоритет распределения медицинских ресурсов будет отдан отдаленным районам.

**(7) Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)**

**1) План**

Взаимодействие между поставщиками медицинских услуг на основе учреждений ПМСП (СВП, поликлиники) и получателями медицинских услуг, существующее в обществе, вызывает стабильную цепную реакцию соответствующих медицинских услуг. Ограниченный бюджет здравоохранения должен быть экономически выгодным и использован с наибольшими результатами. Покупка и продажа квалифицированных медицинских услуг должна быть встречена с удовлетворением как поставщиками, так и получателями. Таким образом, четкая роль и надежные ограниченные ресурсы могут завоевать доверие получателей.

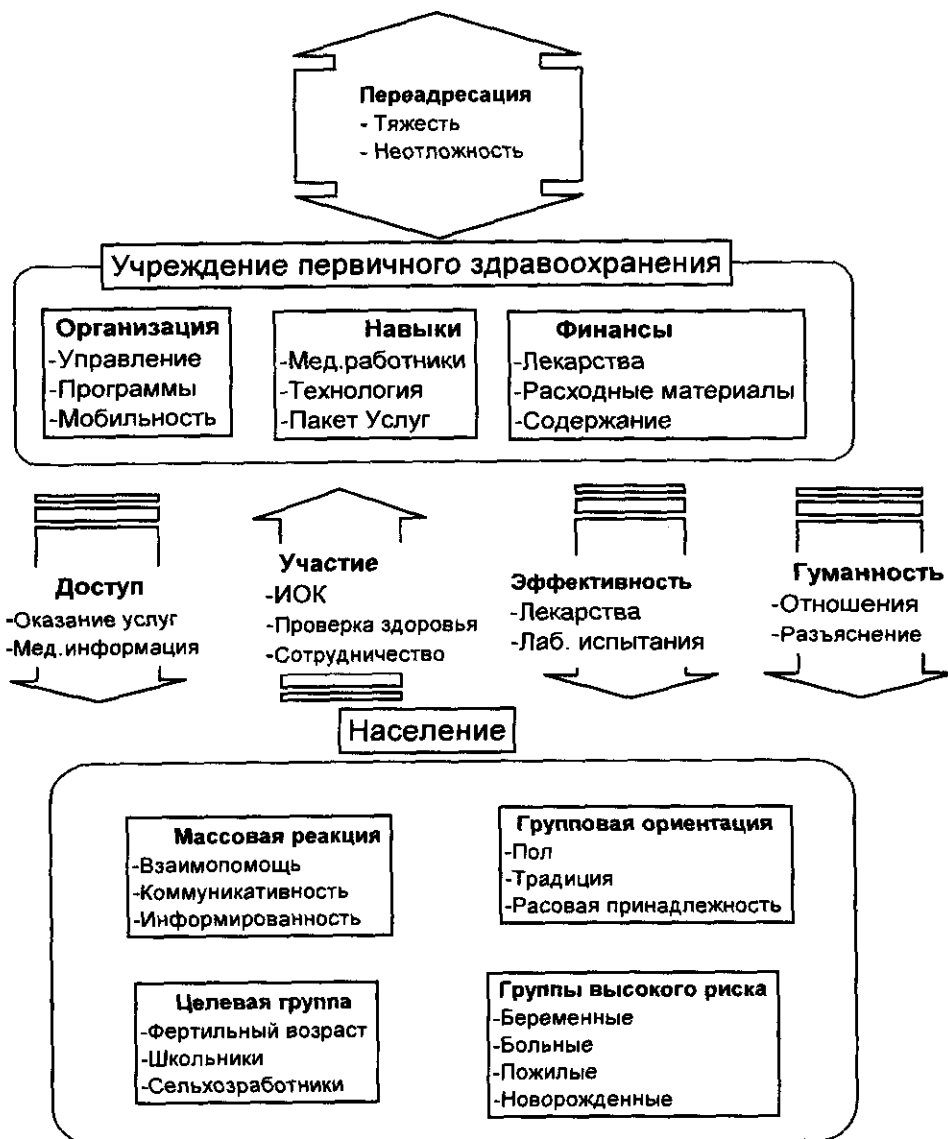


Схема 15.4 Структура улучшенного первичного здравоохранения

2) Полученные уроки

**Таблица 15.6 Выводы по проблемам ПМСП.**

Проблемы	Вмешательства	Наилучшая практика
<b>Первичное здравоохранение</b>		
-	-	Введение ВОП и универсальных сестер в проекте «Здоровье-1».
Короткий период обучения преподавателей ВОП.  Статус ВОП неясен и необходимо понимание значимости ВОП.	Для обучения ВОП необходимо модификация сроком до 10 месяцев. Заполнение пробела между статусом специалиста и ВОП, и утверждение специальности ВОП.	-  -
-	-	Оснащение оборудованием и всем необходимым учреждений первичного здравоохранения (СВП). Продвижение здоровья для сообщества на основе СВП и с помощью персонала СВП.
-	-	Введение функции эпидемиологического надзора совместно с СЭС на базе лаборатории СВП.
Разрыв между старыми учреждениями и новыми СВП по качеству медицинских услуг.  Сложности переадресации пациентов в медучреждения высшего уровня из СВП. Низкая зарплата малоимущественных, чтобы <u>купить достаточно пищи.</u>	Расширение проекта «Здоровье-2» на основе «Здоровье-1» для равенства доступа. Реконструкция и реформа районной больницы в будущем плане. Поставка микроэлементов и поощрение общества к сбалансированной диете.	-  -
Религиозные верования и социальное давление.	Усиление пропаганды здоровья.	-
<b>Здоровье матери и ребенка</b>		
-	-	Создание центра скрининга для репродуктивного здоровья.
-	-	ИЕС деятельность для школьников.
-	-	Укрепление репродуктивных программ.
-	-	Усиление стратегии ИВДВ в координации с другими программами

Проблемы	Вмешательства	Наилучшая практика
-	-	Высокий охват Расширенной программы иммунизации.
Пробел при определении неподсчитанных неонатальных смертей при определении младенческой смертности.	Введение международных стандартов определения.	-
-	-	Создание центра скрининга для репродуктивного здоровья.
Сложность переадресации пациентов в медучреждения высшего уровня из СВП.	Реконструкция и реформа районной больницы в будущем плане.	-
Слабая система переливания крови в учреждениях родовспоможения.	Введение системы переливания крови в проекте АБР.	-
Религиозные верования и социальное давление.	Усиление продвижения здравоохранения.	-
Плохое качество и неэффективность контрацепции аборт.	Пересмотр поставок и распределения контрацептивов.	-
Недостаточное питание беременных и грудных детей .	Поставка лекарств для групп высокого риска и сбор данных о дефиците микроэлементов.	-
Распространенность высокой анемии в последние 10 лет, несмотря на программы.	Усиление всеобъемлющей пропаганды здоровья сообщества в области питания и беременности.	-
<b>Санитария и гигиена</b>		
-	-	Усиление системы надзора за ВИЧ/СПИДом.
-	-	Укрепление потенциала сообщества, т.е. учреждение здорового сообщества.
Бюрократическая система эпидемиологического надзора.	Ознакомление работы СВП для информационной системы здравоохранения.	-
Региональный разрыв между поставкой воды и санитарной системой.	Улучшение поставок питьевой воды посредством привлечением инфраструктуры.	-
Распространенность диареи остается высокой.	Контроль диареи путем обеспечения питьевой воды.	-

### 3) Рекомендации

Для первичного здравоохранения, ВОП и универсальные сестры являются впервые созданными штатными должностями и их тренинги только что завершили без последующего опыта работы. Навыки управления все еще слабы и пройдет много времени, пока они будут приняты сообществом. Таким образом, для осуществления стабильного управления необходимо объединять

основные медуслуги постоянно с поддерживанием контактов друг с другом. К понятию основных медуслуг относятся логистика лекарств, посещение врача на дому, установление штатных должностей медицинского персонала и пакета качественных услуг. Совместная программа Всемирного банка и АБР, следующий проект за проектом «Здоровье-1» может рассматривать усиление равенства и эффективности прежнего пакета услуг.

Для охраны здоровья матерей и ребенка, при скрининге должны наблюдаться группы высокого риска во время беременности. Чтобы снизить материнскую и младенческую смертность, скрининг делает упор на средний период беременности. В качестве составляющей части продолжающихся усилий по улучшению материнского и неонатального здоровья, может быть рекомендован комплекс мер «Мать и Дитя». Этот комплекс мероприятий описывает каждое вмешательство, необходимое для достижения «безопасного материнства» в короткие сроки. Сообщества должны быть укреплены, чтобы поддерживать семьи для обеспечения необходимой помощи по улучшению детского выживания, роста и развития. Семьям нужны знания, навыки, мотивация и поддержка для обеспечения безопасности матери и ребенка.

В целом, в Узбекистане доступность воды тем или иным образом обеспечивается. Проблемой является качество воды в некоторых особых районах. Насущными вопросами остаются источники грунтовой воды в сообществе, в регионе Аральского моря, и стабильность поставки чистой и безопасной воды. Так как контроль качества грунтовой воды вызывает опасение принципиального риска для здоровья человека. Во время поставки воды в сообществе остаются микробы. Рекомендованные параметры для минимального мониторинга поставок сообществу наилучшим образом поддерживают гигиеническое состояние воды и снижают риск инфекций, вызванных водой.

Участие сообщества в отборе образцов воды и быстрой оценке может быть экономически выгодным способом транспортировки.

Это также важно для других параметров, где лабораторной поддержки не хватает и невозможно анализировать обычных проб или где имеются проблемы с транспортировкой. В таком случае, лаборатория СВП может быть полезной для немедленной проверки. Должно быть обеспечено большее участие учреждений СВП и персонала для инспекции воды.

## **(8) Участие сообщества**

- 1) Взаимодействие населения и медицинских учреждений может быть усилено с помощью махалли. Государственные программы реформирования здравоохранения могут распространяться через махаллю.
- 2) В процессе реформирования необходимо привлекать уважаемых лидеров, большая роль и признание должны быть отданы лидерам общины.
- 3) Для того, чтобы разрыв в деятельности той или иной махалли уменьшился, обязанность и роль махалли должны быть стандартизованы. Что потребует более пристального контроля финансового положения Махалли.
- 4) Махалле могут быть поручены функции сбора средств общественного медицинского страхования, поскольку она уже выполняет подобные задачи.
- 5) Необходимо провести консолидацию для упрощения некоторых пересекающихся задач Хокимията и Фондом махалли. Это поможет провести более гладкое осуществление программы и распространить ее в махаллях.
- 6) Прежде всего на национальном уровне должно быть проведено всестороннее и глубокое исследование для оценки связей между махаллями и медицинскими учреждениями, и для того, чтобы приобрести полное понимание того, как и какие программы и задачи были проведены или не проведены в каждой махалле. Это определит лучший опыт и проблемы текущего положения дел, и таким образом идентифицирует задачи, которые должна будет выполнять махалля в будущем.

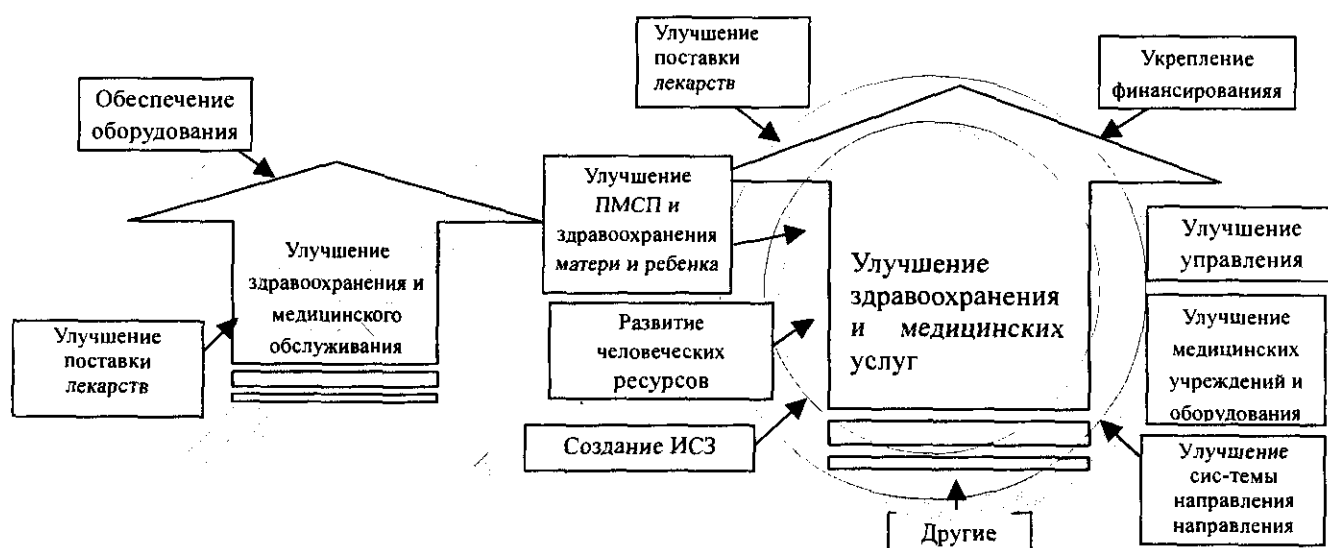
### **15.8.2 Комплексная программа улучшения**

Территория Узбекистана огромна. Она составляет приблизительно 1,2 раз больше чем Япония. Характеристика страны варьируется от региона к региону, однако результаты изучения показали отсутствие значительного различия в структуре болезней. Поэтому в процессе разработки региональной стратегии и программы настоящего Генерального плана учтены различия в инфраструктуре, плотности населения и положении медицинских услуг. Эти различия характеристик



подразделяются на три модели: i) территория, для которой может быть применена стандартная модель медицинских услуг, ii) городская территория, как г. Ташкент и iii) территория с низкой плотностью населения, такие как Республика Каракалпакстан и Навоййская область (основная задача заключается в том, каким образом оказать медицинские услуги в отдаленных населенных пунктах).

Для решения вопроса о улучшении здравоохранения и медицинского обслуживания по областям, в данном Генеральном плане создана программа в разрезе областей, которая рассматривает все сектора, относящиеся к сфере здравоохранения и медицинского обслуживания. Поэтому, она представляет всеобъемлющие и интегрированные программы по улучшению ситуации со здравоохранением и медицинским обслуживанием по всей области.



**Схема 15.5 Всеобъемлющая программа для улучшения региональной ситуации**

**(1) Модель стандартных медицинских услуг**

- 1) Комплексная система медицинских услуг в сельской местности будет разработана с учетом того, что ЦРБ и ОЦБ будут играть главную роль, что соответствует с политикой децентрализации и улучшит доступ к медицинским учреждениям сельскому населению.
- 2) Будут расширены возможности ЦРБ и ОЦБ для более эффективного функционирования через создание вышеуказанной системы.

- 3) На уровне районов СВП будут укреплены для выполнения своих функций как первые пункты обращения больных за услугами здравоохранения. Таким же образом, будет создан комплексный механизм для ЦРБ как первые пункты обращения больных за стационарными услугами, включая систему лечения, систему направления больных, неотложной помощи, медицинских информационных услуг, профилактической медицины, управления лекарственными средствами, эксплуатации и обслуживания и финансового менеджмента. В ведении ЦРБ, которая является центральным в районе учреждением в медицинских услуг, будет создана система предоставления медицинской информации и поставки лекарств для СВП на основе сотрудничества, где также будет осуществляться координация и контроль между ЦРБ и СВП.
- 4) На уровне области достаточно трудно перевести больного из области в учреждения г. Ташкента. Поэтому будет создана более эффективная система предоставления медицинских услуг на уровне области, где ОЦБ будет играть главную роль. Это потребует консолидации и централизации амбулаторной лечения, стационарного лечения, лабораторных анализов, диагностического обследования, специализированных медицинских услуг и неотложной помощи, что обеспечит более эффективное использование медицинских услуг и снизит затраты.
- 5) Для предоставления более квалифицированных медицинских услуг и правильного финансового менеджмента будет осуществлено обучение и подготовка трудовых ресурсов, созданы руководства и стандарты.
- 6) Для предоставления эффективных и квалифицированных медицинских услуг будет улучшено состояние медицинских учреждений, их оборудования и запас лекарств. В дополнение к этому, будут усилены система и потенциал проведения лабораторных анализов и диагностического обследования, управления лекарствами, эксплуатация и обслуживание медицинских учреждений и оборудования.
- 7) Будет создана надлежащая система переливания крови, основанная на донорской крови, для ликвидации дисбаланса в спросе и предложении на

областном уровне. Это обеспечит безопасность медицинского лечения.

- 8) Будет введена система централизованной лаборатории. ОЦБ будет играть роль «ядро» в этой системе, таким образом, укрепятся возможности лаборатории, система транспортировки образцов анализов и улучшится точность анализов и снизится их стоимость. Одновременно с консолидацией многочисленных специализированных больниц в единую больницу с хорошо укомплектованными функциями, на областном уровне следует создать централизованную систему диагностических и функциональных обследований.
  - 9) Эти программы пытаются внедрить систему эффективного управления и работы в сфере финансирования здравоохранения и систему подготовки бюджета на уровне области и районов. К тому же будет внедрена система медицинского страхования, охватывающего все население страны. Поэтому важно наладить обучение персонала из страховых организаций и финансовых отделов.
  - 10) В настоящее время данные и информация, имеющиеся в информационной системе здравоохранения, консолидирована и, поэтому, трудно определить и анализировать ситуацию в конкретном районе и медицинском учреждении. Для решения этой проблемы будет поставлено оборудование на уровень районов для обработки данных. В результате чего, будет сокращено время на сбор и передачу информации и будет возможность использования информации в более современном виде. Будут усилены административный потенциал администрации медицинских учреждений и потенциал планирования с помощью информации.
- (2) Городская модель медицинских услуг**
- 1) Будет создана городская модель медицинских услуг ПМСП. Более того, в городской местности будут созданы ГВП (городские врачебные пункты), находящие в системе переадресации пациентов. Всемирный банк предложил ту же концепцию в рамках проекта «Здоровье-2» и, поэтому, важно наладить сотрудничество с международными организациями для обеспечения квалифицированных медицинских услуг ПМСП в городах.

- 2) В ведении ЦГБ будет создана экстенсивная система, состоящая из системы лечения, системы переадресации пациентов, медицинской информационной системы, управления лекарственными средствами, системы эксплуатации и обслуживания и финансового менеджмента.
- 3) Для предоставления эффективных и квалифицированных медицинских услуг будет улучшено состояние медицинских учреждений, их оборудования и запас лекарств. В дополнение к этому, будут укреплен потенциал управления лекарственными средствами, усилены возможности обслуживания в учреждениях и эксплуатации оборудования.
- 4) Для предоставления более квалифицированных медицинских услуг и правильного финансового менеджмента будет осуществлено обучение и подготовка трудовых ресурсов. Кроме этого, будут разработаны руководства и стандарты для стимулирования эффективного выполнения задач.
- 5) Министерство Здравоохранения не осуществляет контроль над частными клиниками, больницами и аптеками на городском уровне. Поэтому, для обеспечения квалифицированных медицинских услуг в частном секторе необходимы руководства и стандарты. Будет также укреплен потенциал государственных структур в проведении мониторинга и контроля частного сектора.
- 6) Система неотложной помощи в городах и, особенно, в г. Ташкенте, будет и далее укрепляться. В г. Ташкенте проживает большая часть населения страны (10%), и вместе с населением Ташкентской области оно занимает более 20% от всего населения Узбекистана. Вот почему важно создать систему неотложной помощи, которая будет быстрой и эффективной.
- 7) Специализированные медицинские институты расположены в городах и являются последней ступенью в системе переадресации больных. Основная задача этих институтов заключается в предоставлении медицинских услуг самого высокого уровня для всего населения Узбекистана, обучении и подготовке врачей-специалистов и проведении исследовательской деятельности. Для выполнения этих задач будут усилены возможности и деятельность этих

институтов.

**(3) Модель медицинских услуг для отдаленной местности**

- 1) Основная концепция предоставления медицинских услуг в сельской местности такая же, как стандартная модель. Эффективная система медицинских услуг для сельской местности будет создана путем создания системы медицинских услуг внутри области. При этом будут усилены возможности и функции ЦРБ и ОЦБ.
- 2) В дополнение к этому, медицинские услуги для отдаленной местности включают нижеследующее:
  - В отдаленной местности модель учреждений первого здравоохранения, как место первого обращения за медуслугам будет разработана, а СВП будет играть главную роль. Более того, будет создана система предоставления квалифицированного и эффективного лечения.
  - Будет создана эффективная система переадресации пациентов с обеспечением средств коммуникации и транспортных средств.
  - Так как Всемирный банк предлагает такую же концепцию в рамках проекта «Здоровье-2», важно наладить сотрудничество с международными организациями для обеспечения квалифицированных медицинских услуг ПМСП в отдаленных местностях.
  - В случае местности чрезвычайной отдаленности, будут укрепляться услуги ФАП под контролем ЦРБ и СВП.
  - Такая медицинская деятельность, как посещение на дому и педиатрическая помощь по месту жительства, в отдаленной местности будет усилена профилактическая работа.
- 3) Исходя из положений законов, приоритет при распределении медицинских ресурсов будет отдан отдаленным местностям. Существующая система распределения бюджета здравоохранения основана строго на подушевом финансировании, что препятствует осуществлению адекватных медицинских услуг. Поскольку бюджет распределен вне зависимости от размера медицинских учреждений, неизбежны минимальные фиксированные затраты. В дополнение к этому, центральное правительство и органы власти на местах

должны назначать медицинский персонал для работы в отдаленной местности.

- 4) Для отдаленной местности, в частности, рекомендуется системы поставки лекарств, основанной на участии населения и инициативы, например, махаллинские аптеки и/или возобновляемый фонд для покупки лекарств.
- 5) Другой подход, отличающийся от модели стандартных медицинских услуг, должен быть рассмотрен с учетом доступности медицинских учреждений для больных (время и расстояние). Предлагается создание ключевые пунктов, отделений/филиалов СВП или ЦРБ для медицины отдаленной местности. Лабораторные анализы и система переливания крови для отдаленной местности таким же образом осуществляются.

### **15.8.3 Концепция программ поэтапного улучшения**

Генеральный план предлагает программы поэтапного улучшения, нацеленные на эффективную реализацию реформы здравоохранения. На начальной стадии будут отобраны отдельные регионы для осуществления пилотного проекта. Эти пилотные проекты покажут, как работает и функционирует разработанная программа. В дополнение к этому, в цели проекта будет внесены изменения в процессе его осуществления.

На последующей стадии, после накопления опыта и ноу-хау, эта система будет расширена на другие регионы

Следующая стадия включает применение полученных уроков начальной стадии (как осуществлять пилотное изучение, как достичь успешных результатов) и переход к планированию программ для процесса расширения.

Специалисты, участвовавшие в работе на начальной стадии, такие как менеджеры, финансовые работники, врачи, медсестры, технические работники, должны быть задействованы на стадии расширения проекта для мотивации участников проекта в новых областях и, главное, для передачи ноу-хау и осуществления руководства.

При расширении эффективных медицинских услуг, разработанных и достигнутых в пилотных регионах на другие области страны, непременным условием является наличие единых и стандартизированных административных местных единиц в каждой области. Другими словами, административные единицы в пилотных регионах должны быть идентичны административным единицам других регионов с тем, чтобы

можно было вносить изменения в программу для ее дальнейшего распространения по стране.

Пилотное изучение, нацеленное на улучшение медицинских услуг на уровне областей и районов, соответствует с движением децентрализации, осуществляемым в стране, и будущей стратегией улучшения медицинских услуг по всей стране.

Более конкретно, в краткосрочной перспективе начнется осуществляться пилотное изучение на уровне областей и районов. Что касается средне- и долгосрочных перспектив, то здесь будет предпринята попытка расширения этих проектов на другие районы и области страны.

С другой стороны, необходимо заметить, что задачей данного пилотного изучения не является вложение больших ресурсов в определенные области, а акцент ставится больше на осуществление хорошо подготовленных программ, на увеличение потенциала и институциональное создание системы и передачу ноу-хау. Все это ожидается расширить на другие области.

**ГЛАВА 16**  
**ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОГРАММЫ**





## 16. Приоритетные программы

### (1) Основные концепции для формулирования приоритетных программ

#### 1) Секторальный подход к существующим медицинским услугам

Первым шагом формулирования приоритетных программ является анализ ситуации секторального здравоохранения и системы медицинского обслуживания в Узбекистане. Такой подход проясняет и анализирует слабые и сильные стороны каждого сектора здравоохранения. Подробное писание анализа ситуации в каждом секторе и программ улучшения показаны в «Главе 15.7.1». Основные секторы анализа ситуации и формулирования программы улучшения показаны ниже:

**Табл. 16.1** Области для анализа ситуации и формулирования программ улучшения

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Финансирование здравоохранения (включая систему управления здравоохранением и законодательную базу здравоохранения).</li><li>2. Система переадресации пациентов (включая качество медицинского обслуживания).</li><li>3. Информационная система здравоохранения.</li><li>4. Медицинские учреждения и оборудование.</li><li>5. Поставка лекарств.</li><li>6. Развитие человеческих ресурсов.</li><li>7. Первичное звено здравоохранения (включая пропаганду здоровья, охрану здоровья матери и ребенка, санитарии, гигиену и контроль инфекционных заболеваний.)</li></ol> |
|--|

#### 2) Всеобъемлющий подход к медицинскому обслуживанию

Для рассмотрения улучшения здравоохранения и медицинского обслуживания на государственном уровне необходимо проверить все сектора, связанные со здравоохранением и медицинским обслуживанием и сформулировать всеобъемлющую программу улучшения, которая связывает и осуществляет сотрудничество между секторами. Это необходимо, так как невозможно улучшение ситуации здравоохранения посредством программ, осуществляемых только в одном секторе.

Поэтому, для достижения всеобщей цели по «улучшению ситуации со здоровьем всего населения Узбекистана», данный Генеральный план рекомендует программы по всеобъемлющему улучшению в соответствии с тремя направлениями формулирования Генерального плана.

Необходимо рассматривать всеобъемлющую программу улучшения в разрезе областей, включая общегосударственный подход. Компоненты улучшения

здравоохранения и медицинского обслуживания разделяются по категориям в зависимости от уровня медицинского обслуживания (первичный, вторичный и третичный уровень направления), получателей медицинских услуг и уровня сообщества и других пунктов, которые связаны со всеми системами здравоохранения и медицинского обслуживания, как например финансирование здравоохранения. Поэтому, чтобы достичь трех целей Генерального плана (см. «Главу 15.5.2»), должны рассматриваться всеобщие и всеобъемлющие программы улучшения по областям, по каждой медицинской службе, по уровню сообщества и по другим пунктам (связанными со всеми системами).

Концепция всеобъемлющей программы улучшения показана ниже:



**Схема 16.1 Концепция всеобъемлющей программы**

**(2) Поэтапный подход разработки: планируемый период.**

После формулирования программ улучшения посредством вышеуказанного подхода, были выбраны приоритетные программы данного Генерального плана в соответствии с тремя целями ГП, эффективностью, расписанием осуществления. Приоритетные программы и планируемый период, уровень приоритетности

проказаны в таблице ниже. В то же время, критерии достижения целей и взаимоотношение с целями, связанными с сектором здравоохранения по улучшению и приоритетными программами описаны в следующей главе.

**Таблица 16.2 График и приоритетность программы улучшения**

Пункты		Кратко сровно ~2005	Средне-долгосрочно (Целевой год) 2006~2010				Окон. Цель ~2015*	Приоритет **	Предложение и состояние
Первичный уровень	Укрепление перв. зд-ния						■ ■	-	Первый приоритет - первичное здравоохранение
	1) Укрепление СВП (Проект «Здоровье» и проект АБР)				■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■			AAA	Расширение мест выполнения. Простой пакет исполнения.
	2) Улучшение медуслуг в сельской местности в сотрудничестве СВП и ЦРБ							-	Развитие СВП приоритетно.
	<b>19.3 Улучшение медуслуг на районном уровне</b>								
	а. Пилотный проект	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■						AAA	Место, где необходимо развить СВП.
	б. Расширение на национальный уровень							AA	Расширение мест выполнения.
Вторичный уровень	<b>19.3 Улучшение медуслуг на районном уровне</b>						■ ■	-	Охрана матери и ребенка и развитие здравоохранения в сельской местности – приоритетны.
	1) Продвижение охраны матери и ребенка (проект АБР)					■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		AAA	Бюджет выделен из АБР.
	2) Улучшение медуслуг в ЦРБ							-	Необходим контроль охрану матери и ребенка и анемии. ЦРБ – ключевое учреждение в медуслуг в сельской местности.
	а. Пилотный проект	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■						AAA	Пробный проект маленького масштаба может быть адаптирован.
	б. Расширение на национальный уровень							AA	Расширение мест выполнения.
Третичный уровень	<b>19.4 Улучшение медуслуг на областном уровне</b>						■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	-	Необходимость интеграции разброшенных больничных функций.
	1) Учреждение эффективной системы медуслуг на областном уровне							-	Текущие себестоимости уменьшаются посредством выполнения проекта в проектных учреждениях
	а. Пилотный проект	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■						AAA	Пилотное место должно выбрано внимательно для разработки ТЭО.
	б. Расширение на национальный уровень						■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	AA	Распределение затрат не соответствует с решением.

Пункты		Краткосрочно ~2005	Средне-долгосрочно (Целевой год) 2006-2010			Окон. Цель ~2015*	Приоритет **	Предложение и состояние
Все уровни	19.1 Улучшение финансирования здравоохранения					■ ■ ■ ■	AAA	Первый приоритет – улучшение финансов здравоохранения. Интеграция с проектом «Здоровье-2» для обучения менеджмента.
	19.2 Учреждение системы медстрахования					■ ■ ■ ■	-	Экономическая разница между регионами должна быть учтена.
	а. Пилотный проект						AAA	Пилотное место должно быть выбрано внимательно для разработки ТЭО.
	б. Расширение на национальный уровень					■ ■ ■ ■	AA	Нужно долгое время, чтобы равенство и справедливость были распространены
	19.6 Усовершенствование системы переливания крови						-	Необходим контроль охраны матери и ребенка и анемии. Необходим контроль за инфекционными болезнями. Необходима безопасность крови.
	а. Пилотный проект						AAA	Адекватные места (1-3 области) с точки зрения числа населения должно быть адаптировано.
	б. Расширение на национальный уровень						AA	Распределение затрат должно быть учтено.
	19.5 Создание информационной системы здравоохранения						-	Приоритетность информации здравоохранения – стратегия здравоохранения и планирование.
	а. Обучение РИАЦ и создание системы						AA	Интеграция с донорами для информационной системы здравоохранения.
	б. Обучение персонала в сельской местности и расширение на национальный уровень						AA	Интеграция с проектом «Здоровье-2» в плане СВП, лаборатории ЦРБ и первичного здравоохранения. Сотрудничество с проектом должно быть учтено с экономической точки зрения.

Примечание: Период мониторинга и оценки.

Краткосрочная программа.

Примечание:\* система реформы сферы здравоохранения и усиления медицинских услуг должна быть создана до целевого 2010 года. Она предполагает, что деятельность по ее расширению на всю страну, исходя из МП, и создание устойчивой системы будет продолжаться до 2015 г. – это год достижения супер целей, и он выходит за рамки целевого года МП. Однако важно продолжать деятельность программ улучшения.

\*\* Приоритет AAA означает высокий приоритет

\*\*\* количество программ означает количество приоритетных программ в этой главе.

### (3) Взаимосвязь целей Генерального плана и приоритетных программ

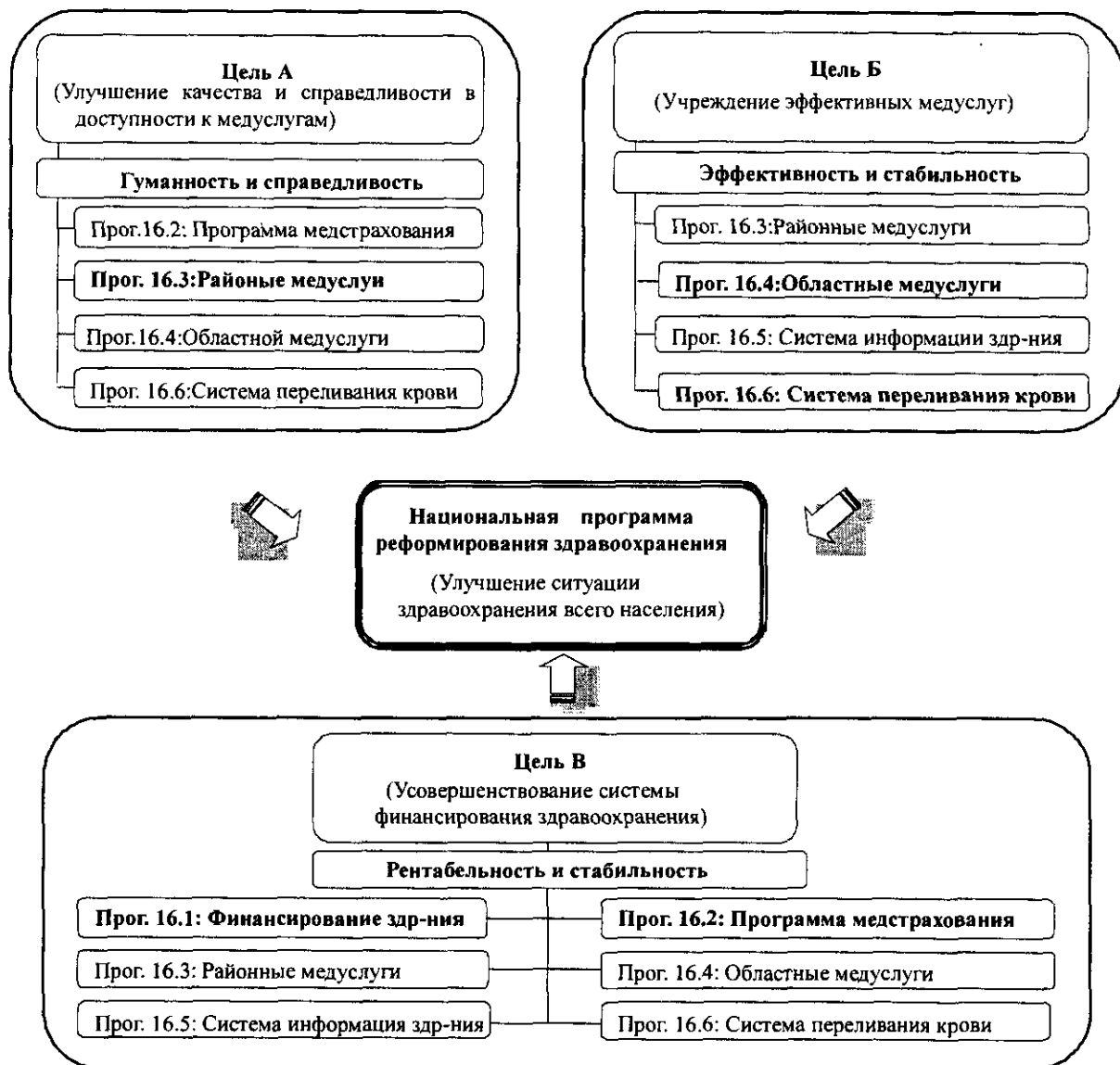
Взаимоотношение с целями Генерального плана, контрамеры для достижения целей, относящиеся секторы здравоохранения для осуществления программ контрамер и проритетных программ, включая каждый сектор здравоохранения, покзаны в следующей таблице. Другими словами, эта связь также может выразить критерии рассмотрения приоритетности программ, потому что данная связь напрямую связана с достижением целей Генерального плана.

**Табл 16.3 Связь между целями и приоритетной программой**

Цели	Контрамеры	Относящиеся секторы здравоохранения	Название программ
<b>А</b> Человечность и равенство (Улучшение качества и равный доступ к медицинским услугам)	Улучшение качества медицинских услуг и обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всен населения.	1. Финансирование здравоохранения(вместе с системой менджмента здравоохранения и законодательной базой здравоохранения). 2. Система переадресации ( с качеством медицинских услуг) 6. Развитие кадрового потенциала 7. Первичное здравоохранение ( с пропагандой здоровья, охраной здоровья матери иребенка, контролем инфекционных болезней).	16.2 Направления для национальной программы страхования здоровья в Узбекистане. 16.3 Улучшение медицинского обслуживания на районном уровне. 16.4 Улучшение системы областного медицинского обслуживания и областной многопрофильной больницы. 16.6 Улучшение системы переливания крови.
<b>Б</b> Эффективность и стабильность (Создание эффективного медицинского обслуживания).	Создание эффективной системы медицинского обслуживания для здоровья населения.	2. Система направления 3. Информационная система здравоохранения 4. Медицинские учреждения и оборудование. 5. Постака лекарств 6. Развитие кадрового потенциала	16.3 Улучшение медицинского обслуживания на районном уровне 16.4 Улучшение системы областного медицинского обслуживания и областной многопрофильной больницы 16.5 Создание иформационной системы управления здравоохранения 16.6 Улучшение системы переливания крови.
<b>В</b> Экономическая эффективность и устойчивость (Улучшение системы финансирования здравоохранения).	Улучшение эффективного использования финансирования здравоохранения и введение нового	1. Финансирование здравоохранения 3. Информационная система 6. здравоохранения 7. Развитие кадрового потенциала	16.1 Генеральный план для финансирования здравоохранения: 2004–2010 гг. 16.2 Национальная Программа медицинского

Цели	Контрамеры	Относящиеся секторы здравоохранения	Название программ
	финансового механизма.	Первичное звено здравоохранения (с пропагандой здоровья, санитарией, гигиеной и контролем инфекционных заболеваний)	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-start;"> <div style="margin-bottom: 10px;">страхования для Узбекистана.</div> <div style="margin-bottom: 10px;">16.3 Улучшение медицинского обслуживания на районном уровне.</div> <div style="margin-bottom: 10px;">16.4 Улучшение системы областного медицинского обслуживания и областной многопрофильной больницы.</div> <div style="margin-bottom: 10px;">16.5 Создание системы информационного менеджмента здравоохранения.</div> <div>16.6 Улучшение системы переливания крови.</div> </div>

Также, ниже показана связь между тремя направлениями Генерального плана и приоритетной программой.



**Схема 16.2** Связь с целями ГП и приоритетные программы

## 16.1 Генеральный План по финансированию здравоохранения : 2004–2010 гг.

Этот отчет состоит из двух частей: первая часть описывает общий план в логических рамках и деятельность. Во второй части обсуждаются направления реформы финансирования здравоохранения.

### 16.1.1 Всеобщая цель

Разработать такую систему финансирования здравоохранения, которая улучшит потенциал сектора здравоохранения, нацеленного на обеспечение здоровья нынешнего и будущего населения Узбекистана.



### **16.1.2 Предпосылка . Необходимость проведения реформ**

В 1998 г. Правительство Республики Узбекистан начало процесс реформирования здравоохранения, нацеленного на улучшение здоровья населения страны. Важной частью процесса реформирования является реформирование сферы финансирования. Реформа сферы финансирования здравоохранения вращается, в основном, вокруг экономических организаций и создании материально-технической базы сектора здравоохранения. Весь процесс реформирования основывается на обязательствах Правительства продолжать и совершенствовать наращивание успехов в сфере здравоохранения.

Процесс реформирования сферы здравоохранения в Узбекистане находится под угрозой из-за низкого, снижающегося уровня расходов населения, нерациональной базы распределения, нестабильных финансовых ресурсов, щедрой системы льгот и огромного количества учреждений здравоохранения. Реформа, которая желает внести такие рыночные элементы как ценовой стемы и частных поставщиков медицинских услуг, осуществляется без внедрения надлежащего механизма защиты наиболее уязвимых групп населения.

Необходимы реформы процесса распределения бюджетных средств и нужна альтернативная система финансирования, такая, которая группирует риски и затраты всего населения для достижения социальных изменений. Эти реформы должны стремиться к обеспечению необходимой отчетности, не только в смысле использования ресурсов, но также и в смысле выбора для населения методов обеспечения здорового образа жизни. Эти реформы должны сохранить систему равного доступа старой системы и, в то же время, обеспечить ресурсы и структуру, необходимые для решения возникающих задач.

### **16.1.3 Цели**

На 2004–2010 гг. Генеральный план по финансированию здравоохранения надеется достичь следующих целей:

- 1) Улучшить финансовую базу системы здравоохранения посредством реформы распределения бюджета на всех уровнях здравоохранения, включая бесплатные медицинские услуги.

- 2) Ускорить создание рыночных отношений в сфере предоставления медицинских услуг, обеспечивая в то же время четкий механизм защиты бедных и уязвимых групп населения.
- 3) Ввести систему группирования рисков и покупательских функций в сфере здравоохранения через третью сторону или систему медицинского страхования, и
- 4) Усилить потенциал для развития, поддержки, управления и мониторинга реформ, проводимых в системе финансирования здравоохранения.

#### **16.1.4 Место реализации проекта**

Предлагаемый план будет по объему для всей страны, но пилотное тестирование и программы могут осуществляться в конкретных местах, дополняя другие мероприятия, проводимые ЛСА. Таким образом Изучение рекомендует, чтобы места были выбраны из мест, где проводилось онсовое изучение.

#### **16.1.5 Целевые получатели (бенефициарии)**

Деятельность, которая охватывают всю страну, принесет пользу всему населению. Деятельность, развернутая на местах, будет непосредственно направлена на проживающее там население и махалли. Но уроки, извлеченные в ходе реализации программ, будут полезны в масштабе всей страны.

#### **16.1.6 Длительность срока**

Период времени, охватываемый этим планом, будет 2004-2010 гг.

#### **16.1.7 Организация, реализующая деятельность**

Предлагаемая деятельность по реформе финансирования здравоохранения будет контролироваться Министерством Здравоохранения, общие направления которой будут обеспечены межсекторным органом, включающим представителей Министерства Финансов и Макроэкономики, Госкомитет при Кабинете Министров и других организаций, которые заинтересованы в процессе планирования и получения результатов.

Различная деятельность, указанная здесь, будет осуществляться как местными, так и зарубежными группами специалистов и отдельными лицами.

### 16.1.8 Ожидаемые индикаторы результатов (см. логические рамки)

Логические рамки, представляющие вышеупомянутую дискуссию, а также предположения по общему окружению, при которых обеспечивается успех деятельности, даны ниже:

#### (1) Финансирование здравоохранения: логические рамки на планируемый период (2004-2010 гг.)

Таблица 16.4 Логические рамки финансирования здравоохранения

Краткое описание	Отобранные показатели	Источник данных / методы сверки	Предположения
<b>Всеобщие цели:</b> Разработать систему финансирования здравоохранения, которая улучшит возможности сектора здравоохранения в обеспечении здоровья населения Узбекистана, живущего сейчас и будущих поколений.	1. Улучшенная доля затрат на здравоохранение в ВВП в соответствии с руководством ВОЗ (половина от 1% повышения в год).	-Отчеты национальных счетов здравоохранения.	Политическая стабильность и выполнение обязательств Правительством касательно реформ (как это видно из активной межсекторной координации по вопросам финансирования здравоохранения); - макроэкономический рост.
<b>Цели:</b> 1. Улучшить финансовую базу системы здравоохранения для обеспечения устойчивости процессов реформ. 2. Поддержать создание рыночных механизмов в услугах здравоохранения. 3. Развитие группирования рисков и покупательских функций через введение медицинского страхования. 4. Усилить потенциал для развития, поддержки, управления и	1.1 Использование более разнообразных ресурсов для здравоохранения к 2015 г. 1.2 Процедура капиталовложения ясна и определена. 2.1 Финансовый анализ по отраслям проводится регулярно. 2.2 Бюджетный учет создан. 2.3 Реализация бюджета уместна. 3.1 Принятие национальной программы медицинского страхования к 2015 г. 3.2 Бизнес в сфере здравоохранения уместно осуществляется. 4.1 Отчеты национальных счетов ясны и	- Отчеты национальных счетов здравоохранения  - Отчеты на уровне учреждений  - Закон о национальной программе медицинского страхования - Отчеты национальных счетов - 5 специалистов со степенью кандидата наук в экономике здравоохранения.	финансовая реформа, основанная на стимулировании участия частного сектора и увеличении сбережений/экономии.  Созданы отделы финансирования здравоохранения, и они продвигают деятельность по этому плану.

Краткое описание	Отобранные показатели	Источник данных / методы сверки	Предположения
мониторинга реформ, проводимых в системе финансирования здравоохранения.	находится в гласности. 4.2 Увеличение компетентности в экономике здравоохранения.		
<b>Результаты</b> 1. Разработаны, внедрены и оценены альтернативные стратегии распределения государственного и частных бюджетов на здравоохранение.	1.1 Инициативы на уровне мхалли для оказания поддержки реформ СВП к 2015г. 1.2 Принята формула улучшенного распределения ресурсов для национального, областного и районного бюджетов. 1.3 Реформа управления.	- Данные расходов здравоохранения для всех уровней медицинских учреждений. - Отчеты  - Отчеты	- Отчеты на уровне областей и районов
2. Разработка рамок для исключений (льгот) и правовых рамок для рыночных операций.	2.1 Руководство по исключениям (льготам) и 100% охват согласно ему к 2015 г. 2.2 Правовая основа и надзор. 2.3 Самофинансирование в отобранных медицинских учреждениях.	- Руководство по исключениям (льготам).  - Копия законов и положений. - Отчеты о доходах и данные об инвестициях.	
3. Разработка плана национальной программы медицинского страхования, закона и систем.	3.1 Закон о программе национального медицинского страхования к 2015г. 3.2 Создана основная инфраструктура для медицинского страхования.	- Закон. - Органограмма. - Системы.	
4. Улучшение национального и местного потенциала в разработке, реализации и мониторинга реформы здравоохранения.	4.1 Система национальных счетов здравоохранения 4.2 Отдел политики финансирования здравоохранения в Минздраве 4.3 5 специалистов со степенью кандидата наук в экономике здравоохранения. 4.4 Обучение и учебные поездки для 5 основных представителей из областей.	- Национальные счета здравоохранения  - Планы обучения  - Отчеты об оценке  - Отчеты	- Межведомственное сотрудничество.  - Отбор учеников по их желанию.  - обратная связь от учеников и создание систем мониторинга результатов работы на местах.

Краткое описание	Отобранные показатели	Источник данных / методы сверки	Предположения
деятельность	<b>Вклады [доноры]</b> -Техническая помощь, в т.ч. управление учреждением для группы тех. помощи. -Гражданские работы, поставка оборудования (в т.ч. компьютеры) -Гранты на обучение и исследование, ИОС (информация, образование и связь.) и учебная поездка. -Грант на обучение для получения степени кандидата наук -Транспортные средства для отделов финансирования здравоохранения. -Начальные затраты отделов финансирования здравоохранения. -Награждение денег в результате «конкурсов».	<b>[Партнеры]</b> -Партнеры высокого уровня. - Средний персонал во созданных отделах финансирования здравоохранения, с материальной помощью на поездки и офисные принадлежности. - Офисные помещения - Место для проведения семинаров - Транспортные средства для осуществления мониторинга.	<b>Основные предположения</b> - Политическая приверженность к реформам в сфере здравоохранения не изменилась, несмотря на политические или административные изменения. - Макроэкономика продолжает расти. - Донорские обязательства касательно реформ не отменены. <hr/> <b>Примерный бюджет</b> 4 054 000 дол. США

### 16.1.9 Компоненты проекта/Деятельность/Результаты/Средства проведения сверок/Приоритеты

Таблица ниже описывает различную деятельность, которая должна проводиться в планируемый период. Шкала приоритетности должна рассматриваться не столько для определения убывания важности деятельности, сколько в смысле последовательности планирования. Некоторая деятельность может рассматриваться как среднесрочная или третьестепенная, потому что ее проведение или содержание может проистекать из первостепенной деятельности

**Таблица 16.5 Компоненты проекта**

Компоненты /Деятельность	Результаты	Тип проекта	Шкала приоритетности (***) высший)
<b>1.Улучшение финансовой базы системы здравоохранения</b>			
<b>1.1 Гарантия предоставления пакета бесплатных услуг</b>			
1.1.1 Провести обзор льготных услуг, определение их стоимости и выявление финансовых источников для оказания поддержки их реализации.	План предоставления льгот.	Изучение затрат	***
1.1.2 Определение осуществимости при наличие многоуровневой структуры льгот.	План предоставления льгот.	ТЭО	***
<b>1.2 Реформа распределения бюджета</b>			
1.2.1 Разработать и внедрить инициативы вовлечения населения и финансирования для оказания поддержки реформированию СВП.	Инициативы населения в сфере здравоохранения.	Пилотный проект	**
1.2.2 Разработка и пилотное тестирование для введения улучшений в систему распределения госбюджета в районных, областных и республиканских центрах.	Новая формула распределения бюджета и новые бюджетные системы; Унифицированная, упрощенная система отчетности.	Разработка системы, пилотное тестирование.  2.в Единая система отчетности.	***
1.2.3 Разработать и внедрить механизмы получения грантов и проведения тендеров для прикладных научных исследований.	Улучшение финансирования научных исследований	Разработка системы и ее внедрение.	**
1.2.4 Разработка системы мониторинга качества для областей, где проводятся реформы.	4 системы мониторинга.	Мониторинга и оценка.	**
<b>1.3 Реформа смешанного финансирования</b>			
1.3.1 Изучение влияния реформы смешанного финансирования на использование услуг здравоохранения бедными и поведения поставщиков услуг.	Изучение влияния реформы на бедных и на поведения поставщиков услуг.	Исследования.	*
1.3.2 Начать реформу больниц через пилотные проекты по развитию системы и	Реформа больниц.	Разработка систем, пилотное тестирование и обучение.	**

управления.			
<b>1.4 Обеспечить зарубежную помощь, инвестиции и займы в сектор здравоохранения</b>			
1.4.1 Создание Форума координации доноров.	Улучшенная координация доноров	Координационные встречи.	***
1.4.2 Разработка и оказание поддержки в конкурсной деятельности для привлечения лучшей практики, инновационных идей в сфере предоставления медицинских услуг, родовспоможения, организационной деятельности и в сфере выработки политики и финансирования.	Увеличилась информированность населения о реформах.	Информация, образование и связь.	*
<b>2. Введение рыночных механизмов в сектор здравоохранения</b>			
<b>2.1 Введение ценовой системы в государственные учреждения сферы здравоохранения</b>			
2.1.1 Разработать и внедрить механизм предоставления исключений (льгот) в государственной системе оплат.	Руководство по предоставлению льгот	Техническая Помощь	***
2.1.2 Усиление введения платной системы через разработку и обновление индекса цен для отобранных медицинских услуг.	Обновленный индекс цен в медицине.	Разработка базы данных	*
2.1.3 Разработать и провести информационные кампании и собрания для персонала медицинских учреждений для разъяснения вопросов по введению платных услуг.	План по информации, образованию и связи.	Информация, образование и связь (ИОС).	**
2.1.4 Проводить операционные исследования для определения эффективного многопрофильного учреждения на уровне района для интеграции медицинских учреждений.	План реформирования учреждений на уровне района	Операционные исследования, институциональные реформы, обучение.	***

<b>2.2 Деятельность по развитию частного сектора</b>			
2.2.1 Разработка правовой основы для этих учреждений.	Стандарты и положения для медицинских учреждений.	Техническая помощь.	***
2.2.2 Ускорить приватизацию государственных медицинских учреждений.			
1) Разработка бизнес планов для специализированных центров хирургии, кардиологии, урологии и офтальмологии.	Бизнес планы	Институциональные реформы	**
2) Разработка и внедрение альтернативных механизмов покупки и управления для государственных медицинских учреждений.	Организация контрактов покупки/управления для отобранных государственных медицинских учреждений.	Разработка системы/ учебные поездки.	**
3) Обзор законов, влияющих на усилия по приватизации (труд, использование имущество, ликвидация имущества и финансирование).	Обзор законодательных документов и подготовка проектов законов.	Техническая помощь.	***
<b>3. Развитие и введение аккумулирования рисков и покупательских функций через введение медицинского страхования.</b>			
<b>3.1 Планирование разработки обязательной системы медицинского страхования</b>			
3.1.1 Создание консенсуса по системе медицинских страхования.	План обязательной системы медицинского страхования	Семинары, учебные поездки	***
3.1.2 Обучение для определения охвата населения, структуры взносов и платежей.	Обучение по актуарию	Техническая Помощь	**
3.1.3 Обучение для продвижения разработки схем оплаты поставщиков услуг.	Система оплаты поставщиков.	Техническая помощь, гранты на исследования.	**
3.1.4 Разработка покупательских схем: аккредитация, база данных информации, правовая система.	Покупательские системы.	Техническая помощь.	***
3.1.5 Определить организационную структуру программы медицинского страхования.	Организационная структура.	Техническая помощь.	**
3.1.6 Разработать систему передачи жалоб и их рассмотрения.	Разработка государственные услуги, удобные для клиентов.	Техническая помощь.	**



<b>3.2 Разработка правовой базы для реализации программы</b>			
3.2.1 Проект закона об обязательном медицинском страховании.	Закон о национальном медицинском страховании.	Техническая помощь.	**
3.2.2 Разработка руководства для реализации.	Правовое/административное изучение.	Техническая помощь.	**
3.2.3 Ориентационная встреча основных участников и обучение.	ИОС	ИОС, обучение	**
3.3 <i>Разработка информационной системы и форм отчетности по медстрахованию.</i>	База данных членов, финансовой системы, системы обеспечения качества, использования, системы направления больных и т.п.	Разработка системы, обучение, учебные поездки, оборудование.	*
<b>4. Усиление потенциала для реформирования финансирования здравоохранения</b>			
<b>4.1 Адаптация и создание системы Национальных счетов здравоохранения для проведения мониторинга результатов работы системы</b>			
	Национальные счета здравоохранения.	Техническая помощь.	***
<b>4.2 Деятельность по наращиванию потенциала, нацеленного на реализацию и управление реформой здравоохранения</b>			
4.2.1 <i>Оценка Нужд по обучению для сферы финансирования здравоохранения и выработки политики.</i>	Оценка Нужд по обучению	Техническая помощь.	***
4.2.2 <i>Проведение обучения после Оценки Нужд по Обучению</i>	Оценка Нужд по обучению	Техническая помощь.	***
<b>4.3 Создание Централизованной группы по вопросам финансирования здравоохранения в ведении Министерства Здравоохранения</b>			
4.3.1 <i>Организовать отдел финансирования зд-ния с представителями Минздрава и других министерств.</i>	Отдел финансирования здравоохранения и выработки политики.	Институциональный реформа.	***
4.3.2 <i>Отбор, поддержка и обучение 5 кандидатов наук в области экономики здравоохранения</i>	5 кандидатов наук в области экономики здравоохранения .	Гранты на обучение	***

### 16.1.10 График реализации по группам деятельности

Таблица 16.6 · График реализации

№ действия	Деятельность	2004-2005		2006 – 2008			2009–2010	
0	<b>1. Подготовительная работа: 2003</b>							
4.3.1	- Создание и распределения бюджета для отдела финансирования здравоохранения и выработки политики.							
4.2	- Оценка Нужд по обучению.							
4.3.2	1.1 Отбор и распределение специалистов.	X	X					
	1.2 Форум координации доноров.	X		X			X	
1.4.1	1.3 Национальные счета здравоохранения: Установка и обучение,	X	X				X	
4.1	Регулярное обновление	X	X		X			X
	<b>2. Планирование льгот</b>							
1.1.1	- Обзор гарантированного пакета услуг.	X						
1.1.2	- Рекомендации по льготам и структуре финансирования.	X						
2.1.3	- ИОС.		X	X				
3.1.2	- Определение деятельности.		X					
2.1.2	- Разработка индекса цен и мониторинг элементов льгот.		X		X		X	
	<b>3. Обзор законодательной основы/реформ</b>							
2.2.1	- Стандарты и положения для учреждений здравоохранения.	X	X					
	- Распространение деятельности.			X	X			
2.2.2.3)	- Обзор законов и рекомендации, влияющих на приватизацию, принятие закона и осуществление закона.	X	X					
	<b>4. Реформа бюджета</b>							
1.2.2	- Обзор инициатив и формулирование новых руководств по распределению ресурсов.	X	X					
	- Пилотное тестирование.			X				
	- Расширение опыта/его распространение.		X	X	X			
1.2.3	- Руководства по распределению ресурсов для научных исследований.		X					
	<b>5. Инициативы по защите бедных слоев населения</b>							
1.2.1	- Инициатив по разработке и реализации участия населения и финансирования.		X	X	X	X	X	
2.1.1	- Руководство по определению исключений (льгот)/ его осуществление/мониторинг.	X		X	X		X	X
1.3.1	- Изучение влияния смешанной оплаты.			X				
1.2.4	- Мониторинг качества в местах проведения реформ.		X	X	X	X		
1.4.2	- Деятельность по ИОС/“конкурсы” по выявлению инициативы на местах.			X	X			

6. Реформы на уровне медицинских учреждений								
1.3.2	- Обзор, разработка, внедрение реформ в больницах и управление пилотными районами.	X	X	X	X	X	X	X
2.1.4	- Проведение операционных исследований для определения эффективного многопрофильного учреждения на уровне района. - Обучение. - Расширение институциональных реформ.	X	X	X	X	X		
2.2.2.1)	- Планирование бизнеса для 4 специализированных финансовых центров.	X	X					
2.2.2.2)	- Разработка и реализация нового механизма ликвидации государственных учреждений здравоохранения.		X	X	X			
7. Планирование развития системы обязательного страхования								
3.1.1	- Деятельность по достижению консенсуса по системе медицинского страхования; учебные поездки	X						
3.2.1	- Проект закона об обязательном медицинском страховании (после проведения обучения).			X				
3.1.3	- Разработка платной системы поставщиков услуг: определение случаев, изучение затрат, определение схем.	X	X	X				
3.1.4	- Разработка системы покупок: аккредитация, юридическая система, база данных поставщика.	X	X	X	X			
3.1.5	- Организационная структура и изучение вопросов набора персонала для программы медицинских страхования.			X				
3.1.5	- Система подачи жалоб и их рассмотрения.			X				
3.2.2	- Руководство по реализации.				X			
3.2.3	- Ориентационная встреча основных участников/обучение.				X	X	X	X
3.3	- Информационные системы и формы отчетности.			X	X			
	- Первый перевод средств/набор					X	X	
0	- Оценка процесса реформ.				X		X	

### 16.1.11 Вопросы управления

Следующие предположения касаются управления проектом для данного компонента:

Создание и финансирование Отдела финансирования сферы здравоохранения и выработки политики в Минздраве для обеспечения контроля проекта.

Основные задачи этого отдела, кроме административной функции, включает нижеследующие:

- а) Разработка плана работы для осуществления проекта.
- б) Подготовка Технического задания в рамках проекта.
- в) Внедрение деятельности, необходимой для выполнения плана.
- г) Координация деятельности различных секторов, как указано в плане.
- д) Продвижение реализации деятельности с другими отделами Министерства Здравоохранения, другими министерствами и донорской деятельностью.
- е) Мониторинг продвижения работы.
- ж) Предоставление отчетов на регулярной основе по прогрессу, достигнутому в осуществлении плана и полученным результатам, и
- з) Передача технологии различным государственным организациям.

Руководитель отдела назначается и отчетывается непосредственно заместителю министра. Рабочий комитет, который создан на основе бывшей Рабочей группы по финансированию здравоохранения, будет осуществлять руководство над работой отдела.

Донорские средства будут использованы для оказания поддержки управлению и предоставления технической помощи в работе отдела. Они могут быть взяты из существующих программ или из совершенно новых источников.

Подписание контрактов на осуществление работы с различными группами и отдельными лицами в стране и за рубежом, будет происходить в компетентной и прозрачной манере.

Информация и материалы, полученные в процессе проведения работы, являются собственностью Правительства, и будут предоставляться исследователям.

#### **16.1.12 План инвестиций/Бюджет**

Здесь представлен примерный бюджет, он исключает накладные расходы и другие расходы, связанные с вопросами управления зарубежных затрат и приобретения программного обеспечения или покрытия затрат на право собственности. Корректировка цен вследствие инфляции также не принималась во внимание. Примерные цены основываются на международных ценах.

**Таблица 16.7 План инвестиций с учетом важнейших вложений (в тыс.дол.)**

	Гражд. работы	Оборудование	Обучение	Персонал	Техническая помощь	Исследования	Офисные принадлежности	Другое*	Всего
1. Улучшение финансовой базы	65	26	185		299	100		175	850
2. Рыночные реформы			20		293	30		100	443
3. Разработка и внедрение медицинского страхования		100	180		590	280		140	1 290
4. Усиление потенциала для реформы финансирования здравоохранения	32	47	910	336	62		84		1 471
<b>Итого</b>	<b>97</b>	<b>173</b>	<b>1 295</b>	<b>336</b>	<b>1 244</b>	<b>410</b>	<b>84</b>	<b>415</b>	<b>4 054</b>

Примечание : Другое включает ИОС, учебные выезды, для конкурса «посей деньги»

**Таблица 16.8 План инвестиций по периодам (в тыс.дол.)**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
1. Улучшение финансовой базы	235	105	290	175	15	25	5	850
2. Рыночные реформы	170	183	30	10	20	20	10	443
3. Разработка и внедрение медстрахования	172	368	465	215	45	15	10	1 290
4. Усиление потенциала для реформы финансирования здравоохранения	691	460	80	60	60	60	60	1 471
<b>Итого</b>	<b>1 268</b>	<b>1 116</b>	<b>865</b>	<b>460</b>	<b>140</b>	<b>120</b>	<b>85</b>	<b>4 054</b>

## **16.2 Направления программы национального страхования здоровья для Узбекистана**

### **16.2.1 Введение**

Данный документ представляет схему для определения путей развития финансирования в системе здравоохранения в Узбекистане. Данная схема применяется для анализа нынешних моделей финансирования в секторе здравоохранения в стране и оценки их соответствия предлагаемой реформы. Определяя первую ступень обсуждения, данная концепция представлена, чтобы получить мнения и комментарии по поводу рамки работы, которые сформируют направления развития области финансирования здравоохранения для предлагаемого Генерального плана.

Указ Президента 1998 г. о государственной Программе реформы системы здравоохранения в Узбекистане используется в качестве руководства для понимания сути и содержания реформ. Данный документ предполагает внести свой вклад, играя роль «путепроводник» для реформ по финансированию здравоохранения в Узбекистане, особенно по внедрении медстрахования.

### **16.2.2 Схема финансирования здравоохранения**

Рисунок 16.2 иллюстрирует схему финансирования здравоохранения, которая учитывает системы здравоохранения, финансовые функции и финансовые ресурсы. Часто бывает так, что источник финансирования определяет систему здравоохранения. Например, если система финансирования базируется преимущественно на налогах, это указывает на национальную систему получения средств, как в Великобритании или Канаде. Функциональные механизмы (обсуждаемые в «Отчете о системе здравоохранения, 2000» ВОЗ) или учреждения, трансформирующие материальные фонды в действующие ресурсы здравоохранения, являются важными определяющими факторами в достижении целей системы здравоохранения. Эти цели не показаны, чтобы не загромождать схему. Широко распространенные точки зрения на цели в системе здравоохранения показаны в блоке 1.

## Блок 1

### Справедливость и равенство:

- Те, кто имеет одинаковые потребности, имеют одинаковый доступ к услугам – РАВЕНСТВО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.
- Те, кто имеет больше возможностей, несут большее бремя оплаты, чем те, кто имеет меньше возможностей – РАВЕНСТВО ФИНАНСИРОВАНИЯ.

### Эффективность:

- Обеспечение услуг при наименьших затратах  
– ТЕХНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ.
- Использование фондов достигает максимальных показателей здоровья  
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РЕСУРСОВ.

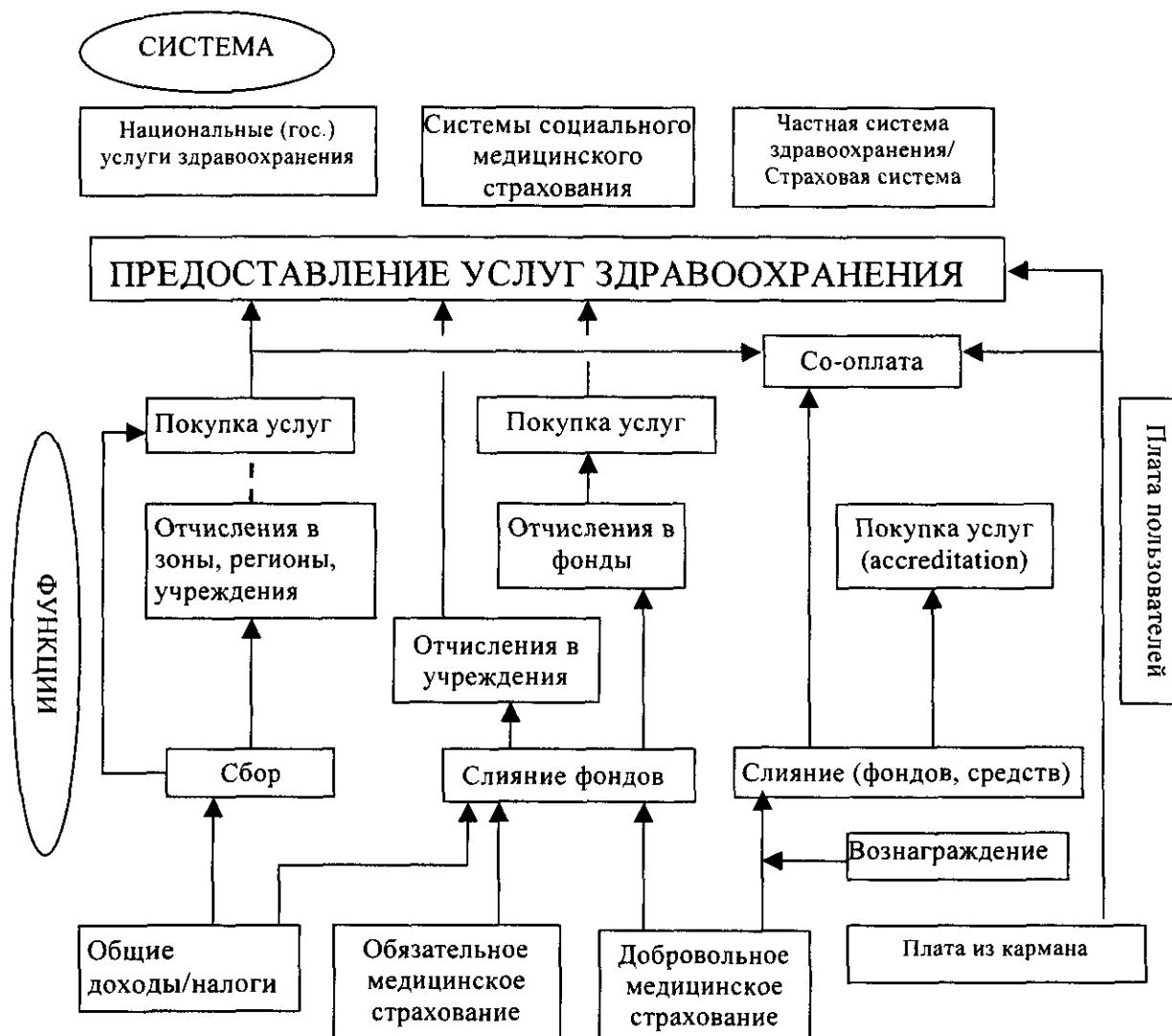
### Стабильность (устойчивость):

- Могут быть обеспечены имеющимися в наличии ресурсами – СТАТИЧНОЕ.
- Возможность создания ресурсов, которые отвечают потребностям  
- ДИНАМИЧНОЕ.

### Качество:

- Уровень, которого достигает реальная услуга, добиваясь предполагаемых результатов, приняв установленные профессиональные стандарты.

Способность к реагированию (реактивность)- степень, до которой покрываются нужды потребителей или поставщиков



**Схема 16.3** Схема функциональных систем:  
**Реформы финансирования здравоохранения**

Существует 4 основных источника фондов:

- 1) Общие доходы национальных или местных государственных органов, главным образом основанные на налогах.
- 2) Обязательное медицинское страхование или обязательные схемы страхования. Оплата для такой обязательной системы считается налогом.
- 3) Схемы добровольного медицинского страхования, в которые вступают и которые оплачиваются индивидуалами или другими группами от имени индивидуалов.
- 5) Оплата из кармана осуществляется частными лицами или отдельными домохозяйствами, чтобы получить услуги. Неофициальная оплата



производится в виде прямых платежей от пользователя или не прямых, через взносы в страховой фонд. Наличные оплаты могут быть произведены в виде совместного капиталовложения или неофициальной оплаты, или оплаты, произведенной для персонала или услуги, для получения которых должно быть бесплатно.

Существуют 4 основных функции, которые должны быть предприняты в любой системе финансирования здравоохранения: сбор денег, объединение фондов, распределение (ассигнование) фондов и покупка услуг. Блок 2 приводит определение этих услуг.

#### **Блок 2 Определение функций<sup>2</sup> финансирования здравоохранения**

**Сбор (получение) доходов:** это процесс мобилизации ресурсов, как правило через налогообложение: персональное, вид деятельности, корпоративных организаций, и мобилизация донорско/кредитных фондов.

**Слияние капитала (фондов):** распространение финансового риска среди населения или общественных сословий посредством накопления доходов от prepaid медицинского обслуживания.

**Ассигнования:** процесс распределения капитала (финансовых фондов) потребителю.

**Покупка:** процесс получение услуг от поставщиков от имени охватываемого населения; широкое использование контрактов для покупки мед.помощи.

<sup>2</sup> Адаптировано из Диксона, Ланденбрунера и Мосиалоса, 2002. «Попытки в финансировании здравоохранения», Фоновый отчет для заседания USAID, 29-31 июня.

Системы здравоохранения различаются в зависимости от того, как эти функции действуют в системе финансирования здравоохранения. Существуют три основные системы финансирования здравоохранения: государственная система здравоохранения, обязательное страхование (социальное медицинское страхование) и добровольное (системы частного медицинского страхования). Государственная служба здравоохранения Великобритании является примером первой системы, которая характеризуется государственным обеспечением услуг здравоохранения. Государство финансирует и обеспечивает медицинскую помощь. Поставщикам выплачивается жалование и финансирование учреждений осуществляется по формуле, которая включает размер населения и регулирование на нужды здравоохранения. Система, основанная на налогах, в целом считается

более справедливой, чем другие системы. Однако, у этой системы здравоохранения и наблюдается неэффективность и неравенство, например, проблема доступности к медуслугам специалистами, длинный список ожидания и неравные результаты, полученные в результате медобслуживания.

Согласно условиям покупки в Великобритании, например, больше не имеют местных органов управления больницами и услугами здравоохранения в обществе, но покупает и заказывает эти услуги от поставщиков. Учреждения, с которыми они могут контрактить, расцениваются как учреждения, которые могут предложить затратно-эффективные услуги, потому что они получили оперативную и некоторую финансовую автономию в качестве трестовых предприятий. Статус треста и фондодержателя, однако, базируются на определенных специфических критериях и недоступны для каждого (Пейн, 2001). В процессе покупки требуют специальных навыков, таких, как эпидемиология, чтобы определять потребности и некоторые технологии оценки для новых планов обслуживания.

Функционирование обязательного страхования, путем всеобщего (поголовного) налога или других специальных источников налогов, предполагает, что доходы от налогов покрывают медицинскую помощь и что население имеет доступ к обеспечиваемому государством медицинскому страхованию, но помощь не обязательно оказывается государственным учреждением. При обязательном медицинском страховании существуют 2 основных выбора: а) объединенная система, когда фонды имеют собственные учреждения поставщиков в объединенной системе – широко распространена в Латинской Америке; и б) поставщики мед. услуг и страховщики разобщены, как в Германии и Японии. Однако, в последнем случае, существуют различные фонды, известные как больничные фонды или региональные фонды, которые заключают контракты с учреждениями о предоставлении услуг их членам фондов. Через контракты, они могут вести переговоры о цене услуг обычно на основании оплаты в каждом отдельном случае или скорректированной оплаты смешанных случаев или общих бюджетов или членских взносов за услуги. Эти фонды могут согласовывать стоимость услуг, обычно на основе оплаты случая или скорректированной оплаты смешанных случаев, глобальных бюджетов или оплаты услуг.

Частная система действует, когда измеряемая часть затрат на здравоохранение исходит от отдельных лиц или их спонсоров, подобно работодателям в системах добровольного медицинского страхования. Системы частного страхования могут быть проиллюстрированы лучше всего на системе типа Соединенных Штатов.

Хотя США осуществляет и обязательное страхование через Medicare (медицинское страхование для пожилых) и Medic Aid (для бедных). Система аккредитации широко используется в целях обеспечения качества страхования (не все учреждения могут получить общие фонды). Аккредитация является системой признания (подтверждения) учреждения, которое считается соответствующим определенным профессиональным стандартам. А тем, кто получил общие фонды, выплачивается договорный взнос за тарифные услуги или общие бюджет на смешанные случаи, или прямая оплата в каждом конкретном случае. Система также изобрела модернизированные методы оплаты, такие как Диагностические сходные группы (ДСГ) и Источник на основе относительной стоимости (ИОСО), который анализирует относительную интенсивность ресурса, используемого для диагностической группы и соответственно им – стоимость.

Табл. 16.9 представляет теоретическую дискуссию по преимуществам и недостаткам финансовых механизмов.

**Таблица 16.9 Теоретические преимущества и недостатки различных методов финансирования здравоохранения.**

Метод получения дохода	Преимущества	Недостатки
Способ налогообложения: Прямое	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Широкая база дохода ( весь доход).</li> <li>- Административно простое.</li> <li>- Обычно прогрессивное и обеспечивает солидарность.</li> <li>- Объединение большого риска.</li> <li>- Универсальный охват.</li> <li>- Позволяет контролировать расходы.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Сложности соответствия требованиям, особенно в случае большого неформального сектора.</li> <li>- Запросы на материальные фонды являются предметом политических переговоров.</li> <li>-Искажение потенциальных налогов.</li> </ul>
Непрямое	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Видимый источник дохода.</li> <li>- Административно простое.</li> <li>- Соответствие шире.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ассигнование зависит от уровня потребления.</li> <li>-Распределение зависит от суммарности.</li> <li>-Обычно регрессивное.</li> </ul>
Обязательное медицинское страхование ( социальное).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Предназначено для зд-ния.</li> <li>- Отделено от других государственных доходов.</li> <li>- Взнос связан с пакетом услуг.</li> <li>- Низкая сопротивляемость к увеличению.</li> <li>- Независимый менеджмент фондов.</li> <li>- Потенциал для контроля расходов.</li> <li>- Может позволить выбор страховщика.</li> <li>- Может трудоустроить сокращенных работников здравоохранения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Соответствие требованиям сложное , особенно для переводов капитала фонда.</li> <li>-Увеличение стоимости труда и снижение международной конкурентноспособности.</li> <li>-Доход тесно связан с экономической ситуацией.</li> <li>-Нужно сильное регулирование.</li> <li>-Узкая база дохода (если применяется только к зарабатываемому доходу (работающему населению)).</li> </ul>

Метод получения дохода	Преимущества	Недостатки
Добровольное медицинское страхование (частное)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Может позволить выбор страховщика.</li> <li>- Может связать оплату с использованием.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Необходима сильная концепция управления;</li> <li>-Противоположный выбор ( в результате – увеличение взносов);</li> <li>-Риск отбора населения ( оставляет некоторых незастрахованными)</li> <li>-Доступ связан со страховым охватом;</li> <li>-Обычно регрессивное</li> </ul>
Расходы пользователя/ Оплата из карманов	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Связывает оплату с использованием;</li> <li>- Потребление - ответная реакция</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Может мешать доступу к необходимым услугам.</li> <li>-Доступ, связанный со способностью платить.</li> <li>-Регресс.</li> <li>-Ограниченное объединение фондов.</li> </ul>

Преувеличение достоинств и занижение недостатков часто зависит от изменений в поведении поставщиков и потребителей как результат стимулов. Принятие системы оплаты поставщика поэтому является решающим. Оплата за услуги представляет серьезный выбор для административных систем, методов переговоров и механизмов контроля стоимости.

Оплата на душу населения является широко используемым методом финансирования и покупки при всех системах. Она относится к фиксированной оплате поставщику на основе списка или количества людей, зарегистрированных в определенное время, и оплата не сильно различается на основе использования этих зарегистрированных групп. Для пациентов первичной помощи, оплачиваемой системой подушевого финансирования, выбор поставщика мед. услуг является критическим (очень важным), так как первичная помощь может исходить только от данного поставщика. Страховщики предпочитают подушевое финансирование за его административную простоту. В этом случае не принимаются претензии по компенсации взносов. Поставщики предпочитают подушевое финансирование за свободу практики и предсказуемый доход. Его применимость с другими к использованию с другими услугами, такими, как выписывание лекарств, диагностика, могут представлять некоторые проблемы и потребует качественной системы мониторинга.

Глобальное финансирование является системой, основанной на представлении вкладов и получении результатов. Она не включает финансирование по статьям расходов, а больше отражает весь включаемый объем капитала, согласованном с

фондодержателем и реципиентами фонда в самом начале контракта. При этом существует эффективный ограничитель затрат на здравоохранение.

Оплата смешанных случаев – фиксированная оплата за услугу, согласно диагнозу, и средний уровень оказания медицинского обслуживания. Оплата производится исходя из оценки тяжести заболевания, определяемые, например, в Великобритании ДСГ (Диагностические сходные группы) или ХР (Группы ресурсов здравоохранения в Великобритании). Оплата за каждый случай вызвала повышение цен на категории болезней. Уровни оплаты могут основываться на исторической стоимости, бюджетах, нормах, или просто финансовой доступности. Среди стран Центральной и Восточной Европы и СНГ, оплата за каждый случай была осуществлена в Болгарии, Чешской Республике, Венгрии, Кыргызстане, Казахстане, Польше, Румынии, Словакии. Литва и Эстония находятся в процессе развития. Отмечено, что Российская Федерация имеет от 50 до 55 000 категорий оплаты, Кыргызстан 154, Венгрия 758.

Функционирование по слиянию капитала в финансовых системах, которые имеют сильное региональное управление, могут привести к фрагментации капитала и снизить способность общих фондов покупать услуги и вызовет проблемы подотчетности. Соглашения о покупке уже продемонстрировали свою затратную эффективность и связанную с ним адекватность нуждам пациентов. Известно, что частные фондовые соглашения выбирают только хорошие риски.

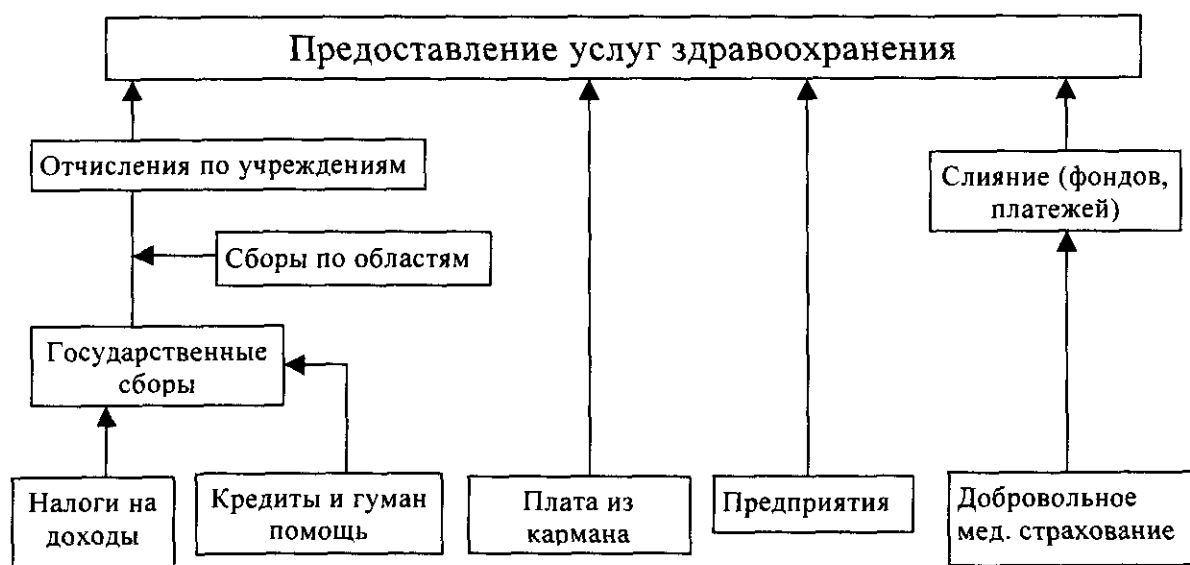
Хорошее совмещение организации и стимулирования необходимы, чтобы увеличить потенциалы различных фондовых систем. Схемы оплаты часто сочетаются с проверкой показателей эффективности, установленной национальной системой оплаты, публикации расценок, среди др. схем- все разработки, созданные для обеспечения большей прозрачности и доступности.

### **16.2.3 Вопросы, связанные с действующей системой финансирования здравоохранения в Узбекистане**

Промежуточный отчет осветил некоторые вопросы относительно существующей системы финансирования здравоохранения в Узбекистане. Следуя рабочей схеме, указанной выше, рисунок 16.4 иллюстрирует систему Узбекистана.

### (1) Общее обсуждение по поводу системы

Общие доходы от налогов формируют базу системы финансирования здравоохранения. Ассигнование фондов, как было показано в промежуточном отчете, должно определяться нормами и стандартами, определенными централизованно, и принятыми по всей стране. Система финансирования предусматривает строгий финансовый контроль и административно проста. Однако система финансирования не имеет права на определение различных потребностей здравоохранения и возможностей существующих систем, основанных на том, как это есть сейчас, на количестве коек и койко-дней пациентов.



**Схема 16.4 Действующая системв финансировании  
здравоохранения в Узбекистане**

Такое распределение поощряет функции коек и более длинный койко-день, что привело к экстенсивной системе учреждений, которая требует больше ресурсов для управления и содержания. С макроэкономическими сдерживающими факторами, система не имеет устойчивого развития. Таблица 16.8 показывает тенденции в размещении ресурсов. Бюджеты на зарплату возросли за эти годы, другие статьи расходов бюджета остались такими же или снизились.

Недавний эксперимент по подушевому финансированию первичного звена является шагом в правильном направлении, так как он направляет ресурсы на первичный уровень здравоохранения, уровень помощи, который обычно считается

затратно-эффективным. Однако, новые механизмы оплаты в старой системе распределения имеют свои проблемы, которые, среди прочего, включают: дополнительные формы, увеличение транспортных расходов для ежемесячного отчета в областные центры, задержка оплаты и дефициты поставок.

Увеличение не должно выглядеть как принятие настоящего размещения учреждений, но также пересмотр планов размещения как простую реконструкцию на старом месте, которая может быть неэффективной. Отсутствие систем мониторинга качества также представляет проблемы и подрывает кредитоспособность данной развивающейся системы.

**Таблица. 16.10 Распределение бюджета здравоохранения Минздравом Узбекистана**

	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Всего (млн сум)	41,7	56,7	82,1	119,4	173,5
Зарплата (%)	36	58	58	42	63
Издержки использования	12	12	9	9	7
Питание	10	9	9	9	9
Лекарства	12	11	10	10	10
Жесткое оборудование	8	2	3	2	2
Мягкое оборудование	2	1	1	1	0
Капитальное строительство	3	3	5	4	2
Прочее	17	4	6	23	6

Примечание: Презентация Минздравом на встрече с Рабочей группой по финансированию здравоохранению, 6 марта.

Из данного рисунка 16.4 можно видеть, что представлено больше источников финансирования, чем наша типичная модель выше. (Рисунок 16.3) Страна может полагаться только на внешнюю помощь, либо на займы, либо на гуманитарную помощь, либо на поддержки из предприятия. Промежуточный отчет показал, что зарубежная помощь в 2001 г. составила 16 млн долларов, а вместе с гуманитарной помощью - 38,6 млн долларов, или около 8 % от финансирования здравоохранения. Эта цифра выросла до 20 % в 2002 г., как показано в дискуссии, приведенной ранее (см. «Глава 5.7» данного отчета). Гуманитарная помощь и кредиты использовались для приобретения фармпрепаратов. Внешняя поддержка представляет две проблемы для системы здравоохранения. Первая заключается в том, что они непостоянны, другая заключается в том, что они зависят от политики и приоритетов, определяемых организациями-донорами вне страны. Более активная координация донорских вливаний со стороны Министерства Здравоохранения может решить последнюю из указанных проблем.

Промышленные предприятия могут рассматриваться как самые большие самофинансируемые, обеспечивая свои собственные мед. учреждения для работодателей, служащих и их семей. Со временем это повлияет на конкуренцию узбекских товаров и услуг, так как они вносят свой вклад в стоимость продукции. Финансирование предприятий более независимо и поэтому представляет параллельную систему. Поэтому в настоящее время существует двойная система, т.е. сосуществуют два вида медучреждений: учреждения, оснащенные высокой технологией и имеющие хорошо финансируемых медицинских отделений для некоторых групп работников и медучреждения, не получающие достаточное финансирование и деградирующие. Последних медучреждений большинство. Это вызывает беспокойство по поводу основы равенства. Мониторинг качества, технологии и стоимости не осуществляются другими органами. Однако, в рамках реформированной системы учреждения могут быть рассчитаны как ресурсы использования.

Существует ограниченное объединение фондов через частные системы страхования. Охватываемое население включает отдельных лиц, и некоторые семьи, у которых есть бизнес с другими торговыми отделениями основной страховой фирмы УзбекИнвест. Также на основе лечебного учреждения существует предоплата в некоторых частных медицинских учреждениях.

Оплата из кармана широко распространена в системе, официально и неофициально. Реформа 1998 г. определила ряд мед. учреждений, которым позволено брать плату за их услуги. Около 200 медицинских учреждений сейчас вводят расценки. Система слишком молода, чтобы ее можно было оценивать, но определенную беспокойность может вызвать:

- а) Насколько просчитана основа стоимости для определения цены.
- б) Насколько большие доходы получают в результате этих оплат, чтобы оказать влияние на финансы.
- в) Имеется ли достаточное накопление капитала или позволяет ли система делать это учреждениям.
- г) Имеется ли система освобождения от налога на месте.

## **(2) Покупательные и общие фонды в свете страхования здоровья.**

Решающим для системы финансирования здравоохранения Узбекистана является не только поиск дополнительных источников финансирования, но обеспечение



того, чтобы эти ресурсы были эффективными и эффективно управлялись. Это может быть сделано в условиях более эффективной структуры оказания услуг и финансирования.

Рисунок 16.5 иллюстрирует пропущенный элемент в системе Узбекистана, т.е. активную покупку, и очень ограниченное слияние базы фондов. Мероприятия, связанные с покупкой, приобрели глобальную значимость из-за беспокойства в связи с неэффективностью общественных систем финансирования. Для Узбекистана, взносы только через налоги не способствуют эффективному поведению поставщиков, так как необходимо произвести структурные изменения, особенно в рамках изменений в системе направления пациентов, упрощении учреждений на районном и республиканском уровнях, среди прочего. Аргументами в пользу создания системы медстрахования в Узбекистане являются следующие :

- Объединить фонды и риски,
- Ознакомление покупателей с системой, которая может улучшить представление системы здравоохранения, когда «деньги следуют за пациентом»,
- Способствовать росту частного сектора и
- Закрывать утечку в системе, происходящую в результате неофициальных платежей через создание системы со-платежей.

Непохоже, что эти функции могут быть созданы в условиях нынешнего здравоохранения и медицинской структуры в Узбекистане. Аргументом для параллельной системы является то, что обеспечить внимание и стабильность реформ, которые могут выполняться в условиях более современных систем, быть более подходящей для членов/потребителей, и со свежим поручением внести изменения.

### **(3) Опыт стран, имеющих медстрахования**

Другие страны в Центральноазиатском регионе начали деятельность по медстрахованию сразу же после получения независимости. Аналитики полагают, что это была деструкция более фундаментальных реформ в системах обеспечения услуг здравоохранения. Таблица 16.9 представляет резюме об оценке, насколько выполнила страховая система свою задачу.

**Таблица 16.11 Медстрахование: эмпирическая оценка**

Ожидания	Реальность
Использование дополнительного дохода или обеспечение обязательного фонда для здравоохранения.	Можно рассчитать только для небольшой части дохода системы здравоохранения, так как проблемы, которые ограничивают сбор налогов, также ограничивают сбор в системах на основе заработной платы. В Кыргызстане, страхование вносит менее 5% в государственный бюджет здравоохранения.
Деньги пошли в отдельные фонды вне традиционной бюджетной системы, что позволило ввести новые системы оплаты поставщикам медицинских услуг.	Невозможно предотвратить продолжающееся снижение бюджетов на здравоохранение. Внебюджетные фонды адекватно не контролируются, проблема коррупции.
Страхование в качестве «задней двери» для реформ.	Это только откладывает необходимую реформу всего государственного бюджетного процесса. Общественные затраты на здравоохранение продолжают снижаться.

На основании оценок опыта стран в Центральной Азии, обсуждаемый в *Здравоохранение в Центральной Азии*, М. Максее и Дж. Флкингом (редакторы), стр. 185. Европейский обозреватель серий систем здравоохранения, 2002.

На основании изучения систем здравоохранения проведенного Европейскими наблюдателями, были отобраны следующие страны для рассмотрения их опыта в секторе медицинского страхования:

Туркменистан создал схему добровольного медицинского страхования, возглавляемого государством с 1996 года. Он собирал налоги в размере 4% от валового дохода. Льготы включали: скидки на цены на выписанные лекарства до 90%, скидка на стоматологические услуги на 25%, гарантированную госпитализацию на 7 дней при направлении пациента на стационарное лечение и гарантированный выбор семейного доктора. Оказалось, что система не мобилизовала существенных ресурсов и плата за услуги и на лекарства привели к увеличению издержек.

Казахстан ввел закон о медицинском страховании в 1995 г. и в 1996-1998 гг. проводил эксперимент, используя обязательное медицинское страхование. Деньги на обязательное медицинское страхование собирались во внебюджетном фонде, и он получил как налоги, так и трансферты из государственного бюджета. Значительная сумма, а именно 57% от всех государственных затрат на

здравоохранение перечислялась в фонд, половину из которой составляли налоги на заработную плату. Тем не менее, наблюдался спад в общей структуре бюджета здравоохранения. Система медицинского страхования превратилась в агентство по снабжению.

На сегодняшний день, лишь Кыргызстан обладает оптимальным вариантом устойчивой системы медстрахования. Однако, еще слишком рано отказываться от альтернативы медицинского страхования основываясь на том, что они не нашли своего применения или имели негативный результат в соседних странах. Возможно концентрация слишком большого внимания, и отказ от проведения последующих реформ привели развитие данных систем к подобному результату. Возможно, существовало какое-либо давление, направленное на появление каких-либо моментальных результатов (обычно со стороны доноров), таких, например, как значительные перемены в доле затрат на здравоохранения. Обзор страхования здравоохранения в развивающемся мире показывает, что требуется время для того, чтобы система полностью заработала, чтобы наладить использование и накопления фондов. (Пибой, 1999) .Также важно макроэкономическое рассмотрение в качестве проводника роста источников, необходимых для начала процесса.

В заключении, беспокойства о снижении общественного бюджета также могут быть снижены, если всеобщие затраты на здравоохранение возросли за счет финансирования третьей стороной. Система национальных счетов здравоохранения может включать эти отдельные пункты затрат. В Хорватии, Чехии, Эстонии, Венгрии, Словакии и Словении широко полагаются на налоги на обязательное медицинское страхование. Для этих стран, потоки доходов менее фрагментированы. Относящиеся преимущества и взносы также являются ключевыми моментами к устойчивой системы. Хотя Узбекистан исходит из того, что здоровье является правом каждого гражданина, у него нет достаточно ресурсов, чтобы выполнить социальный контракт .

#### **16.2.4 Рассмотрение реформ по финансированию здравоохранения**

##### **(1) Что можно выяснить из покупательных решений**

Предварительный анализ данных, собранных в ходе изучения домохозяйств группой изучения ЛСА, показал следующее:

- 1) Несмотря на довольно широкую сеть медицинских учреждений, выбор какого-либо из них домашними хозяйствами остается ограниченным. Основной причиной выбора какого-либо учреждения является то, что это единственный источник, к которому можно было бы обратиться.
- 2) Ограниченность выбора можно объяснить слишком большим выбором медучреждений. Разные учреждения соответствуют разным потребностям. Так, например, учреждения по оказанию первичной медицинской помощи (СВП и др.) предназначены для лечения детских болезней; отделение экстренной помощи для неотложных случаев; поликлиники для хронических заболеваний, районные больницы используются при родах. Областные учреждения используются реже всего.
- 3) Наиболее приемлемый метод оплаты является оплата после каждого услуга лечения, и около 69% всех пациентов предпочитают данный метод оплаты. Однако около 14% пациентов предпочитали производить оплату определенной крупной суммы за месяц вперед. Это обнадеживающие цифры.

Системы страхования в общем положительно воспринимаются населением лишь тогда, когда не существует непонятных вопросов по предлагаемой системе. Однако, на понимание структуры может потребовать некоторого времени и ресурсов для проведения здравоохранительной кампании, образования и коммуникации.

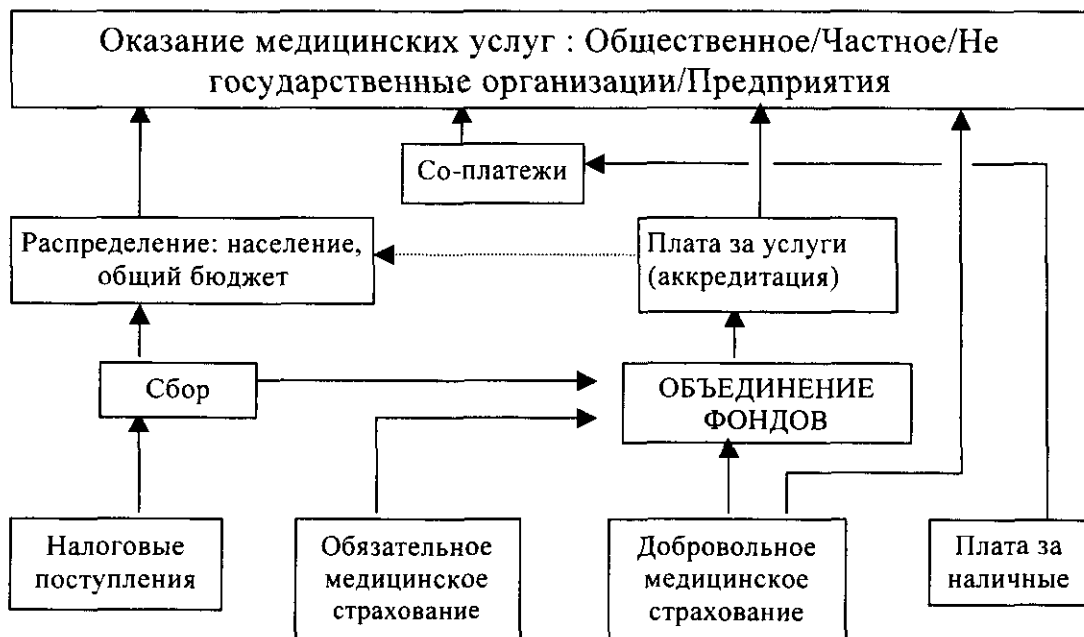
В результате изучения можно выделить некоторые направления по реформированию: обеспечение выбора, различных видов оплаты за получение медицинской помощи и некоторую поддержку при предварительной оплате производимой домашними хозяйствами.

## **(2) Предлагаемая система финансирования здравоохранения для Узбекистана**

Рисунок 16.4 показывает предлагаемую систему финансирования здравоохранения для Узбекистана.

### Характерные черты предлагаемой системы

- 1) Это система развивается поэтапно. Следующие действия следует осуществить за определенный период времени.
  - а. Реформы в альтернативных схемах оплаты поставщиков для реформированной системы поставок/снабжения здравоохранения. Идеальная система поставок, или, другими словами, снабжения, должна включать: а) эффективную общественную систему здравоохранения (первичную и третичную) где финансирование и поставка интегрированы, и где подушевая оплата в перспективе являлась бы нормой; и, б) более широкий спектр медицинских услуг, доступных в одном месте на вторичном уровне или там, где применяются многопрофильные группы.
  - б. Проведение экспериментов по предоплате в махаллях и на предприятиях. В начале она будет проводиться на добровольной основе, начав с махаллей, которые являются объектами реформируемых и строящихся СВП, и некоторых предприятий, у которых за последнее время наблюдался определенный рост. Даже предприятия могут допустить развитие такого вида услуг, как услуги по поддержанию здоровья. Такого вида услуги известны своими тесными и прочными связями с третичными учреждениями.



**Рисунок 16.5 Предлагаемая система финансирования здравоохранения для Узбекистана**

- в. Создание учреждения на основе слияния наличных средств. Учреждения не должны наказаться (более низкими субсидиями) за расширение источников получения прибыли, пока существует прозрачность сбора средств и расходов. Необходимо показать, как учреждения будут использовать денежные средства, полученные от объединенных фондов в последствии.
- г. Принятие системы классификации болезней и усовершенствованных информационных систем для временных и точных данных. Соглашения об объединениях требуют информации об участниках (возраст, пол, место проживания), заболеваемости, для установления цен и определения задач.
- д. Нормативная база для обязательного медицинского страхования.
- е. Постепенное осуществление требует определения критерия для охвата и расширения. Рон и Абель Смит(1966) перечислили, что это может определяться либо:

- Размером предприятия.
- Географической зоной
- Категорией застрахованных лиц или детей, автоматически покрываемой.
- Видом услуг

Идея такова, что сначала приобрести опыт в сборе и оплате набора услуг. Слабые административные системы в сельских местностях и самообеспечение в сельских районах могут потребовать постепенного перехода в географическом плане. Набор услуг может быть разделен на базовый, всеобъемлющий или дополнительный.

Эксперименты в соседних странах в Среднеазиатском регионе показывают, что быстрое распространение может привести к неэффективности и недостаткам, которые вызовут вопросы о кредитоспособности и полномочиях страховых учреждений. Однако, медленное продвижение может также затормозить инновации и динамизм в охвате всего населения широким спектром необходимых услуг.

2) Обязательное объединение фондов предполагается произвести через год после создания нормативной базы для обязательного медицинского страхования. Оно будет включать в себя взносы от:

- Социальных фондов (по пенсии, безработице, социальному обеспечению).
- Работодателей.
- Работников.
- Государственные субсидии, как партнер субсидий региональных властей беднейшему населению.

Должны быть введены новые механизмы сбора для самостоятельных работников, обеспечивающих себя, небедных групп населения через махалли среди прочего.

3) Это будет система единого страхового фонда, с национальным агентством по медицинскому страхованию (НАМС) который будет отвечать за сборы частных фондов и слияние взносов. Сбор средств от государственных

служащих будет вычитаться на уровне сбора налогов, перечисляемых НАМС. Частные предприниматели могут платить непосредственно в НАМС свою часть и взносы своих работников. Взносы будут выплачиваться владельцами социальных фондов национальному агентству по медицинскому страхованию.

- 4) Использование местных бюджетных систем для учреждений, согласно новым схемам оплаты поставщиков. Это необходимо для обеспечения контроля региональными органами над подконтрольными им учреждениями и ресурсами, а также по другим объективным соображениям. Распределение осуществляется на основе стандарте Минздрава.
- 5) Национальное агентство по медицинскому страхованию может заключать контракты с частными поставщиками. Оплата поставщикам мед.услуг будет происходить из фондов НАМС, или через длительный срок, через другие группы покупателей.
- 6) НАМС будет отвечать за аккредитацию учреждений по обеспечению и контролю качества. Сертификация Минздрава не гарантирует аккредитации в программе национального медицинского страхования.
- 7) Оплата поставщикам будет производиться на основе оговоренных ставок и оплату конкретных случаев. Межстрахование будет дополнять фонды бюджета, оно не имеет цели заменить его.

#### **16.2.5 Политические вопросы**

- 1) Множественное финансирование в противовес единому финансированию: Выразят ли социальные фонды, региональные органы желание выделить часть средств в качестве взноса своих членов в данный объединенный фонд? Если эти фонды не изъявят желания, тогда НАМС не будет полностью универсальным, оно также не будет устойчивым.
- 2) Множественные фонды в противовес единоличному фондодержанию: Предлагаемая система будет иметь национальное агентство медицинского страхования в качестве единственного хранилища фондов, согласно



установленным правилам создания и аудита республики. Оно создаст базовые административные офисы в регионах. Владение разветвленными фондами (подобно России) ограничит слияние риска к маленькой базе (регионы и/или группы) и разрушит цель наличия слияния больших фондов для активной покупки. Также будет сложнее осуществлять контроль над многочисленными разветвленными фондами и сделать систему предметом плохого менеджмента.

- 3) Фонды национального агентства медицинского страхования в противовес сбору налогов/бюджетному финансированию: Существует обеспокоенность, что если государственные учреждения начнут получать фонды из НАМС, местные органы больше не будут поддерживать финансирование учреждений здравоохранения. Ожидается, что через длительное время произойдет перераспределение местных государственных фондов для поддержки первичной и профилактической деятельности, и фондов национального медицинского страхования для поддержки вторичных и третичных учреждений. Существуют определенные аспекты по созданию, которые в ближайшее время будут препятствовать полной потере фондов для сектора здравоохранения: а) местные власти захотят инвестировать в свои учреждения для привлечения застрахованных членов; б) активная система аккредитации потребует инвестиций от «владельцев» учреждений прежде чем фонды НСЗ начнут свою деятельность; в) четкое регулирование реформ на основе учреждений обеспечит правильное размещение фондов и г) национальный учет здравоохранения покажет, что уменьшение социального бюджета будет уравновешено расходам страхования.
- 4) Существует ли консенсус в определении лимита услуг? Или создать двухуровневую систему: базовую и полную? Определение базового набора сделает взносы приемлемыми и в целях стабильности система на основе преимуществ введет дисциплинирующий элемент через со-оплату.
- 5) Размер взносов. Существует опасение, что взносы на медицинское страхование будут дополнительным бременем для работников. Предложенная система разработана таким образом, чтобы взносы и страховые пособия были связаны. Изучение сравнения стран в ранней презентации (Документ о

международном сравнении) показало, что страховые взносы (включая социальную безопасность) от 15% (США) до 42% (Германия) за период 1998-1999 годы. Эти уровни соответствуют странам с высоким доходом, для которых привилегии полные. Работники оплачивают приблизительно половину этих взносов. Страны с меньшим доходом с лимитированными пособиями имеют структуру взносов не выше 3,5% от зарплаты, который в дальнейшем делится между работником и работодателем. Страны СНГ и Восточной Европы ввели 13-18% от зарплаты в качестве страхового взноса (Диксон, Ланденбрунер и Мосиалос., используя данные Прекера. 2002)

б) Роль Министерства здравоохранения в противовес НАМС

Национальное агентство медицинского страхования будет правительственным органом, находящимся под административным управлением Минздрава, однако останется независимым от Минздрава. Минздрав является главой исполнительного комитета НАМС. В состав Исполнительного комитета входят представители финансовых отделов, региональных органов, социальных фондов, исследовательских центров, ведомственных центров, представители частной практики и поставщиков услуг.

НАМС будет нести ответственность за следующее:

- а В качестве страховщика национальной системы медицинского страхования оно будет осуществлять сбор взносов для определенных групп, получает сборы по выплатам от других агентств и производить выплаты поставщикам или другим органам, которые выступают фондодержателями.
- б Администрирование всего бизнеса НАМС, кураторство и оценка. Оно может открыть региональные офисы, которые, соответственно, предполагают быть прибыльными. Административные издержки, по отношению ко всей системе, не должны превышать 12% от всех собранных средств.
- в Разработка правил аккредитации для покупки им медицинских услуг и работы с управлением качеством для создания единой политики аккредитации.