

Департамент Оценки Операционной Деятельности Всемирного Банка

ДООД

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

**ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «РЕФОРМА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

Оценка Эффективности Проекта

Цель Группы независимой оценки операционной деятельности ВБ: Усиление положительного воздействия операций ВБ на развитие посредством высококвалифицированной и независимой оценки.

Об Отчете

Группа независимой оценки операционной деятельности проводит оценку программ и деятельности Всемирного банка, преследуя две цели: во-первых, обеспечение достоверности процесса самооценки Банка и проверка соответствия результатов поставленным задачам и, во-вторых, оказание помощи в выработке усовершенствованных директив, политики и процедур путем распространения выводов на основе полученного опыта. Группа НООД ВБ ежегодно проводит оценку около 25 % кредитных операций Банка. При отборе операций для проведения оценки предпочтение отдается инновационным, крупным или комплексным проектам, имеющим значение для будущих исследований или страновых оценок; операциям, оценка которых осуществляется в соответствии с запросом Исполнительных директоров или руководства Банка; а также операциям, которые помогают извлечь важные уроки. Проекты, темы и подходы к их анализу, отобранные для проведения оценки, используются в более масштабных оценочных исследованиях.

Отчет об экспертизе выполнения проекта (ОЭВП) составляется на основе изучения Отчета о завершении проекта (самооценка, осуществляемая соответствующим подразделением Банка) и работы на местах, которая проводится Группой НООД ВБ. При подготовке ОЭВП сотрудники Группы НООД ВБ изучают проектную документацию и другие материалы, интервьюируют операционный персонал и в большинстве случаев посещают страну-заемщика для обсуждения проекта с сотрудниками и получателями помощи на местах. Таким образом, ОЭВП призван подтвердить и расширить информацию, представленную в ДЗП, а также рассмотреть вопросы, представляющие особый интерес для проводимых Группой НООД ВБ более широких исследований.

Каждый ОЭВП подлежит экспертной проверке и утверждению руководством Группы НООД ВБ. После утверждения внутри отдела ОЭВП рассматривается соответствующим департаментом Банка и в случае необходимости корректируется. Затем окончательно доработанный ОЭВП передается Заемщику, а полученные от него замечания прилагаются к документу, который направляется Совету исполнительных директоров Банка. После его представления Совету директоров Отчет становится общедоступным документом.

Рейтинговая система Группы НООД ВБ

Проверенные временем методы оценки, используемые Группой НООД ВБ, применимы к самым разным направлениям деятельности Всемирного банка. Данная методика обеспечивает одновременно точность оценки и достаточный уровень гибкости при работе с кредитным инструментом, проектным решением или отраслевым подходом. Все специалисты Группы НООД ВБ по проведению оценки применяют один и тот же базовый метод для определения основных показателей выполнения проекта. Ниже приводится определение каждого критерия оценки и соответствующая рейтинговая шкала (подробнее см. на web-сайте Группы НООД ВБ: <http://worldbank.org/ieg>).

Результат: Степень эффективности в достижении важнейших значимых целей или их ожидаемом достижении. Оценка данного параметра включает три элемента: актуальность целей, эффективность и рентабельность. *Актуальность целей и задач* означает степень соответствия целей и задач проекта имеющимся приоритетам в развитии страны, а также текущей страновой и отраслевой стратегии и корпоративным целям Банка (отраженным в Документах по стратегии сокращения бедности, Стратегиях содействия стране, Документах по отраслевой стратегии, Принципах операционной политики). *Эффективность* означает степень фактического или ожидаемого достижения целей проекта с учетом их относительной важности. *Рентабельность* означает степень получения или вероятность получения в будущем отдачи от проекта, превышающей альтернативную стоимость капитала, а также обеспечение выгод при наименьших затратах в сравнении с альтернативными вариантами. Данный рейтинг обычно не применяется к кредитованию на цели структурных преобразований. *Возможные оценки:* Весьма удовлетворительно, Удовлетворительно, Умеренно удовлетворительно, Умеренно неудовлетворительно, Неудовлетворительно, Крайне неудовлетворительно.

Риск неустойчивости конечных результатов по развитию: Риск – на момент проведения оценки проекта – того, что фактические (или ожидаемые) конечные результаты воздействия на развитие не удастся сохранить (или реализовать). *Возможные оценки:* Весьма значительный, Умеренный, Незначительный до низкого, Не поддающийся оценке.

Эффективность работы Банка: В какой степени предоставляемые Банком услуги обеспечивали качество проекта на этапе включения его в портфель и содействовали эффективной реализации проекта благодаря надлежащему контролю (включая обеспечение установления адекватных механизмов перехода к постоянному

функционированию систем, созданных при поддержке за счет займа/кредита, после его закрытия) для достижения конечных результатов воздействия на развитие. *Возможные оценки:* Весьма удовлетворительно, Удовлетворительно, Умеренно удовлетворительно, Умеренно неудовлетворительно, Неудовлетворительно, Крайне неудовлетворительно.

Результаты деятельности заемщика: В какой мере заемщик проявил заинтересованное участие и ответственность для обеспечения качественной подготовки и реализации проекта и соблюдал условия договоров и соглашений для достижения целей в области развития и устойчивости. Оценка данного параметра включает два элемента: работа соответствующих государственных органов и работа организации/организаций, отвечавших за реализацию проекта. *Возможные оценки:* Весьма удовлетворительно, Удовлетворительно, Умеренно удовлетворительно, Умеренно неудовлетворительно, Неудовлетворительно, Крайне неудовлетворительно

**Документ
Всемирного банка**

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
ОТЧЕТ ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОЕКТА
(ЗАЕМ № 4182)**

27 марта 2007 г.

*Группа независимой оценки операционной деятельности Всемирного банка
Отдел оценки отраслевых, тематических и глобальных аспектов операций*

2007
Всемирный Банк
Вашингтон

Департамент оценки операционной деятельности

Улучшение операционной эффективности через независимую оценку и наблюдение

Департамент Оценки Операционной Деятельности (ДООД) – это независимое подразделение Всемирного банка; этот отдел подчиняется непосредственно Совету Исполнительных Директоров. ДООД оценивает какие программы приносят реальные результаты, а какие нуждаются в улучшениях, как заемщики будут приводить в исполнение проект, и последующие вклады Банка в развитие страны. Целями оценки являются обобщение и усвоение опыта, создание объективной основы для оценки результатов работы Банка и обеспечения подотчетности в процессе решения Банком стоящих перед ним задач.. Кроме того, оценка способствует повышению эффективности работы Банка, позволяя усваивать уроки из имеющегося опыта и распространять соответствующую информацию, а также разрабатывать рекомендации на основе результатов оценки..

Этот документ по Оценке Эффективности Проекта был представлен Совету Директоров под номером 39099

Контактная информация
Департамент оценки операционной деятельности
Отдел Знаний и развития организационно-технических возможностей
Vjackson4@worldbank.org
Телефон 202 – 473-0981
Факс 202 - 614-0440

<http://www.worldbank.org/oed>

Резюме

Цель пилотного проекта «Реформа здравоохранения» заключалась в повышении качества медицинской помощи, рационализации системы ее предоставления и улучшении показателей эффективности работы служб охраны материнства и детства (репродуктивного здоровья) и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в двух пилотных регионах, опыт которых должен был послужить основанием для принятия Заемщиком решений о реализации конкретных мероприятий по реформированию системы здравоохранения в масштабах всей страны. Основные задачи проекта соответствовали трем приоритетным направлениям реформы: (а) совершенствование системы материального стимулирования поставщиков медицинских услуг за счет внедрения механизмов оплаты по результатам и с учетом структуры затрат в сочетании с созданием схем обеспечения качества на основе информационных систем; (б) переориентация системы предоставления медицинской помощи путем укрепления первичного звена, центром которого должна была стать сеть семейных врачей, при соответствующем сокращении использования стационарной медпомощи; (с) совершенствование подходов к охране материнства и детства и борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями с фокусировкой на пропаганде здорового образа жизни и повышении качества и доступности профилактических, диагностических и лечебных видов медицинской помощи и рационализации процессов их предоставления.

Утвержденный в июне 1997 года и вступивший в силу в апреле 1998 года, данный проект отличался медленными темпами расходования средств. Из-за финансового кризиса 1998 года его реализации началась почти на два года позднее установленного срока. Расходование средств займа было внезапно прекращено в одностороннем порядке по решению Правительства РФ за год до официального закрытия займа. На федеральном уровне отношение к проекту никогда не отличалось высокой степенью заинтересованности, хотя регионы первоначально весьма ответственно и заинтересованно относились к проекту, но затем одним из них деятельность в рамках проекта была на девять месяцев приостановлена уже после проведения промежуточного обзора проекта. К сроку закрытия проекта политический и экономический контекст значительно изменился. Россия приступила к осуществлению политики, направленной на прекращение использования международного финансового содействия и раннее погашение своих долговых обязательств. Примерно половина суммы займа (33,3 млн. долларов США) была аннулирована, в результате чего некоторые мероприятия проекта остались незавершенными.

Несмотря на такие ограничения, за счет средств проекта было закуплено оборудование и проведены учебные мероприятия, что, по всей вероятности, способствовало повышению качества медицинской помощи в двух пилотных областях. Подготовлено большое число семейных врачей, оснащены офисы для их работы, Московская медицинская академия им. Сеченова разработала методический документ, который сейчас является «Государственным стандартом послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим

медицинским образованием по специальности 'общая врачебная практика' ('семейная медицина')». Внедрены новые подходы к охране материнства и детства и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Но акушерство, гинекология и педиатрия были исключены из программы подготовки семейных врачей, ресурсы международного технического содействия использовались в крайне незначительных объемах, и очень малая часть займа использовалась для реализации мероприятий по пропаганде здорового образа жизни. В рамках проекта не были подготовлены документальные материалы, с помощью которых можно было бы определить, привело ли внедрение этого нового направления подготовки кадров к повышению качества медицинской помощи. В рамках проекта не удалось обеспечить повсеместного внедрения новых моделей финансирования здравоохранения, а там, где такие модели были внедрены на местном уровне, они продолжали «существовать» со старой системой советского образца и, в конечном итоге, оказались неустойчивыми.

В обеих областях удалось улучшить несколько значимых для проекта показателей состояния здоровья населения, включая сокращение средней длительности пребывания в стационаре и количества коек (только в Калужской области), снижение младенческой смертности и распространенности аборт. Однако нет уверенности в том, что эти показатели улучшились именно благодаря проекту. Во-первых, некоторые из этих инновационных подходов не были полностью внедрены, а во-вторых, аналогичное улучшение этих показателей состояния здоровья населения в это же время произошло и в других (сходных по географическим и экономическим условиям) регионах по всей стране. Кроме того, некоторые показатели ухудшились, в противовес целям проекта. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний значительно возросла, как в пилотных, так и в других регионах, а в Тверской области она оставалась на самом высоком уровне, при повышении количества больничных коек на душу населения в Твери непосредственно. Процент госпитализаций и доля беременных с гипертонией, связанной с беременностью, в Тверской области, по сути, не изменились, а в Калужской области *возросли*.

Проект не обеспечил достижения такой цели, как оценка результатов пилотного внедрения новых подходов, итоги которой предполагалось использовать для информационного обоснования принятия решений о распространении приобретенного опыта в масштабах всей страны. Структура проекта не предусматривала создания системы для оценки воздействия его мероприятий посредством сравнений с контрольными группами объектов и/или альтернативными вариантами. В целом практическая работа по мониторингу, оценке и распространению опыта была низкого качества. Не было систематизированного плана мероприятий по распространению опыта, приобретенного в ходе реализации пилотных программ. Кроме того, на реализации компонента «МиО» отрицательно сказались многократные институциональные и организационные преобразования, включая аннулирование контракта на плановое предоставление международного технического содействия. Таким образом, оказалось невозможным проведение предусматриваемого анализа и распространение опыта пилотных регионов в масштабах всей страны. Поскольку

жизнеспособная система оценки результативности проекта так и не была создана, сейчас невозможно определить, до какой степени положительные сдвиги в показателях состояния здоровья населения пилотных регионов являются результатом мероприятий и преобразований, осуществленных в рамках пилотного проекта, а не других общенациональных реформ и социально-экономических преобразований, проводимых во всероссийском масштабе.

За конечный результат воздействия Пилотного проекта в целом ему присваивается рейтинг **неудовлетворительно**, исходя из умеренно неудовлетворительного итогового улучшения показателей репродуктивного здоровья населения и эффективности борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения и крайне неудовлетворительной работы по мониторингу, оценке и распространению информации о результатах проекта.

Работа Банка оценивается как **умеренно неудовлетворительная**, учитывая важные и успешные действия, направленные на включение мер по реформированию здравоохранения в программу реформ в условиях хаоса и обеспечение дальнейшей работы в данном направлении, но менее успешные усилия по минимизации рисков и устранению недостатков конкретных компонентов и неудачу с созданием адекватной базы для оценки реализации Пилотного проекта. Работа Заемщика была **умеренно неудовлетворительной**, т.к. в каждом из пилотных регионов одни важные стороны от начала до конца сохраняли твердую приверженность курсу реформ, а другие ключевые структуры оставались не вовлеченными в процесс. Риск неустойчивости результатов воздействия проекта оценивается как **умеренный**. Проект помог изменить отношение к новым технологиям предоставления медицинской помощи и реформе здравоохранения среди участников процесса на всех уровнях, многие их принципов, внедренных в рамках проекта, включены в недавно принятую государственную политику здравоохранения, а извлеченные уроки нашли свое отражение в следующем проекте Всемирного банка – «Техническое содействие реформе системы здравоохранения». Однако и сейчас эти результаты могут быть сведены на нет, если с приходом новых руководителей изменится политика в отношении степени централизованности управления в здравоохранении и приоритетности структурных и институциональных реформ.

Извлеченные уроки

- **Твердая политическая позиция имеет большое значение на всех уровнях и на протяжении всего срока осуществления реформ.** Государственные приоритеты и региональные политические лидеры меняются; на важные должности в профильных ведомствах приходят новые люди. Для оценки и сохранения ответственной политической позиции абсолютно необходим непрерывный диалог по политике. Проекты должны разрабатываться с учетом вероятности изменения политических условий. Чтобы в будущем можно было адаптироваться к возможным переменам, комплектация штата специалистов страны для проекта должна быть ориентирована не только на качество, но и на «глубину», а общие

взаимоотношения Банка со страной и контекст работы в стране должны быть предметом регулярной переоценки в плане их влияния на конкретные проекты.

- **Мониторинг, оценка и распространение опыта являются критически важными элементами любого пилотного проекта.** Даже если не удастся достигнуть других целей, создание сильной системы оценки программ и мер, с помощью которой можно определить воздействие конкретных мер на ситуацию, позволяет извлечь ценные уроки, которые помогают в выявлении причин безуспешности усилий по достижению этих целей. Систему сбора и анализа данных нельзя разрабатывать в процессе реализации пилотного проекта – ее структура и ресурсы для внедрения должны быть в наличии уже на этапе разработки концепции проекта.
- **Даже в условиях децентрализованного управления национальный уровень играет ключевую роль в системе здравоохранения.** В России деятельность на местном уровне по-прежнему в значительной степени регулируется федеральными нормативными и правовыми требованиями. Любой региональный проект осложняется необходимостью решения нормативно-правовых вопросов, требующего много времени. С другой стороны, при отсутствии правовых проблем, связанных с центральным уровнем, возникает риск того, что проект превратится в отдельно выполняемое «упражнение», никак не связанное с событиями на остальной территории страны, что делает невозможным тиражирование результатов проекта.
- **Слишком сложные проекты реформирования здравоохранения подвержены повышенному риску безуспешной реализации.** В Пилотный проект были вовлечены многие государственные структуры, и он был призван решать многочисленные отдельные проблемы практики и политики здравоохранения. Проект более узкого диапазона позволил бы более пристально сосредоточиться на конкретных целях и произвести более наглядные результаты.
- **Ответственная и заинтересованная вовлеченность местного уровня имеет больше значение, но все же осталась нерешенной задача установления приоритетов.** Сложный и фрагментированный характер пилотного проекта был обусловлен целенаправленной стратегией обеспечения ответственности и заинтересованности регионов за счет предоставления им возможности самим подготовить предложения по реформированию системы. Потенциальная задача Банка заключалась в оказании помощи регионам в определении наиболее приоритетных мер, связанных с комплексным подходом к реформированию, но эта задача осталась невыполненной.
- **Проекты реформирования здравоохранения – даже если они не обеспечивают полностью успешного достижения поставленных целей – в любом случае помогают укоренять ключевые представления о новых**

подходах к работе на разных направлениях. С одной стороны, данный пилотный проект обеспечил финансирование для приобретения крайне необходимых здравоохранению материально-технических и кадровых ресурсов, а с другой стороны, его реальная дополнительная ценность заключалась во включении новых идей в диалог по реформированию здравоохранения. На многих направлениях были созданы новые и более устойчивые структуры, которые должны способствовать осуществлению реформы, включая внедрение передовых подходов, апробированных в других странах.

Винод Томас
Генеральный директор
Департамент оценки
операций

Оглавление

Резюме	i
Основные результаты рейтинговой оценки проекта	xi
Основные ответственные руководители и специалисты ВБ	xi
Предисловие	xiii
1. Общая информация и описание контекста	1
Общая ситуация/Состояние системы здравоохранения.....	1
Государственная политика/стратегия	4
Роль Всемирного банка	6
Поддержка со стороны донорского сообщества	8
2. Цели и структура проекта.....	9
Цели.....	9
Компоненты.....	10
Организационные механизмы реализации проекта.....	10
Система мониторинга и оценки.....	12
Оценка рисков	13
3. Реализация и затраты	14
Плановые и фактические затраты и финансирование.....	14
Опыт реализации.....	15
4. Непосредственные и конечные результаты (по каждой цели)	19
повышение качества медицинской помощи, рационализация системы ее предоставления и улучшение показателей эффективности работы служб охраны материнства и детства и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями	20
Оценка реализации пилотного проекта и распространение извлеченных уроков.....	30
5. Результаты рейтинговой оценки	31
Конечный результат.....	31
Риск неустойчивости конечного результата воздействия на развитие.....	34
Эффективность работы Банка.....	36
Результаты деятельности Заемщика	38
Мониторинг и оценка	39

Настоящий отчет подготовлен консультантом Джудит Твигг, которая проводила оценку данного проекта в июне 2006 года. Административную поддержку обеспечивала Пилар Баркверо.
--

6. Уроки и перспективы	40
Уроки.....	40
Перспективы дальнейшего сотрудничества в рамках действующих проектов и в будущем.....	41
Ссылки	43
Приложение А. Основные сведения.....	46
Приложение В. Опрошенные лица.....	51
Приложение С: Затраты и результаты.....	53
Приложение D. Конечные результаты	58
Приложение Е. Этапы реформы здравоохранения в России и пилотный проект «Реформа здравоохранения».....	61
 Врезки	
Врезка 1. Новый экономический механизм.....	5
Врезка 2. Компоненты Пилотного проекта	11
Врезка 3. Законодательство РФ, повлиявшее на осуществление реформ в здравоохранении	17
Врезка 4. Передача обязанностей по реализации федерального компонента «МиО»	19
Врезка 5. Развитие и состояние российской системы медицинского страхования в 1990-е годы	22
Врезка 6. Национальные проекты России	36
 Таблицы	
Таблица 1. Итоги рейтинговой оценки конечного результата по каждой цели	32
 Рисунки	
Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1992-2004 гг.	2
Рисунок 2. Материнская и младенческая смертность, 1992 – 2004 гг.....	3
Рисунок 3. Средняя длительность пребывания в стационаре в Калужской, Тверской и некоторых других областях.....	25
Рисунок 4. Количество коек на 10 тысяч населения в Калужской, Тверской и некоторых других областях	26
Рисунок 5. Младенческая смертность в Калужской, Тверской и некоторых других областях	28
Рисунок 6. Распространенность абортов в Калужской, Тверской и некоторых других областях.....	29

Рисунок 7. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Калужской, Тверской и некоторых других областях..... 30

Валютные эквиваленты (среднегодовые)

Валютная единица = российский рубль

(Обменный курс по состоянию на 18 октября 2004 г.)

1,00 доллар США 29,1 руб.
1,00 российский рубль 0,034 доллара США

Сокращения

КАС	Стратегия деятельности Всемирного банка в России
СиДиСи	Центры контроля и профилактики заболеваний (США)
ЦНИИОИЗ	Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения
КСГ	Клинико-статистические группы
ЦГРП	Центральная группа реализации проекта
КДЛЦ	Консультационно-диагностический лечебный центр
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ДСГ	Диагностически связанные (клинико-диагностические) группы
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ВОП	Врач общей практики
ОЗП	Отчет о завершении проекта
Группа НООД ВБ	Группа независимой оценки операционной деятельности Всемирного банка
МиО	Мониторинг и оценка
ОМД	Охрана материнства и детства
ММА	Московская медицинская академия им Сеченова
Минфин РФ	Министерство финансов РФ
Минздрав РФ	Министерство здравоохранения РФ
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
«ОП»	Документ «Оценка проекта»
ККП	Координационный комитет проекта
ГУП	Группа управления проектом
ОЭВП	Отчет об экспертизе выполнения проекта
ГОК	Группа обеспечения качества
ТГМА	Тверская государственная медицинская академия
РП	Руководитель проекта (Всемирный банк)
АМР США	Агентство международного развития, США
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Финансовый год

Правительство РФ: с 1 января по 31 декабря

Генеральный директор Департамента оценки операционной деятельности ВБ	г-н Винод Томас
Директор Группы независимой оценки операционной деятельности ВБ	: г-н. Аджей Чиббер
Руководитель отдела оценки отраслевых, тематических и глобальных аспектов операций	: г-н Алейн Барбу
Руководитель процесса оценки данного проекта	: г-жа Марта Эйнсворт

Основные результаты рейтинговой оценки проекта

	<i>ОЗП*</i>	<i>Экспертиза ОЗП*</i>	<i>ОЭВП</i>
Пилотный проект «Реформа здравоохранения (Заем 4182)»			
Конечный результат	Удовлетворительно	Умеренно неудовлетворительно	Неудовлетворительно
Риск неустойчивости конечного результата воздействия на развитие **	--	--	Умеренный
Устойчивость **	Вероятно	Не поддается оценке	--
Воздействие на институциональное развитие ***	Умеренный	Умеренный	--
Эффективность работы Банка	Удовлетворительно	Удовлетворительно	Умеренно неудовлетворительно
Результаты деятельности Заемщика	Удовлетворительно	Неудовлетворительно	Умеренно неудовлетворительно

* Отчет о завершении проекта (ОЗП) является отчетом о результатах самооценки подразделения ВБ, отвечавшего за проект. Краткий отчет об итогах экспертизы ОЗП является промежуточным продуктом Группы НООД, такая экспертиза проводится в целях независимой верификации сведений и выводов, представленных в ОЗП.

**С 1 июля 2006 года параметр «Устойчивость» заменен параметром «Риск неустойчивости конечного результата воздействия на развитие». Поскольку эти два параметра имеют разные определения, прямое сравнение их рейтингов не представляется возможным.

*** С 1 июля 2006 года в структуру рейтинговой оценки конечного результата операций включен показатель «Воздействие на институциональное развитие».

Основные ответственные руководители и специалисты ВБ

<i>Проект</i>	<i>Руководитель проекта</i>	<i>Руководитель отдела/ направления отраслевого департамента</i>	<i>Директор ВБ по России</i>
Оценка проекта	Тереза Дж. Хо	Роберт Б. Либенталь	Юкон Хуанг
Надзор	Мария Ваннари		Джулиан Швайцер
Завершение	Джон Лангенбруннер	Армин Фидлер	Кристаллина И. Георгиева

Предисловие

В настоящем документе представлены результаты оценки реализации пилотного проекта «Реформа здравоохранения» в Российской Федерации (98,4 млн. долларов США). Данный пилотный проект был первым проектом реформирования здравоохранения России, осуществленным при поддержке Всемирного банка. Соглашение о займе на его реализацию было утверждено 5 июня 1997 года и вступило в силу 17 апреля 1998 года. Проект должен был финансироваться за счет займа Всемирного банка в размере 66 млн. долларов США и средств софинансирования Правительства Российской Федерации (1,3 млн. долларов США) и пилотных регионов (Администрация Калужской области – 19,2 млн. долларов США и Администрация Тверской области – 11,8 млн. долларов США). Официально проект был закрыт в соответствии с графиком 30 апреля 2004 года, но в августе 2003 года Правительство РФ приняло решение о прекращении заключения контрактов по проекту, в связи с чем была израсходована только половина средств займа (32,7 млн. долларов США, 49,5 %).

Настоящий отчет подготовлен консультантом Группы НООД Джутит Твигг. Представленные в нем выводы сделаны на основании данных анализа комплектов документации проекта; результатов промежуточной оценки проекта и Отчета о завершении проекта; опубликованной и неопубликованной литературы по состоянию здоровья населения РФ и по реформированию системы здравоохранения РФ; государственной статистики по здравоохранению России; сведений, полученных в ходе опросов руководителей проекта со стороны ВБ, других руководителей, сотрудников и консультантов Всемирного банка, имевших отношение к проекту, и должностных лиц Минздрава РФ, органов здравоохранения Тверской и Калужской областей; а также опросов сотрудников федеральной и региональных групп управления проектом и Центральной группы реализации проекта. Опросы представителей соответствующих государственных ведомств РФ и сотрудников Всемирного банка проводились в Москве, Твери и Калуге во время десятидневного пребывания консультанта в России в июне 2006 года. Список опрошенных лиц представлен в Приложении В. Группа НООД выражает признательность всем участникам опроса и сотрудникам Московского постоянного представительства Всемирного банка, особенно Татьяне Логиновой и Ирине Решетниковой за помощь в организации встреч, обеспечение транспортом и подборку основных документов.

Итоги оценки и выводы, представленные в настоящем отчете, предполагается использовать для целей предстоящей оценки результатов поддержки со стороны Всемирного банка на направлении «Здравоохранение, питание и народонаселение», которая будет проводиться силами Группы НООД. Этапы реформы системы здравоохранения России представлены в Приложении Е.

В соответствии со стандартными процедурами Группы НООД копии проекта ОЭВП были направлены на рассмотрение соответствующих должностных лиц и ведомств российской стороны для последующего получения их комментариев. Однако комментарии не были получены.

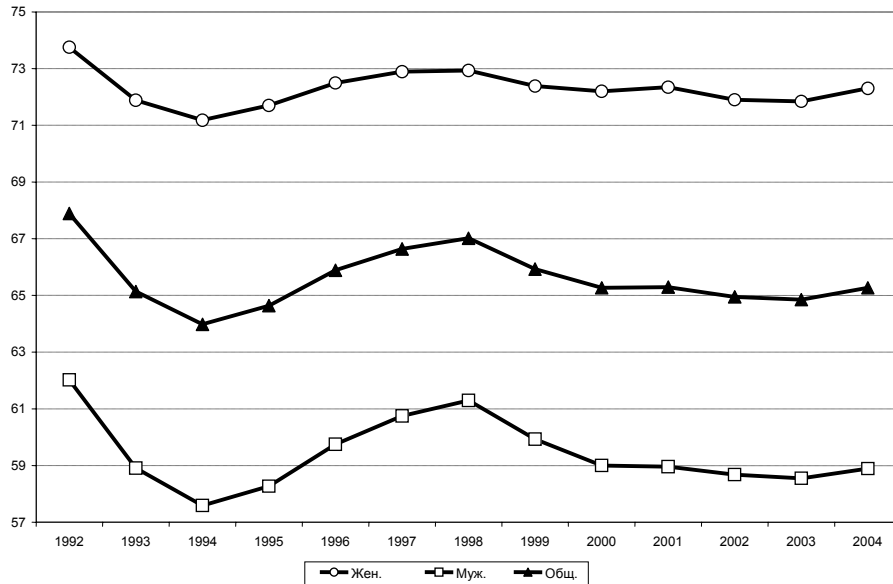
1. Общая информация и описание контекста

ОБЩАЯ СИТУАЦИЯ/СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Подготовка данного пилотного проекта осуществлялась в начале и середине 1990-х годов, т.е. в период, когда страна находилась в состоянии значительной дестабилизации и беспорядка. Советский Союз распался в конце 1991 года, и независимая Россия приступила к реализации экономической программы, основанной на «шоковой терапии», что повлекло за собой огромные сокращения расходов на социальную сферу. Системы здравоохранения и социального обеспечения переживали спад, беспрецедентный для мирного времени. Большую обеспокоенность стали вызывать темпы сокращения численности населения – смертность превышала рождаемость более чем на 50 %. Особо шокирующим был рост смертности среди взрослого мужского населения – среди мужчин в возрасте от 15 до 64 лет годовые коэффициенты смертности в период с 1990 по 1993 год, включительно, выросли на 35 %, а среди мужчин в возрасте от 45 до 54 лет – более чем на 50 % за тот же период (DaVanzo and Grammich, 2001; Feshbach, 2003).

1.2 Резко сократилась и ожидаемая продолжительность жизни (Рисунок 1). В 1990-х годах основными причинами избыточной смертности были сердечно-сосудистые заболевания и так называемые «внешние факторы» (травмы, убийства, самоубийства, отравления и т.п.). Злоупотребление алкоголем многими относилось к основным причинам распространенности обоих из названных факторов (McKee and others, 2001). За период с 1992 по 1994 год и без того высокий уровень потребления алкоголя среди мужчин в расчете на душу населения возрос более чем в два раза. Еще одним фактором риска было курение: в то время курило около 60 % мужчин и 15 % женщин. Разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между мужским и женским населением страны был самым большим в мире. Вероятность смерти в экономически продуктивном возрасте среди мужчин была (и остается) более чем вдвое выше, чем среди женщин: для мужчин вероятность смерти от онкологических заболеваний более чем вдвое выше по сравнению с женщинами, от заболеваний дыхательных путей – в три раза выше, а от травм и отравлений – в пять раз.

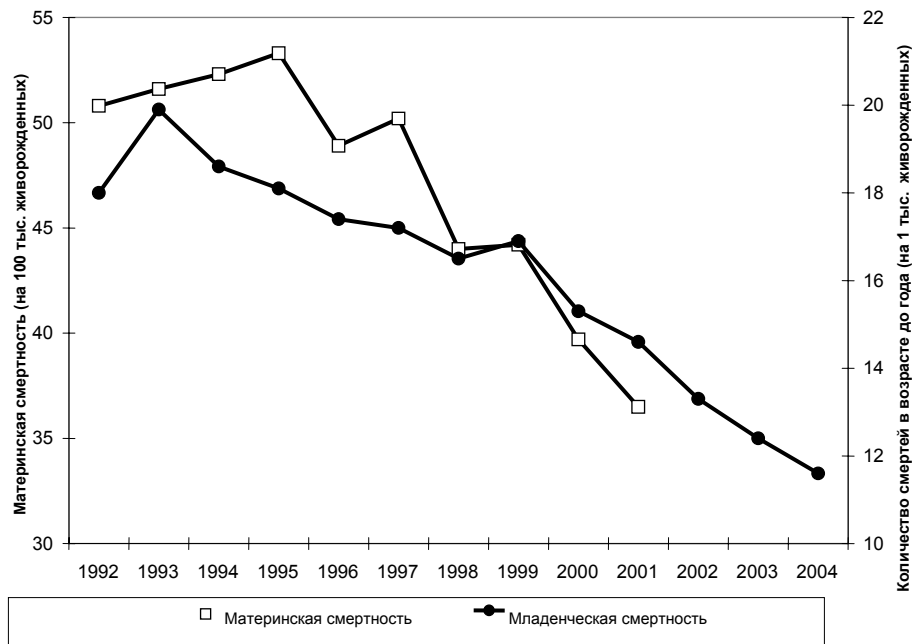
Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1992-2004 гг.



Источник: Госкомстат 2005а.

1.3 Сразу после приобретения Россией независимости ухудшилось и состояние здоровья матерей и детей, хотя с 1993 по 1995 год произошло значительное снижение младенческой и материнской смертности (Рисунок 2). Но младенческая смертность все равно до сих пор более чем вдвое превышает этот показатель в большинстве стран ОЭСР, а материнская смертность в пять – десять раз выше, чем в других индустриально развитых странах. Основными причинами материнской смертности были осложнения после аборт, послеродовые кровотечения и токсемия. Противозачаточные средства использовались редко, а аборт – часто: в 1994 году пероральные контрацептивы использовали только 3,6 % женщин детородного возраста, а внутриматочные устройства – 1,9 %. В 1993 году распространенность абортов составляла 235 абортов на каждые 100 живорожденных детей.

Рисунок 2. Материнская и младенческая смертность, 1992 – 2004 гг.



Источник: Госкомстат 2005а

1.4 Российская система здравоохранения не имела всего необходимого для того, чтобы исправить такую ситуацию. Хроническое недофинансирование советских времен и сокращение (к середине 1990-х годов) государственных бюджетов до уровней, едва соответствовавших объемам финансирования в советский период, привели к тому, что российские больницы и клиники были вынуждены владеть нищенское существование. По данным, представленным в «Государственном докладе о состоянии здоровья населения РФ» за 1992 год, 23 % больниц не имело водопровода, 33 % не имело канализации, у 60 % не было горячего водоснабжения, 23 % зданий нуждались в капитальном ремонте, и 2 % зданий находились в аварийном состоянии. В лечебно-профилактических учреждениях был большой процент изношенного, устаревшего и непригодного из-за отсутствия запчастей оборудования. Больные должны были подолгу ждать своей очереди на лечение, необходимое в срочном порядке. Жизненно важные лекарственные средства были не только экономически, но и физически недоступными. Несмотря на конституционную гарантию всеобщего бесплатного медицинского обслуживания, по имеющимся сведениям, высококачественная медицинская помощь была доступна лишь небольшому числу «платежеспособных» граждан. Сообщалось, что государственные медицинские учреждения требовали оплату за место в начале «листов ожидания», за точность диагноза, просто за внимание со стороны среднего медперсонала, обслуживающего больничные палаты, за обезболивающие и другие лекарства. Короче говоря, здравоохранение было объектом хаотичного и бесконтрольного «захвата» неконтролируемыми силами рынка, лишавшими защищенности самые уязвимые категории населения. Таким образом, было ликвидировано одно из преимуществ советской системы – гарантия всеобщего бесплатного медицинского обслуживания определенного уровня (Twigg, 2002).

1.5 С 1992 года предоставление и финансирование медицинской помощи становится децентрализованным до уровня субъектов федерации (регионов). На региональном уровне система предоставления медпомощи, как правило, включает центральную областную больницу (больницу третичного уровня общего профиля примерно на 1 тысячу коек), несколько специализированных больниц, один или два роддома и несколько самостоятельных поликлиник. В каждом районе, как правило, есть центральная районная больница (на 200 - 300 коек), одна или более участковых больниц, одна или несколько амбулаторий (небольших поликлиник) и многочисленные фельдшерско-акушерские пункты¹.

1.6 В 1990-е годы количество и мощность лечебно-профилактических учреждений были избыточными. Обеспеченность койками и врачами намного превышали эти показатели в странах ОЭСР, равно как и длительность пребывания в стационаре и процент госпитализаций. На протяжении всего периода с 1990 по 1999 год наблюдалось постепенное сокращение количества больничных коек, но в российской системе предоставление медпомощи по-прежнему чрезмерно преобладали лечебные и стационарные виды помощи. Медицинская практика в основном регулировалась сложным, негибким и часто устаревшим комплексом норм и стандартов, который охватывал широкий спектр позиций – от ведения больных с конкретными состояниями до стандартов планировки больничных помещений. В условиях строгого надзора за выполнением этих требований со стороны федеральных органов здравоохранения они служили основным механизмом «контроля» качества, почти не оставляя места для профессионального суждения или ответственности отдельных практикующих врачей, их коллег или их руководителей. Было мало данных, подтверждающих, что при применении этих норм и требований учитываются затраты или финансовая доступность.

1.7 В результате такой культуры медпомощи сформировалась чрезмерно высоко затратная, но неэффективная и не реагирующая на потребности система, не способная использовать уже крайне ограниченные ресурсы с максимальной результативностью. Оплата больницам и поликлиникам осуществлялась на основе фиксированных бюджетов, которые преимущественно определялись штатным расписанием и материальной базой ЛПУ. В свою очередь, зарплата, численность персонала и количество коек определялись федеральными нормативными затратами ресурсов, которые мало чем были связаны с уровнями оказываемых медицинских услуг или относительной эффективностью затрат на этих услуги. Такая система оплаты вынуждала ЛПУ увеличивать мощности, но не предусматривала никаких механизмов повышения заинтересованности поставщиков медицинских услуг в эффективном использовании ресурсов или предоставлении качественной медпомощи.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА/СТРАТЕГИЯ

1.8 После апробирования Нового экономического механизма в конце 1980-х годов (Врезка 1), в период с 1991 по 1993 год был принят ряд законов и указов,

1. ЛПУ первичного звена, особенно на селе, обычно укомплектованы медицинскими работниками, которые по специальности являются фельдшерами - их образовательный уровень выше медсестры, но ниже врача.

вовлекших за собой стремительные изменения в здравоохранении. Их принятие подтвердило намерение Правительства РФ гарантировать всеобщее бесплатное медобслуживание, позволило создать основу для обязательного и добровольного медицинского страхования, децентрализованных систем управления и финансирования медицинской помощи, создало возможность для официального внедрения новых механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг и дало гражданам право выбирать страховщика (Правительство РФ, 1997; Shishkin, 1999; Twigg, 2001). В 1992 году семейная медицина официально стала одной из форм медицинской практики. Со временем становилось все более очевидным, что для полного осуществления реформы потребуются годы.

Врезка 1. Новый экономический механизм

В конце 1980-х годов неудовлетворенность населения работой системы здравоохранения заставила государство искать новые формы его организации и управления. Санкт-Петербург, Кемеровская и Самарская области стали экспериментальными площадками для «Нового экономического механизма», который предусматривал частичную децентрализацию управления системой медицинской помощи и введение новых механизмов оплаты. Со сметного финансирования, т.е. бюджетов, определяемых преимущественно уровнем затрат ресурсов, оплата ЛПУ стала производиться по результатам. Поликлиники стали «фондодержателями», ответственными за управление средствами подушевого финансирования от лица прикрепленного населения, которое в свою очередь, должно было получить гарантии получения всех необходимых видов медпомощи. Это устраняло заинтересованность в предоставлении медицинских услуг без необходимости и избыточно дорогостоящих видов медпомощи. Больницам платили за лечение больных в соответствии с нозологией и сложностью заболевания по классификации, именуемой «Клинико-статистические группы» (КСГ), которая весьма сходна с американской системой диагностически связанных групп (ДСГ). Эта система имела серьезные недостатки, включая отсутствие механизмов обеспечения качества для противодействия заинтересованности в снижении уровней медпомощи, и отсутствие верхних пределов для сдерживания общих затрат больниц. Однако эксперимент был воспринят как успешный поиск способов сокращения процента госпитализаций, длительности пребывания в стационаре и коечной мощности.

Источники: Bennett and Paterson (2003); Scheiber (1993); Sheiman (1993); Telyukov (1997); Tragakes and Lessof (2003).

1.9 Федеральный закон об общих принципах местного самоуправления (1993 г.) создал базу для явной децентрализации здравоохранения: полномочия и обязанности по формированию политики на многих направлениях были переданы на региональный уровень. По сути, 89 российских регионов создали у себя 89 разных систем предоставления медпомощи, сильно отличающихся друг от друга по полноте соответствия федеральному законодательству (например, об обязательном медицинском страховании) и подходам к реформированию системы. Но спустя семь лет, в 2000 году, с приходом новой администрации, были приняты меры по возвращению к более централизованному управлению во многих отраслях, включая здравоохранение, посредством создания фискальных механизмов повышения заинтересованности регионов в обеспечении соответствия федеральному законодательству и введения санкций за несоответствие.

1.10 По причине хаотичности процесса и результатов формирования политики реформа здравоохранения в России шла крайне неравномерно и отличалась значительными различиями между территориями и разными периодами времени.

Многие из ключевых сторон упорно сохраняли приверженность принципам советской системы здравоохранения, продолжая отвергать рыночно-ориентированные реформы, направленные на повышение качества медпомощи и рационализацию использования ресурсов здравоохранения.

РОЛЬ ВСЕМИРНОГО БАНКА

1.11 В 1992 году между Всемирным банком и Правительством РФ начался диалог по вопросам реформирования здравоохранения. Банк предоставил техническое содействие в рамках Программы технического сотрудничества, которое использовалось Россией при разработке Закона РФ о медицинском страховании граждан Российской Федерации в 1993 году. В контексте этих дискуссий Министерство здравоохранения РФ (Минздрав РФ) определил девять наиболее приоритетных программных направлений, требующих капиталовложений, которыми были: фармацевтическое производство и дистрибьюторская деятельность; реализация закона о медицинском страховании граждан; охрана материнства и детства, включая планирование семьи; иммунизация населения; медицинское образование; подготовка специалистов по общественному здравоохранению и организации медицинской помощи; неотложная скорая помощь; медицина катастроф; и модернизация медицинских учреждений. Для работы на каждом из названных направлений были сформированы рабочие группы в составе российских и зарубежных специалистов, исходя из того, что первый проект в области здравоохранения, разрабатываемый и осуществляемый при содействии со стороны Всемирного банка, может оказать положительное воздействие лишь на некоторые из этих программных направлений.

1.12 Официально подготовка пилотного проекта «Реформа здравоохранения» началась в 1993 году. В самом начале этого процесса стало ясно, что в условиях крайней децентрализованности, которая в то время была характерна для России, необходима полная вовлеченность региональных органов государственных власти, которые получили право в значительной степени самостоятельно осуществлять управление и финансирование здравоохранения. Стало очевидным, что любая программа реформ здравоохранения неизбежно будет сложной и потребует поэтапного подхода к реализации. Поэтому, в начале 1994 года было принято решение реализовать проект на базе небольшого количества регионов, которые выступят в роли пилотных площадок для апробирования новых подходов к реформе здравоохранения.

1.13 Министерство финансов РФ (Минфин РФ), Минздрав РФ и Банк совместно составили короткий список из шести регионов. Критериями отбора были: «средний» уровень доходов и показателей состояния здоровья населения, транспортная доступность (близость к Москве), явная заинтересованность в создании новых механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг, твердое и ответственное намерение областных администраций/правительств осуществить реформу здравоохранения и их готовность разделить с Правительством РФ долговое бремя и предоставлять встречное финансирование (региональное софинансирование). Эти шесть регионов попросили представить свои программы реформ здравоохранения на семинаре, который состоялся в Москве в октябре 1994

года. Первоначально по итогам оценки презентаций отобрали три региона. А, в конечном итоге, были выбраны два из них (Калужская и Тверская области), т.к. стало очевидным, насколько трудно будет осуществлять подготовку и последующий надзор в случае включения в проект трех отдельных подпроектов².

1.14 Из девяти первоначально созданных федеральных Рабочих групп две оказали прямое влияние на проект. Рабочая группа по охране материнства и детства подготовила комплект полностью обновленных протоколов и успешно апробировала их в одной из клиник в подмосковных Люберцах. Эти протоколы легли в основу компонентов «Охрана материнства и детства» в обеих пилотных областях. Рабочая группа по семейной медицине подготовила национальную программу, на основе которой был сформирован один из федеральных компонентов Пилотного проекта. Судя по всему, Банк не провел ни независимого анализа и предварительного (до реализации проекта) апробирования механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг, ни формального анализа институционально-политических условий будущей реализации проекта.

1.15 Согласно Стратегии деятельности Банка в России (КАС), представленной Совету директоров 25 сентября 1996 года, одна из ее основных целей заключалась в оказании РФ поддержки в повышении кадрового потенциала и снижении уровня бедности, в том числе посредством оказания содействия в реформировании здравоохранения для повышения качества медпомощи и рационализации системы ее предоставления. Она также была направлена на создание государственных структур и процедур в поддержку развития открытого рынка и конкуренции. В аналитической записке по стратегии поддержки развития социальной сферы, которая использовалась в качестве одного из основополагающих документов для подготовки КАС, приоритетными направлениями системных преобразований в здравоохранении названы: внедрение комплексного подхода к реформированию здравоохранения на региональном уровне, предусматривающего инвестиции в оборудование и помещения в сочетании с фундаментальной реорганизацией системы предоставления медпомощи, изменениями в клинической практике и создание новых механизмов оплаты поставщикам и обеспечения качества медицинских услуг.

1.16 Одновременно с Пилотным проектом Банк занимался проектом «Медицинское оборудование» (январь 1997 г. - апрель 2001 г., 305 млн. долларов США) и Проектом поддержки региональной социальной инфраструктуры (январь 1997 г. - декабрь 2002 г., 288 млн. долларов США), предусматривающих, соответственно, инвестиции в медицинское оборудование и материальную базу/инфраструктуру³. Оба проекта обеспечили целенаправленные инвестиции для

2. Смоленская область была исключена на основании заключения о не столь высоком уровне качества предлагаемой программы и приверженности ее целям по сравнению с программами двух других областей. Численность населения Калужской и Тверской областей составляет, соответственно, 1 миллион и 1,4 миллиона; а население России в 2005 году было 143,5 млн.

3. Проект поддержки региональной социальной инфраструктуры реализовывался в двух областях (Ростовской и Новосибирской) и обеспечил инвестиции в инфраструктуру здравоохранения в общем объеме 72 млн. \$ США. Проект «Медицинское оборудование» охватывал примерно 42 региона, но ни Тверская, ни Калужская область в нем не участвовали.

учреждений первичной медико-социальной помощи и базовых клиничко-диагностических учреждений, где эффективность затрат на медицинские услуги выше, по сравнению со специализированной медпомощью в стационарах.

ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ДОНОРСКОГО СООБЩЕСТВА

1.17 В период подготовки и оценки проекта единственной крупной донорской организацией, оказывающей содействие системе здравоохранения в России, было американское Агентство международного развития (АМР США), которое обеспечило поддержку для реализации программы «ЗдравРеформа» силами частного подрядчика – компании «Абт Ассошиэйтс»⁴. В рамках программы «ЗдравРеформа» основным направлением содействия в преобразовании системы финансирования здравоохранения была диверсификация структуры доходов здравоохранения с включением в нее взносов работодателей, средств государства и граждан, а также повышение эффективности использования ресурсов здравоохранением посредством реструктурирования рынка, введения стимулирующих систем оплаты и повышения производительности за счет приобретения навыков ведения бизнеса (USAID, 1996). Центр тяжести переносился с более дорогостоящих и менее эффективных лечебных видов медпомощи на первичное звено путем передачи части медицинских услуг, которые до этого оказывали врачи-специалисты, врачам общего профиля, и части услуг стационаров в амбулаторные учреждения. Предусматривалось также обеспечить целостность процесса предоставления медпомощи и повысить ее качество с помощью таких инструментов, как стандарты для лицензирования и аккредитации, программы обеспечения и повышения качества и социологические обследования для оценки удовлетворенности потребителей.

1.18 АМР США в рамках программы «ЗдравРеформа» сыграло важную партнерскую роль по отношению к Пилотному проекту, благодаря разработке систем оплаты поставщикам медицинских услуг, которые были внедрены в обеих пилотных областях. ВОЗ и американские Центры контроля и профилактики заболеваний (СиДиСи, США) командировали для работы в Банке своих консультантов, которые оказали важнейшую техническую поддержку для компонентов «Охрана материнства и детства» и «Семейная медицина», эта поддержка была особо ценной в условиях, когда клиент не хотел использовать средств займа на получение международного технического содействия. Подготовка проекта финансировалась с использованием гранта Правительства Японии⁵.

4. Первоначально с компанией «Абт Ассоушиэйтс» был заключен контракт для реализации программы «ЗдравРеформа» стоимостью 1,2 млн. долларов США, который действовал с 1 января 1992 года по 31 декабря 1996 года, включительно. Программа «ЗдравРеформа», по замыслу, должна была обеспечить комплексную техническую поддержку в реформировании системы предоставления медпомощи на всех уровнях государственного управления в России и других странах, являющихся бывшими республиками СССР. В последующем контракты на реализацию программы «ЗдравРеформа» фокусировались преимущественно на странах Центральной Азии.

⁵ За счет гранта Японского Правительства в размере 2,5 млн. долларов США были профинансированы несколько элементов подготовки проекта, включая: практическое апробирование – совместно с российскими экспертами - внедрения пересмотренных протоколов медпомощи на направлении «Охрана материнства и детства»/«Планирование семьи»; социологического обследования в Тверской области для оценки отношения населения к своему здоровью, результаты которого использовались при разработке стратегии пропаганды здорового образа жизни для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний; и техническое содействие в выполнении планов реформирования системы оплаты поставщикам

2. Цели и структура проекта

ЦЕЛИ

2.1 Согласно Соглашению о займе, цели Пилотного проекта заключались в повышении качества медицинской помощи, рационализации системы ее предоставления и улучшении показателей эффективности работы служб охраны материнства и детства (репродуктивного здоровья) и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в двух пилотных регионах, чтобы в дальнейшем Заемщик мог использовать приобретенный опыт для принятия решений о конкретных мероприятиях по реформированию здравоохранения в масштабах всей страны.

2.2 Проект фокусировался на следующих трех приоритетных направлениях реформы здравоохранения:

- совершенствование системы материального стимулирования поставщиков медицинских услуг посредством внедрения механизмов оплаты по результатам и с учетом структуры затрат в сочетании с созданием схем обеспечения качества оказываемых услуг на основе информационных систем;
- укрепление первичного звена медицинской помощи и его преобразование с ориентацией на развитие сети семейных врачей как основного элемента системы при соответствующем сокращении использования медицинских услуг стационаров; и
- совершенствование подходов к охране материнства и детства и борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями с фокусировкой на пропаганде здорового образа жизни и повышении качества и доступности профилактических, диагностических и лечебных видов медицинской помощи и рационализации их предоставления.

2.3 Эти цели не менялись на протяжении всего периода реализации проекта. Конкретные задачи состояли в повышении рационализации системы здравоохранения посредством реструктуризации системы материального стимулирования поставщиков медицинских услуг; укрепления первичного звена медико-санитарной помощи путем создания и развития института семейной медицины; и повышении эффективности лечебно-профилактической работы на таких направлениях, как охрана материнства и детства и борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. К критически важным элементам пилотного подхода был отнесен компонент «Мониторинг, оценка и распространение опыта», при чем не только потому, что он был крайне необходим для самого Пилотного проекта, но и потому, что он представляет собой механизм распространения информации об уроках, извлеченных в ходе реализации пилотной программы, в остальных регионах страны.

КОМПОНЕНТЫ

2.4 Проект состоял из четырех частей: двух самостоятельных подпроектов в Калужской и Тверской областях, каждый из которых представлял собой программу преобразований; и еще двух компонентов для укрепления национальной и региональных программ подготовки кадров в области семейной медицины и для мониторинга, оценки, распространения и тиражирования результатов проекта (Врезка 2). Притом, что основополагающие принципы реформирования были одними и теми же, по содержанию подпроекты отличались друг от друга, т.к. они были сформированы с учетом региональных приоритетов, институционального потенциала каждой из областей и их местной специфики. В большинстве случаев мероприятия проекта разрабатывались в расчете на их постепенное включение в общий процесс, начиная с осуществления на территории первых пилотных районов с последующим расширением их масштабов до территории всей области на более поздних этапах реализации проекта; или же они были нацелены на оказание воздействия на ситуацию в конкретных ЛПУ или районах, которые отбирались на основании качества имеющейся у них материально-технической базы, объемов предоставляемой медпомощи и других факторов.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА

2.5 От имени Правительства РФ действовали Минфин РФ и Минздрав РФ. Обязанности по управлению и реализации региональных подпроектов они делегировали Администрациям Калужской и Тверской областей, компонента «Национальная программа подготовки кадров в области семейной медицины» - Московской медицинской академии имени Сеченова (ММА), а компонента «Мониторинг, оценка и распространение опыта» - НПО «Медсоцэкономинформ» Минздрава РФ. Экспертный совет проекта, позднее переименованный в Комитет управления пилотным проектом «Реформа здравоохранения», выступал в роли совещательного органа. Центральная группа реализации проекта (ЦГРП), бывшая структурным подразделением Фонда «Российское здравоохранение», вела оперативную работу по координации мероприятий проекта.

2.6 В каждом из пилотных регионов управление проектом осуществлялось Координационным комитетом проекта (ККП) в составе высокопоставленных руководителей регионального здравоохранения и Группой управления проектом (ГУП). ККП были призваны осуществлять общий надзор за реализацией подпроектов, а ГУПы – координацию оперативной работы по реализации их компонентов. Штат ГУП состоял из координаторов компонентов, инженеров-строителей, отвечавших за строительные работы, бухгалтера и обслуживающего персонала.

Врезка 2. Компоненты Пилотного проекта

Реформа здравоохранения в Калужской области (44,2 млн. долларов США, 50% исходно определенной стоимости всего проекта). Эта часть состояла из трех компонентов: *Перестройка системы оказания медпомощи* – расширить диапазон, увеличить объемы, повысить качество и доступность медицинских услуг амбулаторных учреждений и сократить долю стационарной медпомощи посредством повышения роли семейных врачей в качестве поставщиков медицинских услуг, передав функции по оказанию большей части диагностических и некоторых лечебных видов помощи амбулаторным учреждениям – Консультационно-диагностическим и лечебным центрам (КДЦ) – заменяющим собой поликлиники; *Перестройка системы материального стимулирования поставщиков медицинских услуг* – вместо старых систем оплаты больницам и поликлиникам ввести системы, обеспечивающие повышение заинтересованности в использовании наиболее экономичных и эффективных с медицинской точки зрения подходов к оказанию медпомощи, требующих укрепления первичного звена медпомощи, исключение направлений больных к специалистам или на госпитализацию без необходимости и сокращения количества госпитализаций и длительности пребывания в стационаре; и *Перестройка системы медицинских услуг в области охраны материнства и детства и планирования семьи* – повысить эффективность организации и системы предоставления медпомощи и роль пропаганды здорового образа жизни с помощью определенных преобразований на таких направлениях, как дородовая и перинатальная медпомощь, планирование семьи и улучшение репродуктивного здоровья населения, общее оздоровление населения и профессиональное медицинское образование.

Реформа здравоохранения в Тверской области (38,0 млн. долларов США, 43% исходно определенной стоимости всего проекта). Эта часть состояла из четырех компонентов: *Реорганизация системы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями* – разработать экономичную и эффективную программу мер по снижению распространенности сердечно-сосудистых заболеваний с фокусировкой на профилактике и совершенствовании базовой системы неотложной и скорой медпомощи; *Семейная медицина* – обеспечить развитие сети семейных врачей в качестве основной категории поставщиков первичной медпомощи посредством укрепления учебной базы Тверской государственной медицинской академии, создания клиник/кабинетов семейных врачей и развития сети КДЦ для направления туда пациентов семейными врачами; *Охрана материнства и детства/планирование семьи* – внести изменения в стандарты клинической практики и создать соответствующую материальную базу с фокусировкой на повышение эффективности и качества дородовой помощи, обеспечении появления медицинских учреждений со статусом «Больница лицом к ребенку», строительстве нового межрайонного перинатального центра и создании нового координационного центра пропаганды здорового образа жизни (планирования семьи) и повышении квалификации медперсонала по вопросам сохранения репродуктивного здоровья; и *Перестройка системы стимулирования поставщиков медицинских услуг* – создать более эффективные системы оплаты поставщикам медицинских услуг, обеспечения качества и информационного обеспечения.

Национальная программа подготовки кадров в области семейной медицины (2,8 млн. долларов США, 2% исходно определенной стоимости всего проекта). Этот компонент осуществлялся в поддержку процесса разработки на федеральном и региональном уровнях учебных программ для медперсонала, которому предстоит работать в системе, основанной на семейной медицине, и включал: модернизацию моделей медицинской практики; разработку учебного плана, формирование учебной базы и преподавательство состава; повышение качества и сертификацию; и создание условий, способствующих развитию семейной медицины.

Мониторинг, оценка и распространение опыта (1,4 млн. долларов США, 2% исходно определенной стоимости всего проекта). Этот компонент предназначался для мониторинга, оценки и распространения опыта, приобретаемого в ходе реализации пилотных программ. Плановые мероприятия включали: постоянный сбор и анализ данных, периодическую оценку мероприятий и результатов их воздействия на ситуацию, и популяционные обследования для оценки конечных результатов. В его рамках предусматривалось распространение информации о результатах на других территориях Российской Федерации, чтобы использовать их в качестве основы для принятия решений о возможности и целесообразности тиражирования осуществленных в рамках проекта преобразований в других регионах страны, а в случае положительного решения, чтобы использовать их в качестве руководства при разработке необходимых механизмов.

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

2.7 Компонент «Мониторинг и оценка» (МиО) был включен в проекте для оценки воздействия проекта на: качество медпомощи и эффективность затрат на ее предоставление, удовлетворенность потребителей и поставщиков медицинских услуг результатами преобразований и показатели состояния здоровья населения. Компонент предусматривал выполнение следующих задач: *постоянный мониторинг* показателей; *ежегодный мониторинг* ключевых показателей степени достижения важнейших целей (короткий список ключевых показателей); *оценка* потенциала для реализации и управления проектом *за 1-ый год проекта*; *промежуточная оценка проекта*, включая оценку степени достижения целей проекта, целесообразности структуры проекта и необходимости в решении тех или иных проблем с реализацией проекта; *итоговая оценка*, предусматривающая анализ и оценку всех достижений и недостатков проекта. В целях получения информации по основным показателям для МиО использовались почти исключительно внешние по отношению к проекту источники данных – официальные статистические данные по здравоохранению за каждый год, предоставляемые федеральным правительством и территориальными фондами ОМС. Проект не предусматривал проведения обследований/опросов среди домохозяйств, поставщиков медицинских услуг или бенефициаров⁶.

2.8 Основная ответственность за сбор данных для текущего мониторинга и по ключевым показателям проекта была возложена на региональные ГУПы. Промежуточная и итоговая оценки, по поручению Минздрава РФ и от его лица, проводились НПО «Медсоцэкономинформ»; эта организация должна была создать базу данных для оценки реализации проекта, организовать учебный семинар по методике МиО для специалистов проекта и проводить ежегодные семинары-совещания для анализа состояния ключевых показателей и повышения квалификации специалистов по оценке реализации проекта. В целях повышения институционального потенциала и получения помощи в выполнении своих обязанностей, НПО «Медсоцэкономинформ» должно было установить партнерские отношения с одной международной организацией, имеющей хорошую квалификационную базу для мониторинга, оценки и распространения опыта аналогичных проектов реформирования здравоохранения.

6. Единственным исключением было плановое обследование для оценки распространенности курения среди мужского населения Тверской области, которое проводилось в рамках проекта в 1997-1998 гг.

2.9 Хотя одной из основных задач данного компонента было «экстраполирование» опыта, приобретенного в ходе реализации Пилотного проекта, на остальную территорию страны, проект не имел системы оценки результатов, которая позволила бы установить причинно-следственную связь между изменением показателей эффективности работы здравоохранения или состояния здоровья населения и программой преобразований, осуществленной в рамках проекта. Это было крайне серьезным упущением, поскольку в ряде регионов (Санкт-Петербурге, Кемеровской и Самарской областях, например) на протяжении всего периода 1990-х годов продолжался процесс внедрения инновационных подходов, связанных с реструктуризацией здравоохранения и реформированием системы его финансирования. Другие регионы в то время уже приступили к внедрению принципов семейной медицины, Тверская область в этом направлении продвинулась вперед еще до начала ее сотрудничества с Банком. Более того, в этот период на территории всей страны наблюдалось изменение многих других экономических и социальных факторов, которые могли оказать влияние на систему здравоохранения и состояние здоровья населения.

ОЦЕНКА РИСКОВ

2.10 В документе Всемирного банка «Оценка проекта» («ОП») Пилотный проект характеризуется, как операция высокого риска с указанием на пять конкретных факторов, обуславливающих его рискованность: (a) экспериментальный характер проекта, подразумевающий существенные изменения многих аспектов системы предоставления медпомощи; (b) высокая степень неопределенности социального, политического и экономического контекста; (c) риск недостаточности ресурсов участвующих регионов для выполнения их обязательств в отношении проекта; (d) сложность проекта; и (e) отсутствие у организаций-бенефициаров опыта осуществления закупок, ведения бухучета и управления в порядке, установленном для подобных проектов (World Bank, 1997b). При оценке «качества на входе» в сентябре – октябре 1996 года были выявлены и другие риски: (f) возможные противоречия между федеральной ЦГРП и региональными ГУПами; (g) отсутствие ответственного отношения и сильной заинтересованности в проекте на федеральном уровне; (h) проблемы с обеспечением готовности проекта к реализации (составление планов реализации и комплектование штата); и (i) ограниченное участие высокопоставленных руководителей в подготовке проекта.

2.11 Риски, обусловленные «экспериментальным характером и реформаторской ориентацией проекта» предусматривалось минимизировать за счет сильной заинтересованности и ответственной вовлеченности двух участвующих регионов (благодаря обеспечению их участия в процессе подготовки проекта). Что касается других из названных рисков, в «ОП» было указано, что итоги запланированной оценки состояния проекта после первого года и в середине срока его реализации, при необходимости, можно будет использовать в качестве основания для рекомендаций о реструктуризации проекта. Единственной мерой по снижению риска, обусловленного сложностью проекта, было сокращение количества участвующих регионов с трех до двух.

2.12 Еще одним фактором риска, который мог бы быть, но не был выявлен и учтен на этапе оценки проекта, были политические аспекты внедрения института семейного врача. Согласно международному определению, семейная медицина подразумевает, что один и тот же врач получает квалификацию, позволяющую ему вести первичный прием пациентов (быть «врачом первого контакта») и оказывать комплексную медицинскую помощь взрослым, женщинам (акушерские и гинекологические виды помощи) и детям. Такой подход к организации врачебной практики встретил сопротивление в России - в основном со стороны врачей-специалистов (особенно педиатров), т.к. это ставило под угрозу их интересы. На некоторых территориях страны, особенно в городах, они сформировали значительные влиятельные и хорошо организованные заинтересованные группы⁷.

3. Реализация и затраты

ПЛАНОВЫЕ И ФАКТИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ И ФИНАНСИРОВАНИЕ

3.1 Соглашение о займе на реализацию пилотного проекта «Реформа здравоохранения» было утверждено 5 июня 1997 года и вступило в силу 17 апреля 1998 года. Проект отличался медленными темпами расходования средств займа: к середине срока его реализации (по состоянию на 1 апреля 2001 г.) было израсходовано 43,9 % тех средств, которые планировалось израсходовать за этот период. В 2003 году Правительство РФ аннулировало оставшуюся часть займа (33,3 млн. долларов США). На момент закрытия проекта (30 апреля 2004 г.) сумма израсходованных средств займа составила всего 32,7 млн. долларов США (49,6 %, см. Приложение А). Юридическим соглашением не было установлено требований в отношении официальной отчетности по софинансированию, в связи с чем было трудно получить полную картину расходования средств и сравнить ее с исходно запланированными затратами на уровне всего проекта⁸.

3.2 Каждый пилотный регион израсходовал примерно по 40 % предусмотренных для него средств займа (38 % по Калужской и 42 % по Тверской области), а на федеральные компоненты («Национальная программа подготовки кадров в области семейной медицины» и «Мониторинг, оценка и распространение опыта») было израсходовано менее четверти предусмотренной суммы (Приложение С, Таблица С.1). Если сравнивать процессы расходования средств

7. На менее густонаселенных сельских территориях фельдшеры уже оказывали широкий спектр медицинских услуг, поэтому концепция единого врача, отвечающего за предоставление первичной медпомощи всей семье, не оказалась там чуждой. США и многие другие страны имеют аналогичный опыт: там тоже семейная медицина относительно легко развивалась на селе, но не в городах. Некоторым странам потребовались десятилетия, чтобы обеспечить принятие принципов семейной медицины.

8. Согласно «ОП», по плану, общий объем софинансирования должен был составить 32,3 млн. долларов США (Калужская обл. – 19,2 млн. долларов США; Тверская обл. – 11,8 млн. долларов США; Правительство РФ – 1,3 млн. долларов США). По данным, представленным в Отчете о завершении проекта (ОЗП в оригинале, стр. 37), фактически общий объем софинансирования составил 3,78 млн. долларов США, т.е. лишь 12 % планового объема, включая 1,7 млн. долларов США от Калужской обл. (9 % запланированной суммы), 1,8 млн. долларов США от Тверской обл. (16 % запланированной суммы) и 266455 долларов США от федерального правительства (21 % запланированной суммы).

между категориями расходов, предусмотренными Соглашением о займе, можно увидеть, что вероятность расходования средств, предназначенных для приобретения материально-технических ресурсов (например, оборудования, лекарств, учебных материалов, расходных материалов и транспортных средств) и для оплаты строительных работ, была гораздо выше, по сравнению с вероятностью расходования средств, предназначенных для приобретения таких нематериальных ценностей, как консультационные и договорные услуги, обучение, оплата поставщикам медицинских услуг и пропаганда здорового образа жизни (Приложение С, Таблица С.2). Например, в обеих областях было израсходовано примерно 70 % средств, предназначенных для закупки медицинского оборудования, лекарств, учебных материалов, расходных материалов и транспортных средств, а в Калужской области также 81 % средств, предназначенных для оплаты запланированных строительных работ. Но из средств, предназначенных для мероприятий по пропаганде здорового образа жизни в рамках компонента «Охрана материнства и детства/Планирование семьи», в Калужской области было израсходовано только 12 %, а в Тверской – 18 %. В Тверской области средства, предназначенные для оплаты запланированных строительных работ в рамках компонента «Охрана материнства и детства/Планирование семьи», вообще не расходовались. В той же Тверской области фактически было израсходовано только 3 % средств, предназначенных для финансирования запланированной работы по пропаганде здорового образа жизни для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В рамках проекта в обеих областях и на федеральном уровне израсходована очень малая доля средств, предназначавшихся для финансирования договорных услуг и обучения, и только 22 % средств, предназначенных для закупки оборудования и учебных материалов для федеральных учреждений.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ

3.3 *Финансовый кризис.* Августовский финансовый кризис 1998 года нанес сильнейший удар по проекту, утвержденному лишь одним годом раньше. Полноценная реализация проекта началась только в начале 2000 года. Тверская область восстановилась несколько раньше Калужской, но обеим было трудно своевременно предоставлять средства софинансирования. В 1999 году Банк рассмотрел такие варианты, как аннулирование, сокращение и значительное реструктурирование проекта, но, в итоге, он удовлетворил запросы администраций обеих областей о переносе принятия решения на более поздние сроки, чтобы дать им больше времени на восстановление своего финансового положения.

3.4 *Изменение политических условий.* За период реализации проекта в обеих областях состоялись выборы губернаторов или произошли значительные изменения в составе должностных лиц администраций. Первоначально в Калужской области поддержка проекта со стороны региональных властей была слабее по сравнению с Тверской областью, но новый калужский губернатор, избранный в ноябре 2000 года усилил поддержку и постоянно обеспечивал ее высокий уровень⁹. В Тверской области осенью 2001 был назначен новый

9. Ранее он был заместителем губернатора, отвечавшим за проект.

заместитель главы областной администрации по социальным вопросам, и сложные отношения с ней привели к принятию губернатором в одностороннем порядке решения о приостановке реализации проекта в декабре 2001 года. Тверская областная администрация потребовала, чтобы все средства займа были перераспределены для закупки оборудования; Банк отказался удовлетворить это требование. К осени 2002 года после интенсивных дискуссий со специалистами Банка губернатор вновь оказался заинтересованным в достижении целей проекта, и передал надзорные функции и соответствующие полномочия непосредственно своему аппарату. Реализация проекта возобновилась, но в результате такого приостановления этот процесс был нарушен, произошел срыв в предоставлении услуг бенефициарам проекта, а также смена состава сотрудников областной ГУП.

3.5 Решение Правительства РФ о прекращении расходования средств проекта. Решение Правительства РФ о прекращении заключения контрактов по Пилотному проекту с 1 сентября 2003 года было абсолютно неожиданным для сотрудников Банка. Такое решение было принято по инициативе Минфина РФ, а не Минздрава, и, судя по результатам опроса, проеденного для целей данной оценки, оно было обусловлено изменениями государственной политики, а не какими-либо конкретными возражениями против проекта. К тому времени произошло кардинальное улучшение экономического и финансового положения России, и Правительство РФ хотело продемонстрировать, что оно больше не нуждается или не заинтересовано в получении внешнего содействия; оно начало позиционировать себя только как донора ресурсов международного содействия в развитии, аннулируя многие проекты сотрудничества и досрочно осуществляя платежи на миллиарды долларов США в счет погашения своего внешнего долга¹⁰. Что касается официального заявления о причинах прекращения расходования средств займа, Правительство официально сослалось на медленные темпы расходования средств займа и неиспользование консультационных услуг (выразив особую неудовлетворенность бездействием в отношении запланированного создания перинатального центра в Тверской области). Но пилотные регионы продолжали финансировать многие мероприятия проекта за счет собственных средств.

3.6 Значение новых федеральных законов и нормативных актов о реформировании здравоохранения. Примерно в середине срока реализации проекта руководители здравоохранения Тверской и Калужской областей потеряли интерес к тем составляющим реформы, которые были направлены на совершенствование системы оплаты поставщикам медицинских услуг, т.к. тогда вышел ряд новых федеральных законов и нормативных актов, свидетельствующих о грядущих изменениях в государственной политике (Врезка 3). Судя по данным опросов в рамках данной оценки, есть мнение, что экспериментирование на местном уровне оказалось бесплодным из-за изменений в политике на федеральном уровне, которые аннулировали его результаты.

10. Досрочно приостановлены или закрыты Правительством РФ были еще пять проектов, финансируемых ВБ.

Врезка 3. Законодательство РФ, повлиявшее на осуществление реформ в здравоохранении

Изменения в Бюджетном кодексе: В 2000 году были внесены изменения в Бюджетный кодекс РФ, которые в значительной степени ограничили гибкость расходования бюджетных средств поставщиками медицинских услуг. В соответствии с новыми положениями Бюджетного кодекса, была создана система контролирования расходов поликлиник и больниц с выделением целевых средств на конкретные статьи бюджета (зарплату, лекарственные средства и медицинское оборудование, капитальное строительство и т.д.); поставщикам медицинских услуг не разрешается перераспределять средства между статьями расходов (строками бюджета). Хотя это положение распространяется только на деньги, поступающие из государственного бюджета, а не на средства ОМС, многие поставщики медицинских услуг предпочитают выполнять строгие требования сметного финансирования при составлении бюджета для всего медицинского учреждения.

Пенсионная реформа: В середине 1990-х годов в России начались дебаты и эксперименты, которые привели к постепенному переходу от распределительной пенсионной системы, финансируемой из текущих доходов государства, к накопительной схеме, финансируемой частным сектором. Несколько лет позднее федеральный Пенсионный фонд начал выплачивать часть взносов в систему ОМС за пенсионеров. Однако вместо того, чтобы направлять деньги через территориальные фонды ОМС, Пенсионный фонд выплачивал эти средства напрямую поставщикам медицинских услуг через бюджет, что делало невозможным использование предусмотренных схемой страхования стимулов к осуществлению реструктуризации системы предоставления медпомощи и повышению ее эффективности. В результате поставщики медицинских услуг прекращали или сокращали многие экспериментальные программы реформирования.

3.7 *Упущенная возможность реструктуризации проекта.* Ко времени проведения промежуточной оценки проекта в апреле 2001 года возникшие проблемы уже затмили собой основные цели проекта, и специалисты Банка хотели провести его реструктуризацию в связи с отсутствием какого-либо продвижения вперед с реформированием системы финансирования здравоохранения и реструктуризацией системы предоставления медпомощи. Однако российской стороне удалось отстоять свое мнение о том, что процесс уже набирает темпы, и проект сможет компенсировать первоначально медленные темпы реализации.

3.8 *Неудовлетворительная реализация компонента «Мониторинг и оценка» (МиО).* Реализация данного компонента носила поверхностный характер, а его ключевые задачи так и остались невыполненными. В этом отношении никогда не указывалось на необходимость срочных мер по исправлению ситуации: в отчете о результатах промежуточной оценки проекта компонент «МиО» практически не упоминается, а в Памятной записке апрельской надзорной миссии ВБ 2003 года, которая проводилась через пять лет после начала реализации проекта и незадолго до решения Правительства о прекращении заключения контрактов по проекту, содержится комментарий о том, что работа в рамках «МиО» медленно начинается. Ответственность за осуществление руководства работами в рамках этого компонента на федеральном уровне четыре раза передавалась от одной организации другой (Врезка 4). Связь между федеральными и региональными мероприятиями по мониторингу и оценке была настолько слабой, что региональные координаторы, по сути, работали самостоятельно. Мониторинг результатов воздействия на ситуацию (т.е. конечных результатов) на региональном уровне фактически не велся; региональные данные не агрегировались и не анализировались в сравнении с другими районами или областями. На качестве

МиО также отрицательно сказалось аннулирование контракта на предоставление международного технического содействия.

3.9 Ключевые показатели результативности проекта постоянно были предметом споров. Компоненты, связанные с финансированием здравоохранения, представляли собой настолько новый вид деятельности, что было непонятно, какие показатели надо использовать. Например, в отношении стимулирующих контрактных систем найма врачей общей практики разные районы одной и той же области использовали разные показатели. Кроме этого, показатели были недостаточно тесно связаны с целями; высказывалось мнение о необходимости включения еще и более «близких по времени» показателей процесса. Системные преобразования требуют времени, показатели конечных результатов, например, младенческая смертность и распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, иногда появляются с задержкой, они также подвержены влиянию факторов, не имеющих никакого отношения к реформе здравоохранения¹¹.

11. При проведении промежуточной оценки проекта специалисты Банка рекомендовали пересмотреть показатели. Например, можно было бы включить в проект процесс отслеживания изменения уровня знаний и отношения населения или результатов слияния денежных средств в территориальных фондах ОМС для создания единого источника финансирования и создания стимулирующих систем оплаты поставщикам медицинских услуг. Но российская сторона имела весьма ограниченный опыт отслеживания динамики показателей и не хотела менять их.

Врезка 4. Передача обязанностей по реализации федерального компонента «МиО»

Первоначально ответственность за мониторинг, оценку и распространение опыта Пилотного проекта была возложена на НПО «Медсоцэкономинформ» Минздрава РФ, организацию, которая занималась научно-исследовательской работой и анализом отраслевой политики. По замыслу, одним из важнейших элементов структуры проекта было международное сотрудничество, а именно сотрудничество между НПО «Медсоцэкономинформ» и голландским Институтом профилактического здравоохранения «ТНО». В результате этого сотрудничества в середине 1999 года была разработана матрица детальных показателей для МиО проекта. На этом этапе НПО «Медсоцэкономинформ» был упразднен, а ответственность за МиО была передана Центральному научно-исследовательскому институту организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ Минздрава РФ), а сотрудничество с ТНО было прекращено.

Летом 2000 года ЦНИИОИЗ был закрыт, а его функции переданы подразделению Московской медицинской академии. Это создало потенциальный конфликт интересов: поскольку ММА была бенефициаром проекта, она не могла вести мониторинг и оценку собственной работы. Затем последовал многомесячный перерыв в работе на данном направлении, во время которого Банк и российская сторона обменивались мнениями и возможными решениями по новой структуре компонента «МиО». В итоге, в апреле 2001 года Банк и Минздрав РФ договорились о том, что основная ответственность за МиО будет возложена на Департамент экономики и развития здравоохранения. Это решение благоприятно сказалось не только на Пилотном проекте, но на технико-квалификационной базе Минздрава РФ в целом.

4. Непосредственные и конечные результаты (по каждой цели)

4.1 Двугранная общая цель проекта состояла в том, чтобы, с одной стороны, обеспечить улучшение показателей работы системы здравоохранения (качества медпомощи, эффективности затрат системы ее предоставления и показателей эффективности систем охраны материнства и детства/планирования семьи и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями), а, с другой стороны, оценить результаты пилотных мероприятий в целях создания основы для принятия решений о принятии конкретных мер по реформированию здравоохранения в масштабах всей страны. На протяжении всего периода реализации проекта (с 1997 по 2004 год) процесс реформирования здравоохранения в России отличался значительной неравномерностью, т.е. большими различиями между территориями и периодами времени, несмотря на экономический подъем в стране. Такие реформы, как создание системы обязательного медицинского страхования, осуществлялись непланомерно и без единообразия: в одних регионах их реализация была полномасштабной, а в других наблюдалась совсем иная ситуация (Врезка 5). Численность населения продолжала сокращаться, а смертность среди взрослого населения – расти. Однако некоторые из значимых для проекта показателей результатов преобразований неуклонно улучшались во многих областях, включая сокращение средней длительности пребывания в стационаре, снижение младенческой смертности и распространенности аборт. Другие параметры контекста реализации проекта (например, уровни доходов населения, которые значительно снизились под воздействием августовского «обвала» курса валют в 1998 году, а затем начали стремительно восстанавливаться в 1999 году)

могли сыграть свою роль в формировании таких общероссийских тенденций. Из-за этих факторов крайне трудно оценить конкретное воздействие Пилотного проекта в Тверской и Калужской областях. Неудовлетворительность структуры и реализации компонента «МиО» еще больше осложнила выполнение такой задачи, как установление причинно-следственной связи между проектом и изменением ситуации. Фактические данные по результатам проекта представлены в Приложении С, а показатели работы системы здравоохранения и состояния здоровья населения - в Приложении D. При оценке степени достижения целей мы, по мере возможности, рассматривали доказательные данные из источников, не связанных с проектом, включая данные по динамике этих показателей, а возможную роль проекта в достижении положительных результатов оценивали с учетом данных, подтверждающих факты реализации тех или мероприятий.

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЕЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ СЛУЖБ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА И БОРЬБЫ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Качество медицинской помощи

4.2 Результаты проекта или выполненные в его рамках задачи, которые вполне могли способствовать повышению качества медпомощи, включают: закупку оборудования и материалов для амбулаторной помощи, оказываемой семейными врачами, в обеих областях, и для родильных домов/отделений в Калужской области; закупку основных видов оборудования для областной центральной больницы; закупки и переоснащение машин скорой помощи в Тверской области; строительство или ремонт ряда отдельных медицинских учреждений в обеих областях; обучение акушеров, гинекологов и акушерок Калужской области передовым методам оказания дородовой помощи; и обучение персонала системы неотложной скорой в Тверской области (Таблица С.3).

4.3 Весьма вероятно, что оснащенность ЛПУ и качество оказываемой ими помощи существенно улучшились. Несмотря на аннулирование более половины суммы займа, большая часть заемных средств, предназначенных для закупки оборудования и лекарств (около 70 %) и для оплаты строительных работ в Калужской области (81 %, Таблица С.2), была израсходована. Однако межрайонный Ржевский перинатальный центр так и не был построен, поэтому степень повышения качества оказалась ниже, чем ожидалось. Фактически проект обеспечил обучение большого числа медицинских работников, но доля израсходованных средств займа, предназначенных для финансирования консультационных, договорных услуг и учебных мероприятий, оказалась весьма небольшой и в Калужской (12 %) и в Тверской (8 %) области.

4.4 Но, представляя эти итоговые данные, необходимо сделать оговорку, что целевые значения показателей повышения качества не были установлены, фактически в систему оценки не были включены и сами показатели динамики качества медпомощи, а таковыми могли бы быть, например, процент ЛПУ, имеющих определенное оборудование или определенное число работников,

прошедших обучение. Нет данных, доказательно подтверждающих правильное использование нового оборудования, способствующее повышению качества медпомощи, или влияние повышения качества на показатели работы системы здравоохранения и состояния здоровья населения. Нет результатов оценки показателей изменений в уровне знаний или методах работы обученного персонала, интенсивности использования новых знаний или роли обучения в повышении эффективности системы охраны материнства и детства.

Рационализация системы предоставления медицинской помощи

4.5 Меры по рационализации системы медицинской помощи, прежде всего, включали реструктуризацию системы материального стимулирования поставщиков медицинских услуг, реструктуризацию системы предоставления медпомощи (включая создание сети семейных врачей с переносом центра тяжести на амбулаторное звено) и пропаганду здорового образа жизни (профилактическую помощь для снижения потребности в лечебной и стационарной помощи).

Врезка 5. Развитие и состояние российской системы медицинского страхования в 1990-е годы

До 1992 года основными источниками финансирования здравоохранения были федеральный бюджет и предприятия. В 1993 году одновременно с децентрализацией финансирования, предусматривающей передачу обязанности финансировать здравоохранение на региональный уровень, была введена в действие система обязательного медицинского страхования. На региональном уровне в территориальные фонды ОМС направлялся налог в размере 3,6 % фонда зарплаты предприятий/организаций, из которых 3,4 % оставалось в территориальных фондах ОМС, а 0,2 % перечислялось в федеральный фонд ОМС, выполняющий надзорные функции и осуществляющий «выравнивающие» выплаты регионам с неблагоприятными экономическими условиями. Страховые взносы за неработающее население (пенсионеров, студентов и т.д.) должны были вноситься муниципальными органами. Территориальные фонды ОМС должны были осуществлять выплаты одной из нескольких конкурирующих частных страховых компаний, имеющих лицензии для работы в этой системе, на основании требований о страховом возмещении затрат на медпомощь, подаваемых от имени пациентов, пролеченных в поликлиниках или больницах, тоже имеющих лицензии для работы в системе ОМС. Идея заключалась в том, что страховые компании будут конкурировать друг с другом за пациентов или работодателей, страхующих большое число работников, стремясь работать с самыми лучшими клиниками и больницами и обеспечивать соответствие высоким стандартам контроля качества и защиты прав пациентов. Поставщики медицинских услуг должны были конкурировать между собой за признание страховыми компаниями и отдельными пациентами их соответствия таким стандартам качества.

Сторонники этой системы возлагали большие надежды на то, что так называемая «страховая медицина» произведет крупные положительные сдвиги в российском здравоохранении. Но результаты, появившиеся в том же десятилетии, были неоднозначными. С одной стороны, с введением ОМС финансовая ситуация здравоохранения значительно улучшилась. Например, за период с 1992 по 1995 год бюджетное финансирование образовательных и культурных программ сократилось, соответственно, на 27 % и 31 %. В здравоохранении внебюджетные страховые взносы послужили амортизатором, смягчившим воздействие такого сокращения финансирования; расходы здравоохранения сократились только на 10 %.

С другой стороны, система внедрялась без необходимой предварительной подготовки; у страны не было никакого опыта управления территориальными фондами ОМС, нормативные требования не полностью выполнялись, а соответствующие контрольно-разрешительные органы еще не сформировались. Сначала было мало частных страховых компаний, которые должны были быть основными страховщиками. Не было четкого разграничения обязанностей между региональными органами здравоохранения и территориальными фондами ОМС.

Более того, поскольку закон о медицинском страховании содержал весьма расплывчатые положения по подушевым нормам страховых взносов, которые должны были вносить муниципалитеты за неработающее население своих территорий, муниципальные власти часто не осуществляли этих платежей. По состоянию на начало 1999 года, общая сумма задолженности местных органов управления по платежам в систему страхования составила 11,5 млрд. рублей (770 млн. долларов США). Работодатели не могли вносить достаточно средств в новую систему, чтобы компенсировать неплатежи муниципалитетов, в частности, потому, что неработающее население (дети, пожилые люди) составляло около 60 % общей численности населения, и являлось самым активным потребителем медицинских услуг. Во многих случаях региональные власти и органы местного самоуправления игнорировали или обходили систему медицинского страхования, продолжая платить за здравоохранение непосредственно через бюджет, в связи с чем все новые стимулы, предназначенные для поставщиков медицинских услуг, ослаблялись до полнотой потери их значимости.

4.6 Внедрение механизмов оплаты по результатам и с учетом структуры затрат отличалось своей ограниченностью, особенно, в стационарном секторе, а период реализации этого компонента был недостаточно длительным, чтобы создать

стимулы для изменения ситуации. Новые схемы оплаты внедрялись бессистемно и часто упразднялись под влиянием измерений государственной политики. Из-за низкого уровня заинтересованности многих работников здравоохранения обеих областей в рыночно-ориентированных преобразованиях одни из внедренных механизмов постепенно трансформировались обратно в механизмы сметного финансирования советских времен; а другие – часто в одном и том же ЛПУ – сосуществовали со старыми советскими процедурами оплаты. В обеих областях было собрано недостаточно данных для обоснования полноценного внедрения новых систем оплаты. Подушевые нормативы, которые должны были использоваться в качестве основы для исчисления оплаты, так и не были разработаны. Федеральные органы и областные администрации давали разноречивые ориентиры; даже, когда политика была явно в пользу преобразований, внедрение новых схем отличалось неравномерностью. В результате, первоначальное продвижение вперед в нескольких пилотных районах и ЛПУ дальше этих объектов так и не пошло¹². Исходя из этого описания процесса реализации данного компонента, можно сказать, что роль реструктурированных механизмов материального стимулирования поставщиков медицинских услуг в рационализации или повышении качества работы системы здравоохранения, скорее всего, была крайне незначительной.

4.7 А планы мероприятий по повышению эффективности посредством реструктуризации первичной медико-санитарной помощи, наоборот, были полностью выполнены, а некоторых случаях даже перевыполнены. Это относится к подготовке семейных врачей, оснащению помещений для их практики и созданию консультационно-диагностических и лечебных центров (КДЛЦ). Однако на основе схемы оплаты услуг семейных врачей была создана система стимулирования для улучшения их работы с начислением дополнительных выплат, предусматривающая использование сорока отдельных показателей. Фактически из-за сложности этой системы стимулирования семейные врачи, в конечном итоге, стали получать одинаковые надбавки, как в советское время.

4.8 На федеральном уровне ММА оказала содействие в разработке нормативно-правовой базы семейной медицины, учебных планов и стандартов переподготовки работающих врачей и среднего медперсонала и профессиональной подготовки семейных врачей в ординатуре, а также учебных планов и стандартов подготовки преподавателей семейной медицины (обучение обучающихся). При ММА создан учебный центр семейной медицины; академия также оказала техническое содействие в создании Кафедры семейной медицины в Твери и учебного центра для подготовки ВОП в Калуге. Но ММА отказалась принять международное техническое содействие, предусмотренное проектом, и разработанный ею стандарт профессиональной подготовки семейных врачей не полностью соответствует международным стандартам: педиатрия и - в меньшей степени - акушерство/гинекология не включены в российскую концепцию семейной медицины, которая часто называется общеврачебной практикой. В период реализации проекта в бюджете здравоохранения обеих областей росла доля

12. В Калужской области на мероприятия по реформированию системы оплаты поставщикам медицинских услуг было израсходовано только 15 % средств займа, предназначенных для этих целей.

расходов на амбулаторную помощь, но она так и не достигла целевого уровня – 50 % (Таблица D.2).¹³ Однако нет данных, которые позволили бы определить, действительно ли изменилась работа подготовленных новых семейных врачей/ВОП, т.е. стали ли они лечить пациентов в амбулаторных условиях вместо того, чтобы направлять их к специалистам или на госпитализацию. Таким образом, остается неизвестным, в какой степени эти мероприятия способствовали повышению эффективности.

4.9 И, наконец, так же невозможно дать четкую оценку роли мероприятий по пропаганде здорового образа жизни в повышении эффективности. С одной стороны, были предприняты значительные усилия по повышению информированности населения о ССЗ, включая мероприятия с привлечением средств массовой информации и школ в Тверской области. Но, с другой стороны, было израсходовано только 3 % заемных средств, предназначенных для пропаганды здорового образа жизни, и в области охраны материнства и детства/планирования семьи доля средств, предназначенных для таких мероприятий также весьма мала (18 % в Тверской и 12 % в Калужской области). В Тверской области было проведено однократное обследование на предмет оценки распространенности курения, но тенденции в отношении информированности и поведения людей не отслеживались. Судя по низкому уровню реализации этих мероприятий, их роль в повышении эффективности, скорее всего, была крайне незначительной.

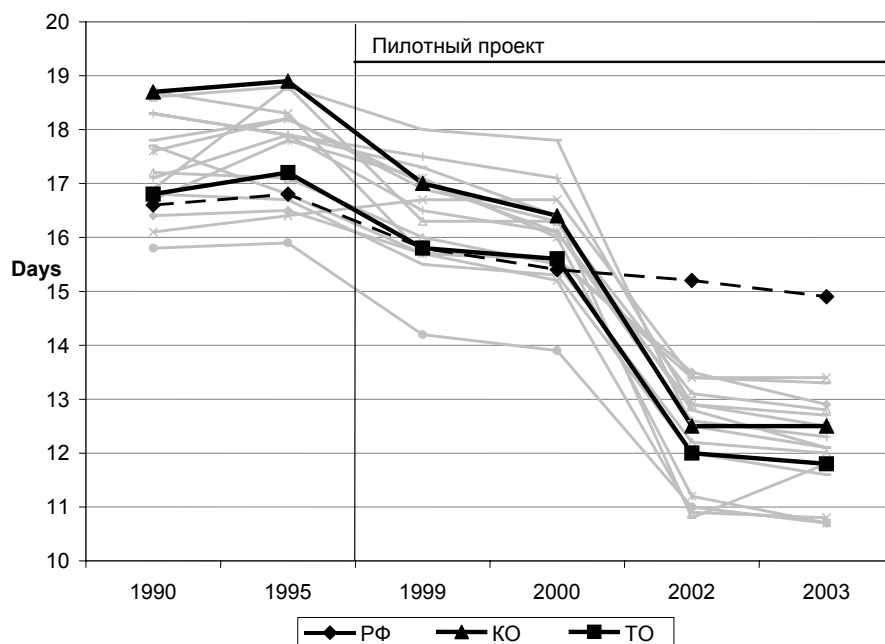
4.10 Несмотря на отсутствие явной связи между осуществленными мероприятиями проекта и эффективностью работы всей системы здравоохранения, некоторые показатели эффективности на региональном уровне в Калужской и Тверской областях все же улучшились, равно как и фактически во всех российских регионах с аналогичным экономическим уровнем и/или географическим положением. Например, стимулирующую систему оплаты поставщикам медицинских услуг планировалось внедрить в целях сокращения частоты госпитализаций и средней длительности пребывания в стационаре. На Рисунке 3 показана динамика средней длительности пребывания в стационаре по России в целом, по всем регионам Центрального федерального округа (включая Тверскую и Калужскую области) и по Новгородской и Псковской областям, которые относятся к «средним» регионам по таким показателям, как доходы на душу населения (так же, как Тверская и Калужская области).¹⁴ Эти сопоставимые данные по регионам, не участвовавшим в проекте, показывают, что в них также произошло сокращение средней длительности пребывания в стационаре, что может быть результатом

13. По данным, представленным в документах проекта; Группа НООД не смогла объективно подтвердить эти статистические данные. Нет данных по другим областям, которые можно было использовать для сравнения, и поэтому, утверждать, это увеличение произошло благодаря мероприятиям проекта, а не под воздействием других контекстуальных или иных факторов, не представляется возможным.

14. В целях улучшения «читаемости» цифр названия других регионов пропущены. Ими являются: Белгородская, Брянская, Ивановская, Костромская, Курская, Липецкая, Новгородская, Орловская, Псковская, Рязанская, Смоленская, Тамбовская, Тульская, Владимирская, Воронежская и Ярославская области.

реформ общероссийского масштаба, например, создания системы обязательного медицинского страхования, или иных общенациональных процессов¹⁵.

Рисунок 3. Средняя длительность пребывания в стационаре в Калужской, Тверской и некоторых других областях



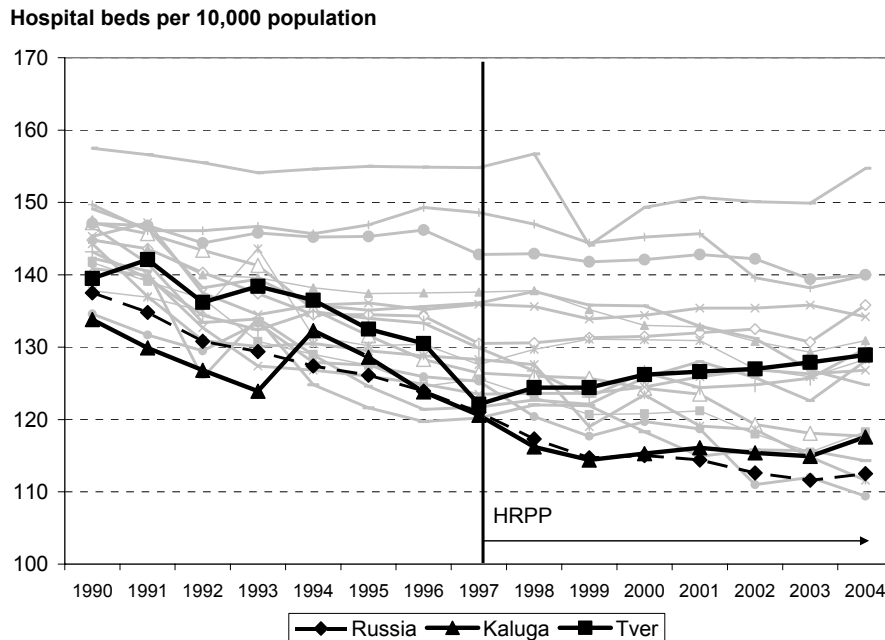
Источник: “Средняя занятость” 2002; “Средняя длительность” 2005.

4.11 А другой показатель эффективности – процент госпитализаций – наоборот, в Тверской области остался на том же уровне, а в Калужской даже *возрос*, несмотря на все принятые в рамках проекта меры по его снижению и обеспечению переноса центра тяжести на амбулаторное звено посредством осуществления программы развития семейной медицины (Таблица D.1). Сокращение количества больничных коек также было одним из показателей повышения эффективности. До начала реализации проекта наблюдалась тенденция к снижению количества коек на 10 тысяч населения («обеспеченность койками») в обеих областях, в регионах, с которыми сравнивались пилотные области, и по России в целом (Рисунок 4). После начала реализации проекта эти показатели в Калужской области несколько

15. Отдельные показатели эффективности в определенной мере улучшились на некоторых пилотных объектах Тверской и Калужской областей с 1995 по 2000 год, т.е. за период, который начался до начала реализации проекта и включал первые годы его реализации, отличавшиеся фрагментированностью и непоследовательностью процесса реализации, обусловленными финансовым кризисом. На трех пилотных площадках в Тверской области частота госпитализаций сократилась на 19 – 30 %, а средняя длительность пребывания в стационаре – на 11 – 22 %. На трех пилотных площадках в Калужской области частота госпитализаций сократилась на 7 – 22 %. Это может быть свидетельством успеха на местах, но систематического сравнения этих пилотных объектов с ЛПУ и районами, не участвовавшими в реализации пилотных мероприятий, не проводилось.

снизились, а затем стабилизировались, а в Тверской области они *повысились* (в отличие от регионов, входящих в «сравнительную» группу).

Рисунок 4. Количество коек на 10 тысяч населения в Калужской, Тверской и некоторых других областях



Источник: Госкомстат 2005b, 2005d

Репродуктивное здоровье

4.12 Те мероприятия проекта, которые могли оказать воздействие на показатели репродуктивного здоровья населения/здоровья матери и ребенка, относились к компоненту «Охрана материнства и детства/Планирование семьи», включая отдельные преобразования, касающиеся дородовой и перинатальной помощи, планирования семьи и репродуктивного здоровья; пропаганды здорового образа жизни в рамках охраны материнства и детства; профессионального образования; улучшение материально-технической базы медицинских учреждений; и обеспечение появления «больниц лицом к ребенку».

4.13 В Калужской области данный компонент был сильнее, чем в Тверской: все ее акушеры, гинекологи и средний медперсонал, оказывающий акушерскую помощь, прошли обучение, была укреплена диагностическая база 12 женских консультаций, профинансированы строительные работы небольших объемов, закупки оборудования, лекарственных средств, расходных материалов и обучение персонала 10 родильных домов и отделений. В Тверской области межрайонный перинатальный центр так и не был построен, но были созданы центры для координации информационно-просветительской и учебной работы на таких направлениях, как дородовая помощь, планирование семьи и репродуктивное здоровье. Однако, как уже отмечалось, очень мало ресурсов было использовано на просветительские и профилактические мероприятия. Диапазон их воздействия сузился еще и из-за того, что эта тематика не была включена в программу

подготовки семейных врачей. Хотя многие из лиц, опрошенных в ходе данной оценки, считают, эта профессиональная подготовка семейных врачей производит революционные изменения в их практике¹⁶, нет никаких данных, которые позволили бы оценить, до какой степени изменилось «поведение» поставщиков медицинских услуг в результате обучения медперсонала или поставок оборудования, профинансированных за счет проекта, например, в отношении ведения беременных или предоставления дородовой помощи.

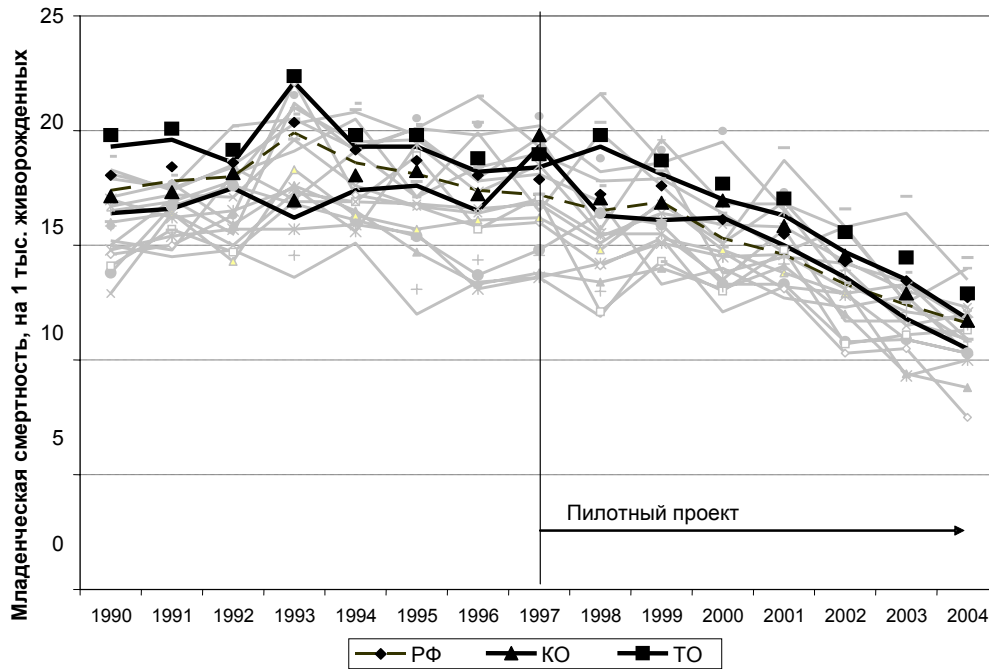
4.14 Процент беременных с анемией на момент родов значительно снизился с обеих областях: с 33 до 24 % в Тверской области и с 24 до 21 % в Калужской, но это сокращение так и не достигло целевых значений (20 % и 18 %, соответственно)¹⁷. Интересно, что Калужская область, имеющая самые лучшие показатели реализации по совершенствованию систем охраны материнства и детства и планирования семьи, добилась самых низких положительных результатов воздействия на ситуацию. С другой стороны, в Калужской области уровень распространенности гипертонии беременных *возрос*, а в Тверской области практически не изменился (Таблица D.2). Причинами появления столь неожиданных результатов могут быть: улучшение выявляемости, неудовлетворительное ведение больных или повышение доступности услуг для женщин, относящихся к группам высокого риска. Без данных для сравнения с территориями, не участвовавшими в проекте, без показателей, более тесно связанных с непосредственными результатами проекта, и без продуманной системы оценки реализации, невозможно определить, до какой степени мероприятия проекта способствовали этим положительным сдвигам или минимизации отрицательных.

4.15 Показатели состояния здоровья детей говорят о существенных положительных изменениях в Тверской, Калужской областях и на других территориях, которые не участвовали в проекте, но использовались для сравнения. На Рисунке 5 показано, что в период реализации проекта снижение младенческой смертности наблюдалось на всей территории страны. В обеих областях значительно снизилась перинатальная смертность, а в Калужской области произошло также резкое снижение неонатальной смертности, но во всех случаях итоговые фактические показатели оказались лучше их целевых значений (Таблица D.2). Аналогичные положительные изменения произошли во всех регионах страны, что осложняет задачу установления связи между этими изменениями и проектом, профинансированным Банком.

16. Опрошенные лица отмечали, что новые протоколы по родовспоможению, обучение акушерок и неонатологов и другие мероприятия «изменили ментальность практикующего врача» в обеих областях, сделав его более восприимчивым к таким новым идеям, как длительное грудное вскармливание и совместное пребывание матери и ребенка. Один из респондентов из Тверской области сказал: «Проект помог нам посмотреть на охрану материнства и детства глазами пациента вместо того, чтобы структурировать все так, как удобно для системы».

17. Статистика по анемии и гипертонии беременных взята из документов проекта; Группа НООД не смогла обеспечить ее объективное подтверждение.

Рисунок 5. Младенческая смертность в Калужской, Тверской и некоторых других областях



Источник: Госкомстат 2005а, 2005с

4.16 И, наконец, в обеих областях сократилась распространенность аборт: с 60 до 45 абортов на 1 тысячу женщин в возрасте от 15 до 45 лет в Тверской области и с 56 до 46 абортов на 1 тысячу женщин в Калужской области. Однако и в этом случае в тот период аналогичные тенденции наблюдались в сопоставимых регионах и по стране в целом (Рисунок 6), в связи с чем трудно определить, являются ли этих положительные сдвиги в пилотных регионах непосредственным результатом мероприятий проекта. Кроме того, по общему мнению, как минимум частично официальное улучшение этого показателя объясняется расширением возможностей для абортов в частном порядке, которые не отражаются в государственной статистике. Судя по всему, снижение распространенности абортов не связано с повышением распространенности использования противозачаточных средств: за период с 1996 по 2001 год частота использования внутриматочных устройств и пероральных противозачаточных средств почти не изменилась или даже снизилась в обеих областях (Таблица D.2)¹⁸.

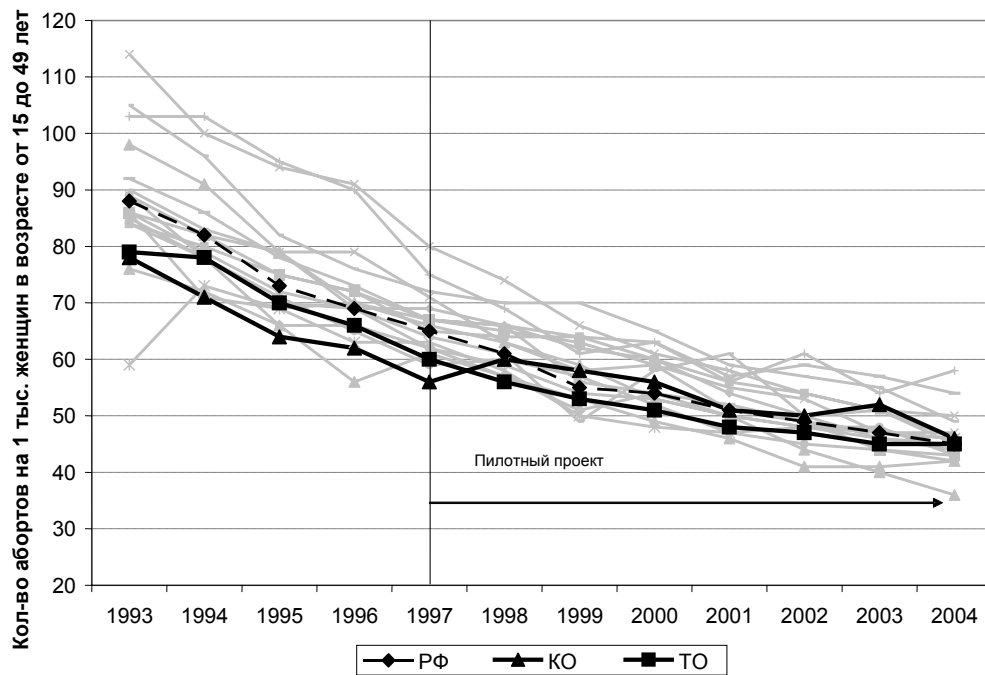
Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями

4.17 Одна из задач проекта заключалась в снижении распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди населения обеих областей, но особенно Тверской области, где основное внимание уделялось мерам по совершенствованию системы скорой помощи, включая учебные мероприятия, закупку новых и переоснащение имеющихся машин скорой помощи. По материалам,

18. Но, следует отметить, что эти статистические данные по контрацепции могут быть искаженными по той же причине, что и статистика по абортам, а именно, по тому, что они, возможно, не отражают повышения распространенности использования противозачаточных средств, приобретаемых в частном секторе.

представленным в отчетности, результатом сбора данных в рамках этого компонента стало документальное подтверждение сокращения среднего времени прибытия скорой помощи на вызовы и снижения смертности от сердечных приступов во время транспортировки в машинах скорой помощи¹⁹. Начальник областной службы скорой неотложной помощи в рамках проекта прошла обучение в Израиле; она вернулась в Тверь с большим энтузиазмом и организовала там Учебно-тренировочный центр скорой помощи, работающий по совершенно новым для России методикам (интерактивное обучение, ролевые игры и т.д.)²⁰. В рамках борьбы с ССЗ планировалось также проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, некоторые из которых были проведены, но на профилактику ССЗ было израсходовано всего 3 % средств займа, предназначенных для этих целей.

Рисунок 6. Распространенность аборт в Калужской, Тверской и некоторых других областях



Источник: Госкомстат 2005b

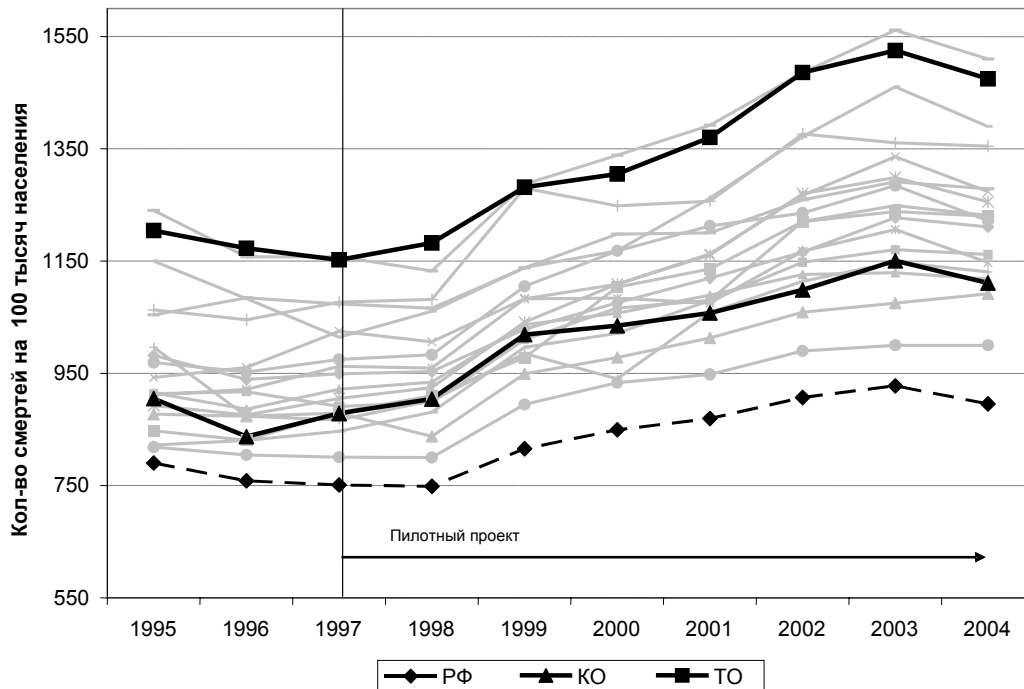
4.18 Тверская область выполнила ряд задач, поставленных перед системой предоставления медицинских услуг, по профилактике и лечению ССЗ. По данным, представленным в ОЗП, число зарегистрированных и находящихся под наблюдением больных с гипертонической болезнью увеличилось на 59%, значительно превысив целевое значение этого показателя, которое составляло

19. Эта информация основана на данных, представленным в Отчете о ходе реализации проекта и в ОЗП, Ни Группе НОУД, ни авторам ОЗП не удалось ни получить исходные данные, (стр. 15 оригинала).

20. К сожалению, этот Учебно-тренировочный центр больше не функционирует, т.к. главный врач службы скорой помощи, которая ездила в Израиль, ушла на пенсию, а политические фигуры региона отобрали его помещения и используют их для иных целей.

только 10%. Число впервые выявляемых больных с острыми инфарктами миокарда (в год) сократилось с 2729 до 2411, что выше целевого сокращения, равного 3 %²¹. Но смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в обеих областях значительно повышалась на протяжении всего срока реализации проекта, начиная с 1999 года, и стабилизировалась только в 2003 – 2004 годах. Фактически по Тверской области смертность от заболеваний системы кровообращения в абсолютных показателях остается одной из самых высоких в стране, несмотря на все усилия в рамках проекта. Проект не включал сбора данных и проведения анализа для определения причин столь высокой смертности от ССЗ.

Рисунок 7. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Калужской, Тверской и некоторых других областях



Источник: Госкомстат 2005b.

ОЦЕНКА РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИЗВЛЕЧЕННЫХ УРОКОВ

4.19 Эта задача осталась невыполненной. Не было создано системы оценки реализации проекта, которая позволила бы выделить воздействие разных пилотных преобразований, осуществленных в рамках проекта. Таким образом, рассмотренные выше результаты свидетельствуют о том, что выяснить, отражают выявленные тенденции влияние проекта или других контекстуальных факторов, не представляется возможным. Ключевые «источники информации» со всей

21. Поскольку оба показателя заболеваемости – по инфарктам и гипертонической болезни – определяли как абсолютное число лиц с этими заболеваниями, они не отражают ни изменений в охвате населения соответствующими видами медпомощи, ни изменений общих популяционных показателей распространенности этих заболеваний.

убежденностью утверждали, что единственным критически важным фактором, который помешал проекту оказать воздействие на ситуацию во всей стране, было отсутствие системы значимого мониторинга и оценки реализации проекта, которая включала бы: систематический сбор данных на всех уровнях, анализ воздействия проекта посредством сравнения пилотных площадок с территориями и ЛПУ, не участвовавшими в проекте, и результатами альтернативных решений, и доведение результатов такого анализа до сведения ключевых реципиентов. Большинство задач компонента «МиО» остались невыполненными.

4.20 Некоторые элементы предусмотренного проектом подхода все же получили распространение и даже внедрялись на других территориях, несмотря на отсутствие доказательств их эффективности. Для распространения опыта проводились конференции и семинары, был создан сайт, и издавался бюллетень проекта. Перечень оборудования для офиса семейного врача, разработанный в рамках проекта, был утвержден Минздравом РФ в качестве стандарта рекомендательного характера. Успешный опыт совершенствования системы скорой помощи Тверской области получил настолько широкую известность, что медработники Ростовской, Новосибирской и других областей ездили туда для обучения и ознакомления со стандартным комплектом оборудования для машин скорой помощи.

5. Результаты рейтинговой оценки

КОНЕЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

5.1 За **конечный результат** проекту в целом присваивается рейтинг **«неудовлетворительно»** на основании оценки актуальности целей, целесообразности структуры проекта, эффективности и рентабельности процесса достижения этих целей.

5.2 Общая оценка конечного результата представляет собой среднее значение оценки итогов достижения основных целей в виде показателей улучшения работы системы здравоохранения и состояния здоровья населения, а также показателей изучения и использования опыта осуществления пилотных преобразований (Таблица 1, рассматривается ниже). Одна из важнейших целей проекта, как пилотного инструмента, заключалась в оценке результативности предлагаемых преобразований в здравоохранении в целях их широкого тиражирования. Однако у проекта не было системы оценки реализации, которая позволила бы отделить его воздействие от воздействия других изменений общей ситуации в России; это вместе с отсутствием адекватной системы МиО проекта крайне затрудняет оценку той степени, в которой любое изменение желаемого конечного результата на региональном уровне можно объяснить влиянием мер, принятых в рамках проекта.

Таблица 1. Итоги рейтинговой оценки конечного результата по каждой цели

Цель	Актуальность	Эффективность	Рентабельность	Конечный результат
1. Повысить/улучшить. ...				
Качество медпомощи	Высокая ^а	Значительная	Крайне низкая	Умеренно неудовлетворительно
Эффективность затрат на предоставление медпомощи		Крайне низкая		
Показатели эффективности системы ОМД		Крайне низкая /Средняя ^б		
Эффективность системы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями		Крайне низкая		
2. Оценить опыт осуществления пилотных преобразований в целях его использования для информационного обеспечения процесса расширения масштабов реформ	Средняя	Крайне низкая	Крайне низкая	Крайне неудовлетворительно
Общая оценка конечного результата				Неудовлетворительно

а. Актуальность цели высока, но уровень целесообразности структуры проекта оценивается как средний.

б. Крайне низкая в Тверской области и средняя в Калужской.

с. Актуальность цели высока, но уровень целесообразности структуры проекта оценивается как крайне низкий.

5.3 Оценка **актуальности** основана на результатах оценки актуальности самих целей и соответствия структуры проекта этим целям. Актуальность всех целей *высока*. Согласно последнему отчету о ходе реализации КАС, перед Россией по-прежнему стоят чрезвычайно серьезные и сложные проблемы, связанные со здоровьем населения; в частности, это - безмерно высокая смертность среди населения трудоспособного возраста, основной причиной которой являются сердечно-сосудистые заболевания (World Bank, 2005). В ней также указывается на необходимость: обращения вспять тенденции к ухудшению положения дел в области развития человеческого капитала в России; предоставления ключевых государственных услуг и создание инфраструктуры; и повышения институционального потенциала системы социальной помощи. В названном документе указывается на особую остроту таких проблем, как низкая эффективность системы предоставления медицинской помощи; рост неравенства в плане доступа к качественной медпомощи; и низкое качество медицинских услуг. В нем также подчеркивается необходимость улучшения координации и мониторинга на федеральном уровне, осуществлении программ реструктуризации и повышения кадрового потенциала на региональном и местном уровнях – все эти задачи нашли свое отражение в Пилотном проекте «Реформа здравоохранения». Две основных цели оказания поддержки Правительству РФ заключаются в том, чтобы помочь ему: (i) создать такую систему предоставления медицинской помощи, которая обеспечивала бы физическую и финансовую доступность и эффективность медицинского обслуживания населения; и (ii) укрепить потенциал

для решения проблемы преждевременной смертности и минимизации рисков распространения ВИЧ/СПИДа. Первая из этих двух задач соответствует целям всего Пилотного проекта, а вторая – целям его компонента «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

5.4 Уровень соответствия структуры проекта его цели (повышение качества медицинской помощи, рационализация системы ее предоставления и улучшение показателей эффективности систем охраны материнства и детства и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями) оценивается как «средний». С регионами была проведена большая и важная подготовительная работа по компоненту «Перестройка системы материального стимулирования системы оплаты поставщикам медицинских услуг», включая разработку комплексного базового подхода, создание пилотных площадок и разработку планов организационных преобразований, и их осуществление на первом этапе реализации проекта, но было уделено недостаточно много внимания потенциальным препятствиям на пути реализации проекта. Проект позволил Заемщику познакомиться с новыми концепциями, но не обеспечил внедрения этих концепций, как планировалось. Политически важная задача сохранения всеобщего бесплатного медицинского обслуживания населения не была четко определена в процессе разработки мер по повышению эффективности системы медпомощи. Многие элементы компонентов «Охрана материнства и детства/Планирование семьи» и «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» отличались своей продуманностью и логичностью структуры, но при этом недостаточно внимания было уделено тем трудностям, которые могли возникнуть в связи со строительством нового перинатального центра в Тверской области. Кроме того, в Тверской области усилия в рамках проекта были сфокусированы на курении как факторе, способствующем развитию сердечно-сосудистых заболеваний, но при этом без внимания осталась такая проблема, как чрезмерное употребление алкоголя, которая, по общему мнению, является одной из основных причин преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Уровень соответствия структуры компонента «МиО» его целям был крайне низким. Структура проекта не включала базовой системы оценки воздействия преобразований, осуществленных в рамках проекта, посредством сравнения с контрольными объектами и/или альтернативными вариантами.

5.5 **Эффективность** достижения каждой из целей проекта рассматривается в Разделе 4. Хотя почти по всем целям эффективность (в среднем по обеим областям) в лучшем случае была средней или крайне низкой, необходимо подчеркнуть, что на таких направлениях, как реформирование систем здравоохранения, семейная медицина, профилактика и лечение ССЗ и охрана материнства и детства/планирование семьи, Пилотный проект обеспечил ознакомление с новыми идеями и создание форума для их открытого обсуждения, особенно, на региональном уровне. Проект помог понять, что существуют объективные факторы, определяющие тенденции развития отрасли и распределения ресурсов в здравоохранении, которые, по значению, превосходят политику. Опрошенные представители обеих областей единодушно продемонстрировали твердую убежденность в этом. Один из респондентов объяснил, что “проект помог изменить образ мыслей очень многих людей, и сейчас новые подходы распространяются в геометрической прогрессии”. Другой

респондент заявил, что «проект сыграл свою роль в апробировании международных моделей, которые можно внедрять в российских регионах»²². Проект оказался особенно успешным с точки зрения преодоления некоторых политических и правовых препятствий на пути внедрения принципов семейной медицины.

5.6 Рентабельность проекта в отношении процесса достижений целей является крайне низкой. Проект в целом пострадал из-за значительных задержек и сбоев в его реализации (в связи с финансовым кризисом 1998 года, приостановкой расходования средств займа по решению Администрации Тверской области, а затем по решению Правительства РФ). Его структура обеспечивала эффективное сочетание совершенствования систем лечебной и неотложной скорой помощи с работой по пропаганде здорового образа жизни в рамках охраны материнства и детства/планирования семьи и борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако дополнительные задачи по пропаганде здорового образа жизни не были полностью выполнены. Степень полноценности реализации компонентов «Перестройка системы материального стимулирования поставщиков медицинских услуг» оказалась таковой, что дополнительные выплаты фактически получали все участвующие поставщики (вне зависимости от результатов их работы), и во многих случаях новые механизмы сосуществовали со старой системой оплаты. На эффективности затрат на достижение всех целей отрицательно сказалось недостаточно активное сотрудничество между ММА и ее международным партнером, а также отказ российской стороны использовать ресурсы запланированного международного технического содействия. Единственным значимым исключением было весьма эффективное использование международного технического содействия для подготовки кадров и реструктуризации служб охраны материнства и детства в Калужской области. На эффективности затрат на реализацию компонента «Мониторинг, оценка и распространении опыта» даже в его скромном виде весьма отрицательно сказалась многократная передача ответственности за его реализацию от одного учреждения в другое.

РИСК НЕУСТОЙЧИВОСТИ КОНЕЧНОГО РЕЗУЛЬТАТА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РАЗВИТИЕ

5.7 Риск неустойчивости конечного результата воздействия проекта на развитие признан *умеренным*. Проект внес свой вклад в изменение концептуальных представлений о многих аспектах предоставления медицинской помощи среди практикующих врачей, юристов и администраторов в обоих регионах, и до некоторой степени среди представителей федерального уровня, и

22. Один из респондентов сказал, что проект помог осуществить «психологический прорыв» в семейную медицину, а другой назвал проект «настоящей революцией, сделавшей нас первопроходцами в данной области» и позволившей ключевым фигурам обоих регионов не только увидеть преимущества семейной медицины, но и преодолеть сопротивление ее распространению. Несколько респондентов заявили о своей убежденности в том, что в конечном итоге, семейная медицина в любом случае получила бы широкое распространение в России, но без Пилотного проекта это произошло бы намного позднее, а политики/управленцы и население в целом не осознали бы ее значения.

этот результат проекта, по всей вероятности, является необратимым²³. Самый значительный риск – риск того, что в отсутствии банковского финансирования и указаний к действию мероприятия и цели проекта окажутся забытыми – вряд ли материализуется в отношении подготовки семейных врачей: областные администрации уже начали финансировать подготовку семейных врачей и закупки оборудования для офисов ВОП после прекращения заключения контрактов в рамках проекта²⁴, и в обоих регионах до сих пор активно функционируют учебные центры. В обеих областях по-прежнему существуют системы дополнительных выплат семейным врачам, и успешно работают межрайонные диагностические центры, снижающие нагрузки на центральные районные больницы. В настоящее время все 47 медицинских вузов России осуществляют подготовку ВОП по учебному плану, на который Пилотный проект оказал сильное влияние. Однако учебно-тренировочный центр скорой помощи в Тверской области был закрыт вскоре после закрытия проекта из-за какого-то политического конфликта.

5.8 Насколько велик риск появления перемен, которые отрицательно скажутся на конечных результатах проекта, можно судить по подходам Калужской и Тверской областей к реализации Национального проекта в сфере здравоохранения (Врезка 6). Опрошенные представители всех уровней из обеих областей сообщили, что Пилотный проект был для них хорошей подготовкой к реализации Национального проекта, и что они оказались более подготовленными по сравнению со своими коллегами из других регионов. Национальный проект включает преобразования, направленные на повышения эффективности медпомощи и рациональности использования ресурсов здравоохранения, а участвовавшие в Пилотном проекте руководители и специалисты здравоохранения Калужской и Тверской областей уже знакомы с соответствующими концепциями и готовы к их оперативной реализации за счет федеральных средств из этого нового источника. Даже там, где в рамках Национального проекта выделяются деньги на зарплату и оборудование без должного внимания к обеспечению эффективности затрат и спросу, эти два региона способны сохранять ориентацию на реформирование. Поскольку Национальный проект высвобождает местные ресурсы, сэкономленные таким образом средства можно использовать для продолжения работы по включению в практику важных элементов Пилотного проекта. Однако Пилотный проект должен был обеспечить, но не обеспечил наличие доказательных данных о результативности конкретных российских реформ, являющихся предметом споров, а отсутствие таких данных повышает уязвимость этих реформ, т.е. опасность со стороны определенных политических сил, и риск неустойчивости результатов воздействия на развитие в долгосрочной перспективе.

23. Как сказал один врач, «мы теперь знаем, какие финансовые последствия могут иметь наши решения. Даже врачи самых мелких лечебных заведений знакомы с экономическими механизмами, благодаря работе, которая началась в рамках проекта Всемирного банка».

24. Кроме того, в 2005 году Тверская область профинансировала создание 25 новых офисов, и еще пятьдесят планирует профинансировать в 2006 году.

Врезка 6. Национальные проекты России

В сентябре 2005 года президент Владимир Путин объявил о «запуске» четырех крупных проектов, направленных на повышение уровня жизни населения России, включая модернизацию системы здравоохранения, повышение качества образования, развитие сельского хозяйства и обеспечение доступности жилья. Названным отраслям должно придаваться первоочередное значение при формировании федерального бюджета на 2006 - 2008 гг. с целью развития человеческого капитала в качестве импульса для неуклонного экономического роста.

На долю здравоохранения приходится более половины общего объема финансирования, предусмотренного национальными проектами. С 2006 по 2008 год федеральное финансирование здравоохранения должно увеличиться на 64 %. Основная часть дополнительных средств предназначается для укрепления первичного звена медицинской помощи, включая увеличение зарплаты участковых врачей и врачей общей практики на 350 долларов США в месяц, а зарплаты среднего медперсонала на 175 долларов в месяц. На закупку нового оборудования для участковых поликлиник предусматривается израсходовать в общей сложности 509 млн. долларов США, 10 тысяч таких поликлиник, по графику, должны получить это оборудование в течение следующих двух лет. Планируется закупить более 11 тысяч новых машин скорой помощи. Объем инвестиций в строительство новых лечебно-профилактических учреждений, особенно в Сибири и на Дальнем Востоке (где численность населения сокращается быстрее, чем на других территориях страны), в 2006 году составит 807 млн. долларов США, что на 290 % больше, чем было предусмотрено в бюджете на 2005 год. .

С начала 2006 года реализуется Программа родовых сертификатов, которая предусматривает выдачу сертификатов на 5 тысяч рублей (примерно 170 долларов США) беременным женщинам, которые направляются выбранному беременной женщиной поставщику дородовой медпомощи, и 10 тысяч рублей, которые выплачиваются выбранному беременной роддому. Идея состоит в том, чтобы обеспечить соответствие качеству гинекологической и акушерской помощи требованиям рынка, поскольку поставщики этих услуг должны стремиться повышать их качество в целях привлечения большего числа пациентов, а, следовательно, и для получения средств в больших объемах. Более половины всех средств, получаемых за счет сертификатов можно использовать для повышения зарплаты работникам клиник и больниц.

Многие наблюдатели обеспокоены тем, что национальные проекты, притом, что они играют положительную роль, состоящую в повышении обеспеченности ресурсами социальной сферы и здравоохранения, обходят стороной возможности для проведения структурных реформ. Например, в целях обеспечения своевременного начала реализации программы, надбавки к зарплате поставщикам медицинских услуг первичного звена медпомощи в настоящее время выплачиваются в объемах, независимых от заслуг или качества оказываемой помощи, т.е. механизмы стимулирования не используются. Сейчас в Правительстве обсуждается вопрос о запуске некоторых региональных пилотных программ структурной перестройки, которые должны стать ценным дополнением к повестке дня Национальных проектов (World Bank Moscow Office, 2006).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ БАНКА

5.9 Общая эффективность работы Банка оценивается как *умеренно неудовлетворительная*, исходя из его умеренно неудовлетворительной работы по подготовке проекта и осуществлению надзора за его реализацией.

5.10 Работа Банка по обеспечению качества проекта «на входе» была *умеренно неудовлетворительной*. С одной стороны, процесс конкурсного отбора регионов обеспечил определенный уровень заинтересованной вовлеченности пилотных регионов и способность проекта реагировать на местные потребности. Временные рамки реализации проекта оказались весьма удачными. В 1990-е годы все

внимание Правительства РФ было сосредоточено на макроэкономической политике, и ему было не до здравоохранения и социальной сферы. В таких условиях Банк смог оказать поддержку небольшой части системы государственного управления (на всех уровнях), которая была привержена курсу реформ и пыталась делать шаги в направлении системных преобразований. Например, компонент «Национальная программа подготовки кадров в области семейной медицины» прекрасно вписался в уже начатую работу по созданию учебного плана и программы подготовки ВОП на федеральном уровне и в Тверской области. Специалисты Банка терпеливо и творчески подходили к представлению новых концепций в период, когда подобные концепции были в лучшем случае неизвестны, а в худшем – встречались с открытой враждебностью, но благодаря конструктивному подходу специалистов Банка, они были представлены так, что Заемщик смог их со временем «переварить» и адаптировать к местным условиям. Идея пилотного проекта реформирования здравоохранения, который обеспечил бы извлечение уроков для остальных регионов России с возможным усилением политической поддержки реформ, была весьма уместной, так же, как четко сформулированная цель и запланированные мероприятия по распространению информации об извлеченных уроках.

5.11 Но в период оценки готовности проекта к реализации Банк крайне невнимательно отнесся к безуспешной попытке создать сильную систему оценки реализации, которая включала бы сравнение достигнутых показателей с аналогичными показателями в контрольной группе объектов или использование иного метода статистического контроля. Более внимательное отношение к данной проблеме помогло бы выяснить, до какой степени эти экспериментальные преобразования повлияли на качество медпомощи, эффективность затрат в здравоохранении и изменение ключевых показателей состояния здоровья населения. Судя по всему, специалисты Банка не понимали, насколько новыми для Заемщика являются сама концепция оценки результатов и конкретные методики ее ведения, и поэтому не слишком настаивали на повышении квалификационного потенциала для такой оценки и заблаговременном выделении ресурсов на эти цели. Такой пробел отрицательно сказался на возможности количественной оценки эффективности реформ и реализации выгод изучения опыта для пилотных областей и остальных регионов России. Выбор показателей для мониторинга также оказался неудачным для оценки промежуточных показателей работы системы здравоохранения и состояния здоровья населения, которые в случае более удачного выбора можно было бы непосредственно связать с результатами проекта. Помимо этих проблем с МиО, следует отметить недостаточность усилий по минимизации известных значительных рисков на этапе разработки проекта; как представляется, большинство участников процесса подготовки считали, что на нее уже потрачено достаточно много времени (четыре года), и пора двигаться дальше.

5.12 Работа Банка по осуществлению надзора за ходом реализации проекта была умеренно неудовлетворительной. Высокой оценки заслуживает то, что Банк смог оказать помощь в сохранении реформирования здравоохранения в общей программе реформ в России, несмотря на чрезвычайно трудные и сложные обстоятельства. Банк фактически привлек к сотрудничеству многих из тех практиков российского здравоохранения, которые первоначально были против

проекта, предусмотрев их участие в выполнении определенных задач и, тем самым, убедив в пользе проекта. Целенаправленная и многогранная разъяснительная работа для информирования разных аудиторий о выгодах проекта помогла обеспечить положительное отношение к нему со стороны многих врачей, законодателей, политиков, журналистов и населения. Невозможно переоценить важность успеха работы Банка по привнесению новых идей, созданию структур для осуществления реформ и сохранению приверженности их курсу.

5.13 Однако, хотя Банк с самого начала и в последующем признавал наличие проблем с проектом, он не всегда принимал практически ориентированные меры по их решению. В частности, он упустил возможность использования промежуточного обзора проекта. Руководство Банка на уровне выше руководителя проекта (РП), по всей видимости, оставалось в стороне и не принимало действенных мер по выявлению и преодолению препятствий, возникавших на пути реализации проекта²⁵. Кроме того, слишком часто менялись сотрудники Банка, отвечавшие за проект, это относится и к РП и к консультантам²⁶, а иногда практический опыт и техническая квалификация РП не соответствовали их должностным обязанностям. Авторитетность и потенциал, необходимые для диалога с Заемщиком о политике здравоохранения в огромной степени зависели от правильной квалификационной структуры команды Банка. Это был первый и важнейший пилотный проект, призванный продемонстрировать конкретные результаты воздействия, но при этом, в ходе надзора за реализацией проекта задачам МиО не уделялось первоочередного внимания: сбор данных об исходной ситуации никогда не осуществлялся, а тщетные попытки исправить ситуацию сводились к обсуждению необходимых мер, которые так и не были приняты. И, наконец, по мнению респондентов, качество и состоятельность технического содействия в рамках компонентов, предусматривавших преобразования в системе здравоохранения, были сомнительными²⁷.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗАЕМЩИКА

5.14 Работа Заемщика была *умеренно неудовлетворительной*²⁸. Степень приверженности курсу настоящих реформ, воплощенных в структуре проекте, была разной. Калужская область первоначально была больше заинтересована в

25. Например, по данным, представленным в Отчетах о ходе реализации проекта (ОРП), комментарии руководства Банка впервые появились лишь после проведения промежуточного обзора проекта.

26. За 6 лет реализации проекта сменились три РП. По мнению опрошенных лиц, слишком много времени уходило на то, чтобы познакомить каждого нового человека с диапазоном и деталями проекта, в результате чего терялось ценное время и силы, которые можно было бы потратить на работу по достижению целей проекта.

27. В конце 1999 года был нанят российский консультант по вопросам финансирования здравоохранения для осуществления контроля и надзора за реализацией этих компонентов, благодаря чему ситуация улучшилась, но это произошло слишком поздно, чтобы можно было обеспечить расширение масштабов мероприятий с исходной горстки пилотных ЛПУ и районов до более многочисленных объектов.

28. Контекстуальные факторы, неподконтрольные правительству, например, финансовый кризис 1998 года, не учитываются и не отражаются на результатах рейтинговой оценки. По сути, администрации Калужской и Тверской областей сохранили твердое намерение продолжать реализацию проекта, несмотря на бюджетно-финансовые трудности, возникшие в связи с девальвацией рубля.

использовании проекта для целей приобретения нового оборудования и, вероятно, для получения возможности проведения некоторых полезных учебных мероприятий, чем для работы, подразумевающей осуществление системных преобразований или реструктуризацию. В Калужской области полноценная реализация большинства компонентов началась только после губернаторских выборов, в результате которых появился сильный сторонник проекта в лице губернатора области. Тверская область с начала была более приверженной курсу настоящих реформ (у нее было больше опыта воплощения реформаторских идей), но смена состава работников Администрации привела к девятимесячному перерыву в реализации всех мероприятий в середине срока реализации проекта.

5.15 На федеральном уровне Минздрав РФ был весьма слабым «игроком», не отличавшимся особой заинтересованностью в реформировании системы. Отчасти из-за того, что Банк недостаточно сильно настаивал на участии Минздрава РФ в подготовке проекта, но еще более значительной степени из-за отсутствия достаточно голубого понимания реформ и ответственного отношения к ним среди должностных лиц, Минздрав РФ никогда не принимал участия в оперативной работе по реализации проекта. Он всегда несколько дистанцировался в отношении мероприятий проекта. Резкое прекращение заключения любых новых контрактов по решению Минфина РФ, по сути, было равнозначным закрытию проекта на год раньше установленного срока и свидетельствовало об отсутствии сильной заинтересованности в сотрудничестве с Банком. Возможно, такое решение было обоснованным, учитывая ход реализации проекта и политэкономические соображения того времени, но то, как это было сделано, нельзя назвать конструктивным.

5.16 Работа ведомств и организаций, отвечавших за реализацию проекта, также была *умеренно неудовлетворительной*. ЦГРП, ККП и ГУПы работали настолько эффективно, насколько этого можно было от них ожидать в сложившейся ситуации, но были и значительные трудности с определением правильной роли ЦГРП по отношению к ГУПам в первой половине периода реализации проекта. Другие ответственные ведомства и организации, включая Минздрав РФ, ММА, НПО «Медсоцэкономинформ» и его правопреемников по реализации компонента «МиО», не были настроены на полноценное выполнение многих из своих договорных обязательств, отказывались от международного технического содействия и, самое главное, не смогли выполнить критически важные задачи по мониторингу и анализу, что было абсолютно необходимо для последующего расширения масштабов преобразований.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

5.17 В целом эффективность работы по мониторингу и оценке результатов была *крайне низкой*. Целесообразность структуры и эффективность реализации компонента «МиО» были *крайне низкими* (см. соответствующие части Разделов 2 и 3). Как уже было сказано в Разделе 4, эффективность использования ресурсов, предназначенных для МиО, (а для данного проекта это была четко сформулированная цель) также была *крайне низкой*.

6. Уроки и перспективы

Уроки

6.1 Мониторинг, оценка и распространение опыта являются критически важными элементами любого пилотного проекта. Даже если не удастся достигнуть других целей, качественный процесс МиО позволяет извлечь ценные уроки, которые помогают в выявлении причин безуспешности усилий по достижению этих целей. Без системы оценки, с помощью которой можно выделить воздействие конкретных мер, любая пилотная программы будет напрасной тратой времени и сил. Систему сбора и анализа данных нельзя дорабатывать в процессе реализации пилотного проекта – ее структура и ресурсы для ее внедрения должны быть в наличии уже на этапе разработки концепции проекта.

6.2 Твердая политическая позиция имеет больше значение на всех уровнях и на протяжении всего срока осуществления реформ. Государственные приоритеты и региональные политические лидеры меняются; на важные должности в профильных ведомствах приходят новые люди. Для оценки и сохранения ответственной политической позиции абсолютно необходим непрерывный диалог по политике. Проекты должны разрабатываться с учетом вероятности изменения политических условий. Чтобы в будущем можно было адаптироваться к возможным переменам, комплектация штата специалистов Заемщика для проекта, по мере возможности, должна быть ориентирована не только на качество, но и на «глубину», а общие взаимоотношения Банка с Заемщиком и контекст работы в стране должны быть предметом регулярной переоценки в плане их влияния на конкретные проекты.

6.3 Даже в условиях крайне децентрализованного управления национальный уровень играет ключевую роль в системе здравоохранения. В России, несмотря на всю видимость анархического характера ситуации, сложившейся после того, как в начале 1990-х годов президент Борис Ельцин разрешил регионам «взять столько суверенитета, сколько они смогут проглотить», деятельность на местном уровне по-прежнему в значительной степени регулируется федеральными нормативными и правовыми требованиями. Любой пилотный проект в России осложняется необходимостью решения нормативно-правовых вопросов, требующего много времени. Если же нет правовых проблем, связанных с центральным уровнем, то возникает риск превращения проекта в отдельно взятое «упражнение», несвязанное с событиями на остальной территории страны, что делает невозможным тиражирование результатов проекта.

6.4 Слишком сложные проекты реформирования здравоохранения подвержены повышенному риску безуспешной реализации. В пилотный проект были вовлечены многие государственные структуры, и он был сопряжен с многочисленными отдельными проблемами здравоохранения и политики здравоохранения. Проект более узкого диапазона позволил бы лучше сосредоточиться на конкретных целях и произвести более наглядные результаты.

6.5 Ответственная и заинтересованная вовлеченность местного уровня имеет больше значение, но все же осталась нерешенной задача установления приоритетов. Сложный и фрагментированный характер пилотного проекта был обусловлен целенаправленной стратегией обеспечения ответственности и заинтересованности регионов за счет предоставления им возможности самим подготовить предложения по реформированию системы. Но на протяжении всей истории России и СССР регионы имели тенденцию представлять на рассмотрение обширные заявки, рассчитывая, что им дадут лишь малую толику просимого. Поэтому, должностные лица регионального уровня были ориентированы на то, чтобы просить много всего. Потенциальная задача Банка заключалась в оказании помощи регионам в определении наиболее приоритетных мер, предусматриваемых комплексным подходом к реформированию, но эта задача осталась невыполненной.

6.6 Проекты реформирования здравоохранения – даже если они не обеспечивают успешного достижения поставленных целей – в любом случае помогают укоренять ключевые представления о новых подходах к работе на разных направлениях, и тем самым оказывают значительное влияние на дебаты по формированию политики. С одной стороны данный пилотный проект обеспечил финансирование для обеспечения здравоохранения крайне необходимыми материально-техническими и кадровыми ресурсами, а с другой стороны, его реальная дополнительная ценность заключалась во включении новых идей в диалог по реформированию здравоохранения.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОТРУДНИЧЕСТВА В РАМКАХ ДЕЙСТВУЮЩИХ ПРОЕКТОВ И В БУДУЩЕМ

6.7 Уроки, извлеченные в ходе реализации данного Пилотного проекта, нашли свое отражение в целях действующего проекта «Техническое содействие реформе системы здравоохранения» (41,2 млн. долларов США, Соглашение о займе вступило в силу в июне 2003 года), которыми являются: (а) создание системы федерального регулирования для обеспечения эффективного управления системой здравоохранения; (b) разработка и внедрение стратегических подходов к реформе здравоохранения в отдельных регионах (Воронежской области и Чувашской Республике); (с) повышение институционального потенциала Минздрава РФ как федерального органа исполнительной власти; (d) извлечение уроков реализации региональных программ и их распространение; и (е) разработка и реализация эффективной схемы реструктуризации системы здравоохранения с целью повышения доступности, качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения.

6.8 Действующий проект «Техническое содействие реформе системы здравоохранения» разработан с учетом уроков Пилотного проекта в отношении мониторинга и оценки реализации. В его документе «Оценка проекта» подчеркивается, что система МиО проекта должна обеспечивать сбор и сопоставление данных по исходной ситуации с данными, собираемыми во время и после реализации проекта. Сравнительный анализ должен включать сопоставления между территориями, затронутыми преобразованиями в рамках проекта, и

территориями, не затронутыми ими, с соответствующими корректировками для учета сложных факторов, а система мониторинга должна обеспечивать сбор данных по процессу и конечным результатам/воздействию. Предусматривается создать систему региональных счетов здравоохранения для установления обоснованных исходных значений показателей для оценки региональных расходов и воздействия проекта на экономию средств и затраты.

6.9 В документе «ОП» четко указано на то, что в ходе реализации Пилотного проекта процесс реформирования на региональном уровне сдерживался действием устаревших федеральных норм и стандартов, и что Минздрав РФ не имел финансовых и институциональных ресурсов, необходимых для осуществления руководства процессами реформирования. Опыт Пилотного проекта подтвердил, что центр должен играть важную роль даже в условиях децентрализации системы здравоохранения, а также необходимость установления таких отношений между центром и регионами, которые обеспечивали бы их взаимную поддержку. Таким образом, Пилотный проект «стал одной из основных движущих сил, повлиявших на формирование структуры ныне действующего проекта реформирования здравоохранения, финансируемого Всемирным банком, с сильной фокусировкой на федеральном уровне» (World Bank 2003).

6.10 Другие уроки Пилотного проекта, явно значимые для проекта «Техническое содействие реформе системы здравоохранения», включают подтверждение: (а) необходимости продолжения дискуссий для обеспечения поддержки проекта в России в ходе его реализации; (b) необходимость целесообразной структуры механизмов оплаты поставщикам медицинских услуг и рационального использования средств, сэкономленных в результате внедрения ориентированных на результаты систем глобального бюджета для финансирования больниц; (с) необходимость в едином подходе к реструктуризации системы предоставления медпомощи, предусматривающем участие ЛПУ всех уровней в данном регионе, а не только отдельных ЛПУ; (d) необходимость в оценке эффективности затрат на диагностические услуги также на отраслевом уровне, включая учреждения первичного звена, стационарные и амбулаторные специализированные медицинские учреждения и самостоятельные диагностические центры; (е) важность изменения моделей клинической практики в России; и (f) возможность быстрого получения положительных результатов осуществления относительно простых преобразований, например, введения новых протоколов реагирования на вызовы скорой помощи. Ключевые участники проекта «Техническое содействие реформе системы здравоохранения» утверждают, что они до сих пор изучают документы Пилотного проекта в целях извлечения значимых уроков; должностные лица из пилотных регионов проекта «Техническое содействие реформе системы здравоохранения» ездили в Тверскую область для ознакомления с аспектами организации ее системы предоставления медпомощи и подготовки кадров.

Ссылки

- Администрация Тверской области. “Об организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) в Тверской области”, Постановление № 230 от 7 июля 2005 г.
- Bennett, Sara, and Mary Paterson. 2003. “Piloting Health System Reforms: A Review of Experience,” *Technical Report* no. 019, Partners for Health Reform Plus, Bethesda, MD, January.
- DaVanzo, Julie, and Clifford Grammich. 2001. *Dire Demographics: Population Trends in the Russian Federation*. Santa Monica, California: The RAND Corporation.
- Feshbach, Murray. 2003. *Russia's Health and Demographic Crises: Policy Implications and Consequences*. Washington, D.C.: Chemical and Biological Arms Control Institute.
- Госкомстат России. 2005а. *Демографический ежегодник России*. Москва: Госкомстат.
- Госкомстат России. 2005b. *Регионы России*. Москва: Госкомстат.
- Госкомстат России. 2005с. *Социальное положение и уровень жизни населения России*. Москва: Госкомстат.
- Госкомстат России. 2005d. *Здравоохранение в России*. Москва: Госкомстат.
- Правительство Российской Федерации. 1997. “Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации”. *Медицинская газета* 90, 19 ноября, стр. 4 - 6.
- International Bank for Reconstruction and Development and the International Finance Corporation. 2005. “Country Assistance Strategy Progress Report for the Russian Federation, FY 2003-2006”. Russian Federation Country Management Unit, Europe and Central Asia Region, Report no. 31579-RU, February 15.
- McKee, M., V. Shkolnikov, and D. Leon. 2001. “Alcohol is Implicated in the Fluctuations in Cardiovascular Disease in Russia since the 1980s”, *Annals of Epidemiology* 11(1):1-6.
- Scheiber, George. 1993. “Health Care Financing Reform in Russia and Ukraine”, *Health Affairs (Millwood)* 12(suppl): 294-299.
- Sheiman, Igor. 1993. “New Methods of Finance and Management of Health Care in the Russian Federation”. Paper presented to the conference on “Health Sector Reform in Developing Countries”, Durham, New Hampshire, September.

Shishkin, S. 1999. "Problems of Transition from Tax-Based System of Health Care Finance to Mandatory Insurance Model in Russia," *Croatian Medical Journal* 40(2): 202-209.

"Средняя занятость койки и средняя длительность пребывания больного в стационаре" 2002 г. *Здравоохранение Российской Федерации* 5: 44-46.

"Средняя длительность пребывания больного в стационаре и число посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях в субъектах Российской Федерации". 2005 г. *Здравоохранение Российской Федерации* 2: 48-50.

Telyukov, Alexander. 1997. *Health Financing Reforms in Kemerovo Oblast, Russia: Background, Current Status, and Prospective Directions: A Case Study*. Bethesda, MD: Abt Associates. March.

Tragakes, Ellie and Suszy Lessof. 2003. *Health Care Systems in Transition: Russian Federation*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Twigg, J. 2001. "Russian Health Care Reform at the Regional Level: Status and Impact," *Post-Soviet Geography and Economics* 42(3):202-219.

Twigg, J. 2002. "What Has Happened To Russian Society?" in Andrew C. Kuchins, ed. *Russia after the Fall*. Washington, D.C.: Carnegie Endowment for International Peace, pp. 147-162.

USAID. 1996. "USAID Agency Performance Report 1996: Population Health, and Nutrition Highlights," Washington, D.C.

World Bank. 1997a. "Updated Project Information Document, Health Reform Pilot Project," January 28.

World Bank. 1997b. "Staff Appraisal Report: Russian Federation, Health Reform Pilot Project." Human Resources Division, Country Department III, Europe and Central Asia Region, Report no. 15585-RU, April 24.

World Bank. 2001. "Health Reform Pilot Project, Midterm Review: Report on Mid-Term Results of Project Implementation, April 1998 – April 2001," Moscow, April.

World Bank. 2003. "Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of US\$ 30 Million to the Russian Federation for a Health Reform Implementation Project." Human Development Sector Unit (ECSHD), Russia Country Unit, Europe and Central Asia Region, Report no. 23260-RU, February 20.

World Bank. 2004. "Implementation Completion Report on a Loan in the Amount of US\$ 66.0 Million to the Russian Federation for a Health Reform Pilot Project," Report no. 29807-RU, October 19.

World Bank Moscow Office. 2006. "Russian Economic Report – April 2006,"
Economics Unit, Moscow, April.

Приложение А. Основные сведения

Пилотный проект «РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» (ЗАЕМ 4182)

Ключевые данные (суммы в миллионах долларов США)

	Сметные данные на момент оценки	Фактические значения или оценки на сегодняшний день	Фактически в % от сметных сумм на момент оценки
Общая стоимость проекта	98,40	35,93	36,4
Сумма займа	66,0	32,7	49,5
Аннулировано		33,3	

Этапы оформления проекта и дата закрытия займа

	По исходному графику	Фактически
Утверждение Советом директоров	06/05/1997	06/05/1997
Подписание	10/09/1997	10/09/1997
Вступление в силу	01/07/1998	04/17/1998
Дата закрытия	04/30/2004	04/30/2004

Участие сотрудников Банка (в неделях работы сотрудника)

	Фактические данные/Последние оценки	
	Кол-во недель работы сотрудника	Тысячи долларов США
Идентификация/Подготовка	238	572
Надзор	391	909
ОЗП	4	12
Всего	633	1493

Состав миссий

	Дата (месяц/год)	Число сотрудников	Специализация	Оценка работы за	
				Ход реализации	Достижение цели развития
Идентификация/ Подготовка	02/22/1993	5	Руководитель миссии (1); специалист по экономике здравоохранения (1); специалист по здравоохранению (2); специалист по проектам (1);		
	10/19/1993	6	Руководитель миссии (1); специалист по экономике здравоохранения (2); специалист по проблема здравоохранения, питания и народонаселения (ЗПН) (1); специалист по охране материнства и детства (ОМД) (1); советник по медицинским вопросам (1)		
	11/28/1993	6	Специалист по экономике здравоохранения (2); специалист по лекарственному обеспечению (1); специалист по общественному здравоохранению (2); специалист по организации медицинского обслуживания (1)		
	02/01/1994	5	Специалист по экономике здравоохранения (1); специалист по лекарственному обеспечению (1); специалист акушерству и гинекологии (а/г) (1); специалист по ЗПН (1); специалист по организации медицинского обслуживания (1)		
	03/20/1994	2	Специалист по а/г (1); специалист по ЗПН (1)		
	05/22/1994	5	Специалист по лекарственному обеспечению (1); специалист по а/г (1); специалист по медицинскому образованию (1); специалист по организации медицинского обслуживания(1); специалист по ЗПН (1)		
	07/10/1994	8	Советник по проектам (1); специалист по		

	Дата (месяц/год)	Число сотрудников	Специализация	Оценка работы за	
				Ход реализации	Достижение цели развития
Оценка/Переговоры	02/03/1996	11	вопросам управления в здравоохранении (1); специалист по лекарственному обеспечению (2); специалист по а/г (1); специалист по скорой помощи (1); специалист по финансированию здравоохранения (1); специалист по ЗПН (1) Руководитель миссии (1); специалист по экономике здравоохранения (1); специалисты по медицинским вопросам (7); специалист по анализу проектов (1); специалист по закупкам (1)		
Надзор	06/01/1998	10	Руководитель программы ВБ в области здравоохранения РФ (1); специалист по реализации (1); специалист по финансированию здравоохранения (1); координатор проектов (Московское постоянное представительство ВБ/МПП ВБ) (1); специалист по закупкам (МПП ВБ) (1); специалист по ССЗ (1); специалист по хозяйственному управлению в здравоохранении (1); специалист по ИСУ здравоохранения (1); семейная медицина, ВОП (1); специалист по пропаганде здорового образа жизни (1)	У	У
	01/16/1999	3	Руководитель проекта (1), координатор проекта (МПП ВБ) (1); специалист по финансовому анализу (1)	Н	У
	06/12/1999	7	Руководитель отраслевого подразделения (1) руководитель программы (1); РП, специалист по реализации и закупкам (1); координатор проекта (МПП ВБ) (1); специалист по финансированию здравоохранения (1); специалист по	Н	У

<i>Дата (месяц/год)</i>	<i>Число сотрудников</i>	<i>Специализация</i>	<i>Оценка работы за</i>	
			<i>Ход реализации</i>	<i>Достижение цели развития</i>
		закупкам (МПП ВБ) (1); специалист по финансовому Управлению (МПП ВБ) (1).		
10/01/1999	6	Руководитель проекта и миссии (1); РТЛ (1); специалист по финансированию здравоохранения (1); врач общей практики (1); МПП ВБ / координатор проекта (1); МПП ВБ /специалист по закупкам (1)	Н	У
04/14/2000	8	РП, управление проектом (1); специалист по проектам / МПП ВБ (1); консультант по семейной медицине (1); консультант по финансированию здравоохранения (1); специалист по ОМД, ВОЗ (1); специалист по финансовому управлению (1); специалист по закупкам (1); руководитель программы (1)	У	У
11/30/2000	4	Руководитель проекта /миссии (1); специалист по финансовому управлению (1); специалист по закупкам (1); координатор проектов (МПП ВБ) (1)	У	У
12/14/2001	2	МПП ВБ (1); специалист по оплате поставщикам мед. услуг (1)	У	У
03/04/2002	8	Руководитель миссии (1); специалист по общественному здравоохранению (1); специалист по финансированию здравоохранения (1); специалист по экономике здравоохранения (1); координатор проекта, МПП ВБ (1); специалист по медицинскому оборудованию (1); специалист по закупкам, МПП ВБ (1)	У	У
10/11/2002	4	руководитель программы (1); РП, специалист по экономике	У	У

	<i>Дата (месяц/год)</i>	<i>Число сотрудников</i>	<i>Специализация</i>	<i>Оценка работы за</i>	
				<i>Ход реализации</i>	<i>Достижение цели развития</i>
	04/26/2003	5	здравоохранения (1); специалист по общественному здравоохранению (1); координатор проекта (1); консультант, экономист (1) РП, специалист по экономике	У	У
Надзор/ОЗП	4/2004	6	здравоохранения (1); специалист по общественному здравоохранению (1); специалист по проектам (1); специалист по финансовому управлению (1); специалист по закупкам (1) РП, специалист по экономике специалист по проектам (1); специалист по вопросам здравоохранения (1); специалист по общественному здравоохранению (1); консультант по вопросам здравоохранения (1); консультант по ОМД (1)	Н	У

Приложение В. Опрошенные лица

США

Всемирный банк

Олусоджи Адейи, бывший руководитель программы деятельности ВБ в области здравоохранения РФ

Майкл Картер, бывший директор ВБ по России

Шарбани Чакраборты, автор Отчета о завершении проекта

Тереза Дж. Хо, руководитель проекта (1997-99 гг.)

Джек Лангенбруннер, руководитель проекта (2002-2004 гг.)

Роберт Либенталь, бывший руководитель подразделения

Жан-Жак де Сент-Антуан, ведущий специалист по проектам, отраслевой департамент социальные программы, региональный департамент Восточной Европы и Центральной Азии

Джордж Шибер, советник по политике здравоохранения, «Здравоохранение, питание и народонаселение»

Джулиан Швайцер, бывший директор ВБ по России

Мария Ваннари, руководитель проекта (1999 – 2002 гг.)

Другие

Майкл Боровиц, Департамент международного развития (Великобритания)

Даниель Миллер, Центры контроля и профилактики заболеваний

Москва

Государственные учреждения и ведомства

Владимир Стародубов, заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ

Владимир Шинкаренко, заместитель директора Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии; директор пилотного проекта «Реформа здравоохранения» (1996-2000 гг.)

Всемирный банк

Александр Балаков, специалист по закупкам

Андрей Дарусенков, старший специалист по операциям Банка

Татьяна Логинова, специалист по проектам в области здравоохранения

Неправительственные организации, научные и образовательные учреждения

Игорь Денисов, проректор Московской медицинской академии им. Сеченова

Надежда Лебедева, директор проекта «Техническое содействие реформе системы здравоохранения», Фонд «Российское здравоохранение»

Игорь Шейман, профессор, Высшая школа экономики

Сергей Видманов, директор пилотного проекта «Реформа здравоохранения» (2000-2004 гг.), Фонд «Российское здравоохранение»

Калужская область

Владимир Исаев, начальник Областного департамента здравоохранения
Юрий Кондратьев, министр здравоохранения и социального развития Калужской области
Геннадий Семеменин, региональный координатор компонента Пилотного проекта «Семейная медицина»
Татьяна Сидорова, ответственная за реконструкцию родильных домов и офисов общей врачебной практики в рамках Пилотного проекта
Елена Соболева, региональный координатор компонента Пилотного проекта «Мониторинг и оценка»
Валентина Волкова, региональный координатор компонента Пилотного проекта «Охрана материнства и детства»
Сергей Воронин, ведущий специалист Министерства здравоохранения и социального развития Калужской области, руководитель региональной группы управления Пилотным проектом
Татьяна Вовкодав, председатель Комитета по экономическому планированию, заместитель министра здравоохранения и социального развития Калужской области

Тверская область

Владимир Чернышев, руководитель региональной группы управления Пилотным проектом
Сергей Колбасников, главный терапевт областного департамента здравоохранения
Александр Молокаев, первый заместитель директора областного департамента здравоохранения
Ольга Пищулина, заместитель губернатора Тверской области
Лидия Самошкина, начальник отдела лечебно-профилактической помощи матерям и детям областного департамента здравоохранения
Владимир Виноградов, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней Тверской государственной медицинской академии

Приложение С: Затраты и результаты

Таблица С.1: Плановое и фактическое финансирование затрат по компонентам

Компонент	План (в млн. \$ США)	Факт (в млн. \$ США)	Фактически профинансированные затраты в % от плановых объемов
Реформа здравоохранения в Калужской области	44,2	16,9	38
Реформа здравоохранения в Тверской области	38,0	16,0	42
Национальная программа подготовки кадров в области семейной медицины	2,8	0,46	16
Мониторинг, оценка и распространение результатов	1,4	0,33	23
Управление проектом	2,8	2,24	80
Всего	98,4^а	35,93	36

Источник: Отчет о завершении реализации проекта, Приложение 2, стр. 36-37 (оригинала)

а. Включая 9,4 миллиона долларов США на непредвиденные расходы, обусловленные физическими и ценовыми факторами.

Таблица С.2: Запланированное и фактическое финансирование по категориям расходов в соответствии с Соглашением о займе
(Только расходование средств займа Всемирного банка)

Уровень управления и категория расходов в соответствии с Соглашением о займе	План (\$ США)	Факт (\$ США)	Фактическое финансирование в % от запланированного
<i>Калужская область</i>			
Строительные работы (реструктуризация системы здравоохранения и ОМД/ПС)	1 400 000	1 140 478	81
Оборудование, лекарственные средства, учебные материалы, иные материалы, транспортные средства	17 900 000	12 714 619	71
Консультационные и договорные услуги и обучение	8 300 000	1 023 177	12
Выплаты поставщика медицинских услуг	1 400 000	205 179	15
Пропаганда здорового образа жизни (ОМД/ПС)	1 000 000	123 100	12
<i>Тверская область</i>			
Строительные работы (ОМД/ПС)	2 400 000	0	0
Оборудование, лекарственные средства, учебные материалы, иные материалы, транспортные средства	18 400 000	12 797 392	70
Консультационные и договорные услуги и обучение	1 000 000	82 946	8
Пропаганда здорового образа жизни (ССЗ)	1 300 000	38 708	3
Пропаганда здорового образа жизни	6 900 000	1 253 248	18

Уровень управления и категория расходов в соответствии с Соглашением о займе	План (\$ США)	Факт (\$ США)	Фактическое финансирование в % от запланированного
(ОМД/ПС)			
<i>Федеральный уровень</i>			
Оборудование и учебные материалы	771 000	172 959	22
Консультационные услуги и обучение	2 000 000	570 138	29
Операционные расходы ФРЗ	2 500 000	1 216 871	85
Возврат аванса на подготовку проекта	729 000	453 405	62

Таблица С.3: Целевые и фактические непосредственные результаты проекта

Показатель	<i>До проекта^a (1994 г.)</i>	<i>Исходн о (1997 г.)</i>	<i>План^a (2002 г.)</i>	<i>Конец проекта (2004 г.)</i>
Калужская обл. (пять пилотных районов плюс гю Калуга)				
Кол-во ФАПов	125		97	103 ^c
Кол-во общеврачебных практик, работающих на новых условиях (включая новые модели клинической практики оплаты поставщика мед. услуг)	0		30	30 ^{b,c}
Кол-во групповых практик, работающих на новых условиях. *	0		23	17 ^{b,d}
Кол-во КДЛЦ, работающих на новых условиях *	0		9	9 ^b
Кол-во стационарных коек в участвующих ЛПУ, *	1,600		1,248	1,205 ^c
Обучение акушеров/гинекологов современным методам предоставления дородовой помощи, включая консультирование			Все акушеры-гинекологи и акушерки области (~ 100)	287 работников системы ОМД (ак.-гин., ВОП, акушерки, фельдшеры, медсестры). Не ясно, все ли ак.-гин. и акушерки прошли обучение
Обучение для ознакомления с новой системой оплаты			Все врачи и руководители ЛПУ первичного звена + 2 сотрудника от ЛПУ	0
Повышение диагностического потенциала женских консультаций			12	12
Строительные работы небольших объемов и закупка мебели для палат совместного пребывания матери и ребенка в роддомах			10 роддомов	10 роддомов
Базовое оборудование, лекарства, расходные материалы и обучение для персонала роддомов			10 роддомов	10 роддомов
Тверская область				
Число врачей, закончивших ординатуру по специальности «Семейная медицина»	30 ^f		50	153 ^b Выпускников ТГМА
Кол-во открытых и оснащенных клиник семейной медицины	0		50	50 ^b

Показатель	<i>До проекта^a (1994 г.)</i>	<i>Исходн о (1997 г.)</i>	<i>План^a (2002 г.)</i>	<i>Конец проекта (2004 г.)</i>
Кол-во КДЛЦ, созданных на базе переоснащенных поликлиник	0		6	8 ^b
Число работников скорой помощи, прошедших обучение			2,000	2,000 (примерно)
Число преподавателей ТГМА, прошедших «обучение обучающихся» по специальности «семейная медицина»			Точных данных нет	Точных данных нет
Кол-во закупленных машин скорой помощи			44	44
Кол-во переоснащенных машин скорой помощи			40	40
Аппарат УЗИ для центральной областной больницы			1	1
Компьютерный томографический сканер для центральной областной больницы			1	1
Создание и оснащение диабетологического центра			1	1
Создание центра для координации мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профессиональной подготовки специалистов по дородовой помощи			1	1
Создание центра для координации мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профессиональной подготовки специалистов по планированию семьи и репродуктивному здоровью			1	1
Создание межрайонного перинатального центра в г. Ржев			1	0
Апробирование и внедрение информационной системы с данными по финансам, использованию, практике и демографии			36 районов (вся область)	17 районов
Диспансеризация населения 5 демонстрационных районов			3 тысяч человек	3 тысяч человек (примерно)
Федеральный уровень				
Модель семейной врачебной практики *	0		1	1 ^b
Разработка нового учебного плана*	0		3	3 ^b
Число преподавателей, прошедших подготовку по специальности «семейная медицина» *	0		35	Нет данных

Показатель	<i>До проекта^а (1994 г.)</i>	<i>Исходн о (1997 г.)</i>	<i>План^а (2002 г.)</i>	<i>Конец проекта (2004 г.)</i>
Кол-во созданных учебных центров *	0		4	-"-

* Показатель взят из документа «ОП». Все остальные показатели отражают целевые результаты и взяты из плана реализации проекта.

a. Источник: «ОП», Приложение 5.2, стр. 117 (оригинала).

b. Источник: ОЗП, Приложение 1, стр. 34 (оригинала).

c. Еще 34 (в основном на селе) были профинансированы областной администрацией.

d. Одиннадцать было открыто в рамках проекта и еще 6 помимо вне проекта.

e. Источник: ОЗП, стр. 9 (оригинала).

f. Источник: ОЗП, стр. 10 (оригинала).

Приложение D. Конечные результаты

Таблица D.1: Качество медицинской помощи и эффективность использования ресурсов здравоохранения

Показатель	Тверская область				Калужская область			
	До проекта (1994)	Исходно (1997)	План ^a (2002)	Конец проекта (2004)	До проекта (1994.)	Исходно (1997)	План ^a (2002)	Конец проекта (2004)
Частота госпитализаций (% населения)	21,4 ^b (1995)	19,2 ^b (1998)	18,1	21,8 ^b (2003)	18,7 ^b (1995)	17,8 ^b (1998)	16,4	21,1 ^b (2003)
Средняя длительность пребывания в стационаре (дни)	17,2 ^a	15,8 ^b (1999)	15,5	15,4 ^{c,e} 11,8 ^b (2003)	18,5 ^a	17,0 ^b (1999)	16,6	15 ^{c,e} 12,5 ^b (2003)
Доля расходов здравоохранения на амбулаторную помощь (%)	43 ^d		50	46 ^c	30		50	42 ^c
Обеспеченность койками (кол-во коек на 10 тысяч населения)	136,5 ^b	122,1 ^b	Н.д.	128,9 ^b	125,5	120,6 ^b	106,7	110 ^c 117,6 ^b

a. Источник: Документ ВБ «ОП» (World Bank, 1997b), Приложение 5.2, стр. 117 оригинала.

b. Источник: Государственная статистика по здравоохранению России, опубликованная в Госкомстат 2005a, 2005b, 2005c, and 2005d.

c. Источник: ОЗП, стр. 34 оригинала (последние оценки); откуда эти данные, неизвестно.

d. Источник: ОЗП, стр. 9 оригинала; откуда эти данные, неизвестно.

e. По данным, представленным в ОЗП, на пилотных объектах в Калужской области средняя длительность пребывания в стационаре сократилась с 13,9 до 8,5 дней (стр. 27 оригинала), на пилотных объектах тверской области - с 14,5 до 12,6 дней (стр. 30 оригинала).

Таблица D.2: Итоговые изменения показателей состояния здоровья матери ребенка и распространенности сердечно-сосудистых заболеваний

Показатель	Тверская область				Калужская область			
	До проекта (1994)	Исходно (1997)	План (2002)	Конец проекта (2004)	До проекта (1994)	Исходно (1997)	План (2002)	Конец проекта (2004)
Материнство								
% беременных с анемией* (на момент родов)	33 ^a		20	24 ^h	24,2 ^a		18	21 ^h
% беременных с гипертензией, связанной с беременностью *	11 ^a		7,0	11,8 ^h	14 ^a		10,5	17,0 ^h
% женщин в возрасте 15-49 лет, пользующихся противозачаточными средствами *	23 ^a		35	e	19,3 ^a		30	e
% женщин, использующих ВМУ	13,75 ^g	14,91 ^g		14,3 ^g (2001)	10,34 ^g	8,88 ^g		7,34 ^g (2001)
% женщин, использующих пероральные противозачаточные средства	4,51 ^g	8,29 ^g		5,27 ^g (2001)	2,59 ^g	4,06 ^g		3,16 ^g (2001)
Кол-во аборт на 1 тысячу женщин в возрасте 15-49 лет ^f	78 ^g	60 ^g	Снизить	45 ^g	71 ^g	56 ^g	Снизить	46 ^g
Детство								
Младенческая смертность (на 1 тысячу живорожденных)	19,3 ^g	18,4 ^g		11,8 ^g	17,4 ^g	19,3 ^g		10,5 ^g
Неонатальная смертность* (на 1 тысячу живорожденных)	c		c	7,4 ^h	10,8 ^a		9,0	7,5 ^h
Перинатальная смертность* (на 1 тысячу живорожденных)	18,7 ^a	18,2 ^g (1996)	17,7	13,2 ^g	d	15,7 ^g (1996)	d	12,8 ^g
Сердечно-сосудистые заболевания								
Смертность от ССЗ на 100 тысяч населения		1157,2 ^g		1474,5 ^g		878,5 ^g		1110,8 ^g
% курящих мужчин *	60 ^a	53,8 ⁱ	50		d	d	d	d

Н.д. – нет данных

* Ключевой показатель результативности проекта, определенный в «ОП».

a. Источник: «ОП», Приложение 5.2, стр. 117 оригинала. Источник представленных в «ОП» статистических данных не указан; поэтому, их нельзя считать - в строгом смысле - «сопоставимыми» со статистикой последующих периодов.

b. Источник: Государственная статистика по здравоохранению России, опубликованная в Госкомстат 2005a, 2005b, 2005c, and 2005d.

c. Не являлся показателем для Тверской области.

d. Не являлся показателем для Калужской области.

e. Показатель был заменен на «распространенность абортов» после проведения промежуточного обзора проекта (в 2001 году)

f. Показатель был введен после проведения промежуточного обзора проекта; четкого планового значения не было установлено – только снижение распространенности абортов.

- g. Источник: Госкомстат 2005a, 2005b, 2005c, 2005d.
- h. Источник: ОЗП, Приложение 1, стр. 34 оригинала.
- i. Источник: Популяционное обследование в Тверской области, проведенное для сбора данных об исходной ситуации (1997-98 гг.). Нет данных, подтверждающих повторное проведение сопоставимого обследования в конце проекта.

Приложение Е. Этапы реформы здравоохранения в России и пилотный проект «Реформа здравоохранения»

Год	Российская Федерация	Тверская область	Калужская область	Всемирный банк
1988	Правительство СССР приступает к проведению эксперимента в трех регионах, который известен под названием «Новый экономический механизм» и предназначен для реформирования здравоохранения			
1991	Распад СССР. В январе 1992 года Борис Ельцин становится президентом независимой Российской Федерации			
1992	Приказом Минздрава РФ № 237 вводится новая клиническая специальность - «семейная медицина»			Вб начинает диалог с Правительством РФ АМР США запускает многолетний проект «ЗдравРеформа» стоимостью 1,2 млн. долларов США, направленный на реформирование системы финансирования здравоохранения ^а
1993	Президент Ельцин подписывает Закон об общих принципах местного самоуправления, предусматривающий передачу значительной части обязанностей и полномочий почти по всем направления политики, включая здравоохранение, на региональный уровень Вступает в действие Закон об	В Твери начинается работа над моделями общеврачебной практики		Начинается официальная подготовка пилотного проекта «Реформа здравоохранение»

Год	Российская Федерация	Тверская область	Калужская область	Всемирный банк
	обязательном медицинском страховании			
1994				Шесть регионов просят представить свои предложения по реформированию здравоохранения на семинаре в Москве, отбираются три региона (октябрь)
1995				
1996				Представленная Совету директоров КАС по России включает такую цель, как содействие реформе системы здравоохранения для повышения качества медпомощи и эффективности затрат на ее предоставление
1997	Минздрав РФ издает Концепцию реформы здравоохранения РФ (ноябрь)			<p>Совет директоров Банка утверждает Соглашения о займах на реализацию проекта «Медицинское оборудование» (305 млн. долларов США) и Проекта поддержки региональной социальной инфраструктуры (288 млн. долларов США) для удовлетворения инвестиционных потребностей в связи с необходимостью приобретения медицинского оборудования (январь).</p> <p>Совет директоров утверждает Соглашение о займе на реализацию Пилотного проекта «Реформа здравоохранения» (июнь)</p>

Год	Российская Федерация	Тверская область	Калужская область	Всемирный банк
1998	<p>Первая учебная поездка в рамках компонента «МиО» Пилотного проекта - в Нидерланды</p> <p>Планируется провести учебный семинар по методологии МиО (апрель)</p> <p>Финансовый кризис привел к девальвации рубля и значительной социально-экономической дезориентации во всей стране (August)</p> <p>Минфин РФ приостанавливает расходование средств займа на реализацию тверской части Пилотного проекта (октябрь)</p>	<p>Тверская область не в состоянии заплатить Минфину РФ проценты за полгода по субзайму на реализацию Пилотного проекта (август)</p> <p>Департамент здравоохранения Тверской области издает Приказ № 192 о создании центра дородовой помощи при родильном доме № #5 (декабрь)</p>		<p>Соглашение о займе на Пилотный проект вступает в силу (апрель)</p> <p>Первая надзорная миссия по Пилотному проекту (май- июнь)</p>
1999	<p>Упраздняется НПО «Медсоцэконо минформ» - организация, ответственный за МиО проекта на федеральном уровне. Обязанности по МиО передаются ЦНИИОИЗу.</p> <p>Минздрав РФ издает Приказ № 463 об утверждении отраслевой программы “Общеврачебная практика /Семейная медицина”, включающей разработку системы подготовки врачей общей практики и семейных врачей (декабрь)</p>	<p>Тверская область погашает две задолженности по займу на Пилотный проект (с августа 1998 г. и февраля 1999 г.) (март)</p> <p>Открытие Диабетологического центра (декабрь)</p>	<p>Калужская область в состоянии заплатить за обслуживание долга по займу на Пилотный проект (февраль)</p>	<p>Оценка реализации Пилотного проекта за первый год переносится на 2000 фин. год (весна)</p> <p>Замена руководителя Пилотного проекта (осень)</p> <p>Проводится оценка реализации Пилотного проекта за первый год (сентябрь)</p>
2000	<p>Владимир Путин становится президентом РФ. Он принимает меры законодательного и</p>	<p>Начинается подготовка персонала скорой помощи (февраль)</p>	<p>Департамент здравоохранения издает приказ о новых механизмах</p>	

Год	Российская Федерация	Тверская область	Калужская область	Всемирный банк
	<p>исполнительного характера власти по возврату к более централизованным процессам формирования политики, включая политику здравоохранения</p> <p>Принятие нового федерального бюджетного кодекса (январь)</p> <p>ЦНИИОИЗ упраздняется, а ответственность за МиО Пилотного проекта передается Московской медицинской академии (лето)</p> <p>Правительство РФ издает Постановление № 627, свидетельствующее о признании высокого качества компонента Пилотного проекта «Национальная программа подготовки кадров в области семейной медицины (август)</p>	<p>Приказ о создании Консультационно-диагностических и лечебных центров (март)</p> <p>Кампания по борьбе с курением в СМИ (май-июнь)</p> <p>Представили области делегируются на Всероссийский конгресс врачей общей практики (декабрь)</p>	<p>оплаты поставщикам медицинских услуг (март)</p> <p>Родильное отделение Боровской центральной районной больницы получает статус (сертификат) «Больницы лицом к ребенку» (сентябрь)</p> <p>Губернаторские выборы (ноябрь)</p>	
2001	<p>Департамент экономики и развития здравоохранения и Минздрава РФ берет на себя ответственность за МиО (апрель)</p> <p>Президент Путин подписывает закон о пенсионной реформе в РФ (декабрь)</p>	<p>Координатор Пилотного проекта назначен на новую должность заместителя директора Облздрава по вопросам реформирования здравоохранения (февраль)</p> <p>Губернаторские выборы (ноябрь)</p> <p>Губернатор направляет во Всемирный банк</p>	<p>Разработана «Концепция и стратегический план развития системы предоставления медпомощи населению Калужской области на 2002-2005 гг.», согласно которой первоочередным и задачами являются: пропаганда здорового образа</p>	<p>Миссия по проведению промежуточного обзора Пилотного проекта (апрель)</p> <p>Закрытие проекта «Медицинское оборудование» (апрель)</p>

Год	Российская Федерация	Тверская область	Калужская область	Всемирный банк
		письмо, в котором он сообщает об одностороннем решении областной администрации приостановить реализацию Пилотного проекта в Тверской области (декабрь)	жизни, профилактика рисков и экономичное и эффективное использование имеющихся ресурсов (осень)	
2002		Областная администрация обращается в Банк с запросом о перераспределении всех заемных средств на закупку оборудования (январь)		Надзорная миссия ВБ в Тверской области для изучения причин приостановки реализации проекта (апрель) Замена руководителя проекта (весна) Миссии удается разрешить проблемы, связанные с приостановкой реализации проекта в Тверской области (декабрь) Закрытие Проекта поддержки региональной социальной инфраструктуры (декабрь)
2003	Минфин РФ принимает решение о прекращении заключения контрактов и расходования средств займа на Пилотный проект (сентябрь)			Проект «Техническое содействие реформе здравоохранения – Соглашение о займе вступает в силу (июнь)
2004				Миссия по подготовке Отчета о завершении Пилотного проекта (март - апрель) Закрытие Пилотного проекта (апрель)
2005	Президент Путин объявил о запуске Национального проекта в сфере здравоохранения (сентябрь)			

а. Источник: Библиотека «ЗдравИнофрм» по проектам реформирования здравоохранения на сайте, поддерживаемом Минздравом РФ:

http://zdravinform.ru/dev/html/eng/projects/pr_passport.php?ppprojectid=304