

ЯПОНСКОЕ АГЕНТСТВО МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА (JICA)
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

ИЗУЧЕНИЕ ПО РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ
ОБОБЩЕНИЕ



JICA LIBRARY



1174346[5]

ДЕКАБРЬ 2003 г.

СИСТЕМ САЙЕНС КОНСАЛТАНТС ИНК.

SSS
JR
03-138

**ЯПОНСКОЕ АГЕНТСТВО МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА (JICA)
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН**

**ИЗУЧЕНИЕ ПО РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ
ОБОБЩЕНИЕ**

ДЕКАБРЬ 2003 Г.

СИСТЕМ САЙЕНС КОНСАЛТАНТС ИНК.



1174346【5】

Содержание окончательного отчета

Резюме
Главный Отчет (Включая приложения)
Вспомогательный Отчет
Сбор Данных

Курс иностранных валют

Доллар США 1.00= Узбекский сум 980 по состоянию на ноябрь 2002 г.
(Главный отчет, Глава 16 Приоритетные программы)

Доллар США 1.00= Японская иена 120 по состоянию на ноябрь 2002 г.
(Главный отчет, Глава 16 Приоритетные программы)

ПРЕДИСЛОВИЕ

В соответствии с заявкой Правительства Республики Узбекистан, Правительство Японии согласилось провести Изучение по реструктуризации системы здравоохранения и медицинского обслуживания в Республике Узбекистан и поручило выполнение этого изучения Японскому Агентству Международного Сотрудничества (JICA).

JICA сформировало Группу Изучения в составе 9 членов, во главе с г-ном Хироси Або, компания System Science Consultants Inc., и направляло ее в Узбекистан шесть раз за период с ноября 2002 г. по ноябрь 2003 г. Дополнительно, JICA учредило в период с ноября 2002 г. по ноябрь 2003 г. консультативный комитет во главе с г-ном Хироя Огата, профессором дипломного курса по медицине в Университете Кюсю. Консультативный комитет следил за ходом изучения со специальной и технической точек зрения.

Группа Изучения провела обсуждения с соответствующими должностными лицами Правительства Узбекистана и выполнила полевые исследования в зоне изучения. После возвращения в Японию Группа продолжила исследования и подготовила свой окончательный отчет.

Надеюсь, что представленный отчет внесет вклад в продвижение данного проекта и в укрепление дружественных отношений между нашими двумя странами.

В заключение я хотела бы выразить свою искреннюю признательность должностным лицам Правительства Узбекистана за тесное сотрудничество с Группой Изучения.

Декабрь 2003 г.

Кадзухиса Мцуока,
Вице-президент
Японского Агентства
Международного
Сотрудничества (JICA)

Декабрь 2003 г.

Г-н Кадзухиса Мцуока

Вице-президенту

Японского Агентства Международного Сотрудничества (JICA)

СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО

Уважаемый господин Мацуока,

Имеем честь представить Вам окончательный отчет «Изучение по реструктуризации системы здравоохранения и медицины в Республике Узбекистан».

Отчет содержит подробный анализ и рекомендации по каждому сектору здравоохранения, а также результаты Базового Изучения, проведенного в шести областях Республики. На основе указанных результатов разработан Генеральный План, включающий шесть приоритетных программ.

Отчет состоит из Обобщения, Главного Отчета, Вспомогательного Отчета, а также Сбора Данных. В Резюме Отчета в обобщенной форме представлены результаты всей работы по изучению. Основной Отчет включает результаты изучений на двух стадиях. Генеральный план включает программы, которые были выделены в качестве приоритетных. Во Вспомогательном Отчете представлены подробности работы по изучению. Раздел данных содержит анализ результатов Базового Изучения.

Все члены Группы Изучения выражают искреннюю признательность персоналу Вашего Агентства, Министру иностранных дел, Министру здравоохранения, труда и социального обеспечения, а также Посольству Японии в Узбекистане за сотрудничество с Группой Изучения. Группа Изучения искренне надеется, что результаты проведенного изучения послужат дальнейшему социально-экономическому развитию Узбекистана, и, в частности, совершенствованию системы здравоохранения и медицинского обслуживания.

Искренне Ваш,

Хироси Або,

Руководитель Группы Изучения

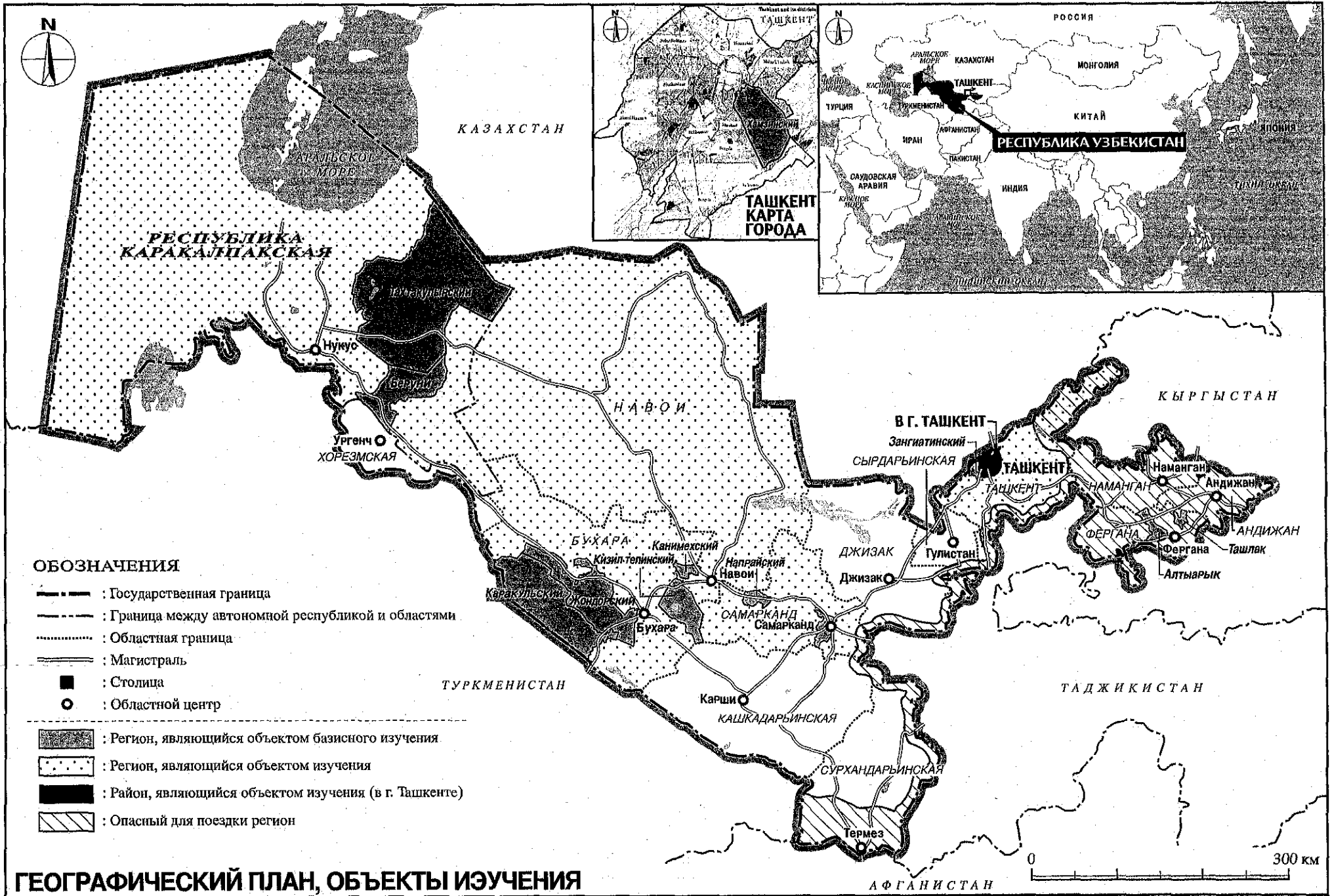


Фото 1: Медицинские учреждения



■ Областной роддом (г. Навои)

Больница областного уровня обычно имеет огромные здания и несколько сотен коек, чтобы обеспечить население области. Специалисты разного профиля проводят специализированное медобслуживание.



■ Центральная районная больница (Ферганская область)

ЦРБ принимает стационарных больных в каждом специализированном отделении. Также она принимает не только пациентов, направленных из других медучреждений, но и больных при непосредственном обращении.



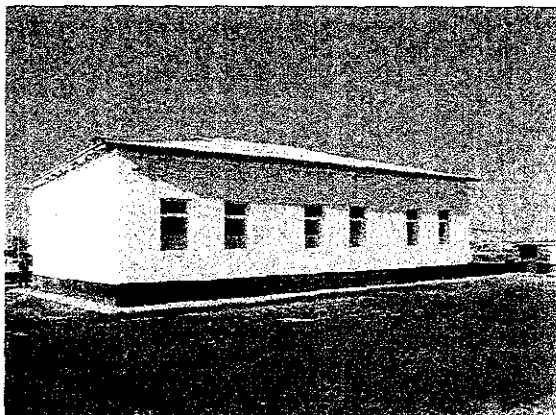
Рентген-аппарат областной больницы (Ферганс

Большая часть оборудования устарела, так как с момента поставки в 80-х гг. замена его не производилась. Медперсонал хорошо за ним следит, однако расходные материалы ограничены, что снижает уровень диагностики



■ Респ. центр неотложной помощи (г. Ташкент)

Этот центр недавно создан. Медобслуживание бесплатное



■ СВП (Каракалпакстан)

В процессе реформирования СВП учрежден как медучреждение первичного звена. В СВП направляются врачи общей практики и медсестры, прошедшие курс обучения. Будет поставлено необходимое оборудование и медикаменты.



■ Лаборатория в СВП (Ташкентская об.)

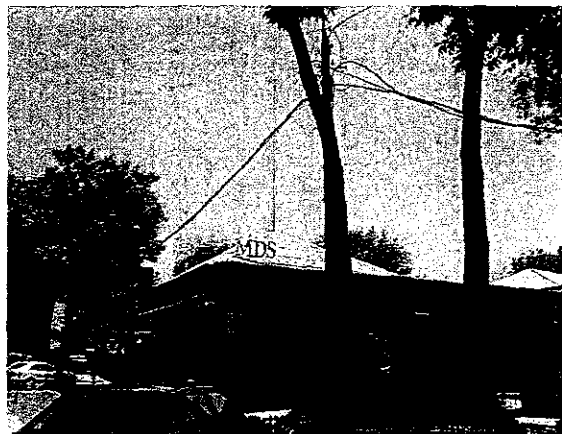
Многие СВП снабжены минимальным медоборудованием, таким как микроскоп, центрифуга и спектрофотометр. СВП считается диагностической базой первичного звена для проведения дальнейших эпидемиологических

Фото 2: Условия и среда.



■ НИИ Фтизиатрии и пульмонологии (г. Ташкент)

В числе других исследовательских институтов, НИИ фтизиатрии и пульмонологии имеет свою систему направления пациентов. Он принимает и стационарных пациентов, направленных из других больниц общего профиля.



■ Частные клиники: MDS (г. Ташкент)

MDS имеет диагностическое оборудование высочайшего класса в Ташкенте, с использованием компьютерного томографа и МЯР. Поддерживая контакты с предприятиями, MDS собирается внедрить частное страхование.



■ Место ожидания в поликлинике (г. Ташкент)

В городской местности амбулаторные пациенты обращаются в поликлинику, в которой имеются специалисты узкого профиля. Иногда она расположена рядом с больницей.



■ Машина скорой помощи (Каракалпакстан)

Большинство машин скорой помощи находится на станции скорой помощи «03». Машина снабжена только простой аппаратурой, потому что основная функция её заключается в перевозе больных.



■ Гидротехническое сооружение (г. Ташкент)

В г. Ташкенте население хорошо обеспечено водой. Существует большая разница между г-дом Ташкентом и регионом аральского моря. Из-за проблемы воды возникает негативное влияние на здоровье населения Каракалпакстана и Хорезмской области.



■ Туалет в школе (Каракалпакстан)

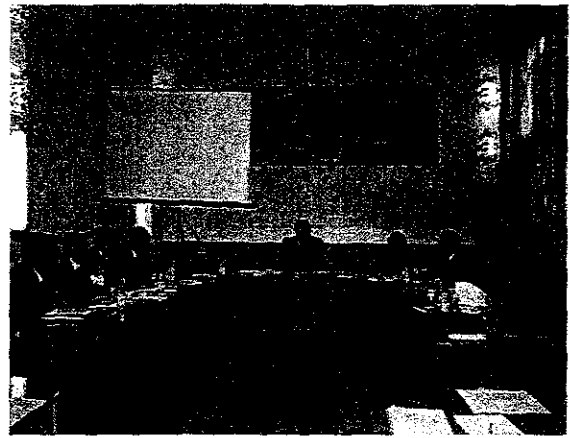
Большое значение для среды и условий проживания играет здравоохранение в школе. Дети обучаются основным аспектам санитарии и гигиены.

Фото 3: Совещания и обсуждение



■ Встреча партнеров

С целью определения актуальных и важнейших моментов, оказывающих влияние на здравоохранение и медобслуживание приглашены партнеры из Министерства здравоохранения.



■ Координационный комитет

Координационный комитет организован как с целью установления консенсуса между заинтересованными министерствами так и для обсуждения Генерального плана.



■ Совещание Круглого стола для доноров

Чтобы получить представление о Генеральном плане и определить сообща актуальные, важнейшие задачи сектора здравоохранения в семинаре приняли участие доноры и представителя НГО.



■ Собрание рабочей группы

Несколько раз в целях эффективного исследования и обсуждения состоялись собрания рабочих групп с участием доноров, партнеров и специалистов.



■ Совещание специальной группы (женская группа)

Чтобы получить представление о потребностях махалли и вместительности здания медучреждения в районе исследования была собрана специальная группа для обсуждения.



■ Собрание специальной группы (медицинские работницы)

В целях прояснения ситуации поставщиков медицинских услуг и получателей таковых была собрана специальная группа. Когда одновременно присутствовали обе стороны, получатели мед.услуг стеснялись высказывать свое мнение из-за неравного положения между врачами и пациентами.

СЖАТОЕ РЕЗЮМЕ

1. Введение

1.1 Контекст изучения

С приобретением независимости в 1991г., Узбекистан взял курс на осуществление демократических институтов и реформ. С распадом бывшей социалистической системы, финансирование системы здравоохранения стало особенно затруднительным, особенно в отношении поддержания необходимого уровня медицинского обслуживания населения. В результате, Правительство Узбекистана сформировало «Государственную программу по Реформированию системы здравоохранения (1998-2005 гг.)», наметившую политику по совершенствованию сектора здравоохранения в стране.

Правительство Узбекистана обратилось с просьбой к Правительству Японии об оказании помощи в подготовке Генерального плана для улучшения положения в здравоохранении и сфере оказания медицинских услуг по всей стране. В ответ на эту просьбу, изучение по реформированию системы здравоохранения в республике Узбекистан проведено с октября 2002 г. по октябрь 2003 г.

1.2 Обзор изучения

Целями изучения являются (1) разработка Генерального плана для улучшения здравоохранения и медицинских услуг на национальном уровне Узбекистана, обеспечивающего необходимые предпосылки для успешного осуществления «Национальной программы Реформирования здравоохранения», (2) осуществление технической передачи методологии изучения узбекским партнерам путем проведения изучения.

Изучение проведено на всей территории Республики Узбекистан и зона основного изучения включает в себе шесть областей: Ташкент (включая г. Ташкент, Бухара, Самарканд, Фергана и Республика Каракалпакстан). Изучение проведено в двух фазах: первая фаза - с октября 2002 г по март 2003 г., вторая фаза – с апреля 2003 г. по октябрь 2003 г.

1.3 Методология изучения

1.3.1 Основное изучение

Основное изучение проведено для того, чтобы i) подробно ознакомиться с состоянием здравоохранения в Узбекистане в целом, а также в регионах, ii) собрать дополнительные данные, и iii) разработать рамку дальнейшей работы для улучшения здравоохранения в рамках Генерального плана.

Важно, чтобы объем работы включила в себе следующие аспекты, чтобы не было разрыва между предлагающими медицинских услуг и получателями медуслуг, такими, как пациенты, домохозяйство и сообщества.

- 1) Финансирование здравоохранения
- 2) Медицинские учреждения
- 3) Система переадресации пациентов
- 4) Информационная система здравоохранения
- 5) Предлагающие и поставщики медицинских услуг
- 6) Ситуация в распределении людских ресурсов
- 7) Изучение получателей медуслуг (изучение в махаллях)
 - Изучение домохозяйства
 - Антропологическое изучение в сфере общества и медицины
 - Бенефициарии

1.3.2 Координация и подход «участия»

Несколько встреч и семинаров проведены с участием узбекской стороны, международных организаций, неправительственных организаций и группы изучения ЛСА. В дополнение к этому 12 рабочих групп были организованы для анализа, нахождения фактов, определения лучших практик и недостатков в существующей ситуации здравоохранения в Узбекистане. В последней стадии рабочие группы сформировали программы улучшения здравоохранения.

2. Ситуация в секторе здравоохранения

- 1) Министерство Здравоохранения имеет тесные отношения с местными властями и прилагает усилие для улучшения здравоохранения, однако, система бывшего Советского Союза и влияние от нее еще остаются, из-за чего наблюдается неэффективность.

- 2) Эффективное и рациональное использование финансов редко осуществляется и финансовое состояние в секторе здравоохранения находится под угрозой по причине, например, нестабильных источников финансов. Среди административных персоналов мало, кто осведомлен в финансовых вопросах.
- 3) Министерство Здравоохранения организует упрощение системы переадресации пациентов, однако, медицинские учреждения слишком велики по количеству и по масштабу, что не отвечает спросам пациентов и актуальной ситуации здравоохранения.
- 4) Система экстренной помощи хорошо разработана на республиканском уровне, но руководство по лечению в догоспитализированной стадии в медучреждениях еще не целесообразно применяется.
- 5) На специализированные медучреждения возлагается не только предоставление высококачественных медуслуг, но и проведение обучения медперсоналам и необходимых научных исследований. Однако, некоторые специализированные медучреждения не полностью выполняют свою функцию.
- 6) Система переливания крови имеет проблему. Система обеспечения безопасной крови не очень надежна с точки зрения профилактики ВИЧ инфекции.
- 7) План об укреплении медицинского обслуживания на уровне первичной медико-санитарной помощи (СВП) внедряется Всемирным банком, однако, медучреждения на районном и областном уровнях не всегда функционируют эффективно.
- 8) Существующее оборудование не всегда позволяет оказать адекватные медицинские услуги. Управление оборудованием, т.е. эксплуатация и техническое обслуживание, слабо.
- 9) Прием студентов в медицинские учебные заведения, медсестринские училища и колледж определяется без учета спроса на рынке труда. Обучение средних медицинских персоналов (включая медсестер), не достаточно. Статус медсестер с высшим образованием в нынешней системе здравоохранения еще неясен.
- 10) Между «Дори Дармой» и медучреждениями наблюдается отсутствие контактов и системы обмена информацией о запасах лекарств. Переподготовка провизоров и фармацевтов проводится, но не очень организованно. Недостаток лекарства на первичном и вторичном уровнях наблюдается.
- 11) Не существует унифицированный стиль и координации между базами данных, разработанными международными организациями, донорами и РИАЦом.

Недостаточно обучение и руководство для развития рационального и систематического управления отчетами, статистиками и информационной системой.

- 12) Ограниченное медоборудование и основное лекарство на уровне первичного здравоохранения наблюдается вне проектных регионов Всемирного банка.
- 13) Количество СВП и посещения на дому семейными врачами увеличивается в проектных регионах Всемирного банка. Однако, существующая методика ИОК (информация, образование и коммуникация) и образ поведения медперсоналов не соответствуют с спросом в обществе после приобретения независимости.
- 14) Коэффициент материнской смертности и коэффициент новорожденной смертности увеличиваются, несмотря на социальное развитие и государственная программа охраны матери и ребенка. Однако, применяются определение и основные показатели во времена СССР, и существует разница между международным стандартом.
- 15) Существует сложная система переадресации пациентов среди медучреждений, занимающихся санитарией, гигиеной и профилактикой инфекционных болезней. Связи между медучреждениями другой сферы и лабораториями не всегда целесообразно проводится.

3. Генеральный план

3.1 Целевые годы и население

Целевые годы осуществления реформирования системы здравоохранения планируются 2005 г. (краткосрочный целевой год), 2010 г. (среднесрочный и долгосрочный целевой год). В дополнение к этому, окончательный целевой год следующей «Национальной программы Реформирования здравоохранения» будет намерен целевой год Генерального плана. Численность населения Узбекистана в среднесрочном и долгосрочном целевом году (2010 г.), разработанная на основе нижнего варианта UNFPA, 1,31% (2000-2005 гг.) и 1,05% (2005-2010 гг.), составит 28 мил. в 2010 г. Расходы здравоохранения от ВВП в 2010 г. ожидается повышены с 790,2 трил. сум на 987,7 трил. сум. Расходы здравоохранения на душу населения составит с с 28 200 сум на 35 200 сум (28,8 долл.США на 35,9 долл.США).

3.2 Общие цели, объекты, стратегии Генерального плана

(1) Общие цели

Общей целью Генерального плана является улучшение ситуации здравоохранения и укрепление здоровья всего населения в Узбекистане путем ликвидации факторов, препятствующих развитию существующей системы медицинских услуг.

(Показатель для мониторинга в течение целевых лет.)

	2001 г.	2005 г.	2010 г.
IMR: Новорожденная смертность (на 1 000 родов)	51,0	46,1	40,1
MMR: Материнская смертность (на 100 000 родов)	34,1	31,7	28,6
U5MR: Младенческая смертность в возрасте ниже 5 (на 1 000 родов)	67,0	60,6	52,7

(2) Цель и стратегии

Цель А [Гуманность и справедливость]

"Улучшение качества медицинских услуг и обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всего населения".

➤ Стратегия А1

Улучшение и обеспечение качественной первичной медико-санитарной помощи и медуслуг для охраны матери и ребенка.

➤ Стратегия А2

Улучшение качества клинических медицинских услуг и укрепление административных способностей в медучреждениях.

➤ Стратегия А3

Усовершенствование медицинской технологии и исследовательской деятельности.

Цель Б [Эффективность и стабильность]

"Создание эффективной системы медицинских услуг для здоровья населения".

➤ Стратегия Б1

Определение медучреждения в системе переадресации пациентов и усовершенствование системы переадресации.

➤ Стратегия Б2

Улучшение и рационализация медицинских услуг на районном и областном уровнях.

➤ Стратегия Б3

Улучшение эффективности медучреждений, оборудования, обеспечения лекарствами и функциональности деятельности в больнице.

➤ **Стратегия Б4**

Создание информационной системы управления здравоохранением.

Цель В [Рентабельность и стабильность]

"Эффективное использование финансов здравоохранения и введение нового механизма финансирования".

➤ **Стратегия В1**

Эффективное использование бюджета.

➤ **Стратегия В2**

Укрепление способностей к управлению финансами в медучреждениях в плане для административного управления здравоохранением.

➤ **Стратегия В3**

Улучшение профилактической медицины и оказание медицинских услуг и лечения пациентам, находящимся в ранней стадии заболевания для минимизации затрат лечения.

➤ **Стратегия В4**

Введение новой системы финансирования (медстрахование, охватывающее все население страны) и учреждение законодательной базы для этого.

4. Предлагаемая программа по приоритетности

4.1 Финансирование здравоохранения: 2004–2010 гг.

Общей целью этой программы является развитие системы финансирования в секторе здравоохранения, позволяющее повысить потенциал сектора здравоохранения. Тем самым, можно обеспечить здоровье для населения страны и в настоящее время, и в будущем. Основные цели и компоненты ниже:

- 1) Укрепить финансовую базу системы здравоохранения посредством реформирования распределения бюджетов.
 - Гарантия бесплатного пакета медицинских услуг.
 - Реформа распределения бюджетов.
 - Реформа финансирования смешанного типа.
 - Привлечение помощи из иностранных стран и инвестиции и кредитов в сектор здравоохранения.

- 2) Ускорить создание рыночных отношений в сфере предоставлении медицинских услуг и, в то же время, обеспечивать механизм защиты бедных и уязвимых групп населения.
 - Введение тарифной системы в учреждения общественного здравоохранения.
 - Деятельность развития частного сектора.
- 3) Ввести систему группирования рисков и покупательских функций в сфере здравоохранения путем медстрахования (см. «Программа по приоритетности 4.2») и
 - Планирование развития системы обязательного медстрахования.
 - Развитие законодательной базы для программы.
 - Разработка информационной системы и системы отчетности для медицинского страхования.
- 4) Усилить потенциал для развития, поддержки, управления и мониторинга реформ, проводимых в системе финансирования здравоохранения.
 - Применение и введение национального учета здравоохранения для мониторинга продуктивности системы.
 - Институциональная деятельность для улучшения и управления реформами здравоохранения.
 - Организация группы, отвечающей за финансирование здравоохранения в ведении Минздрава.

Период этой программы с 2004 г. по 2010 г. Министерство Здравоохранения будет исполнять программу с указаниями от специальной группы, состоящей из Министерства Финансов и Макроэкономики и Статистики, Кабинета Министров и других организаций. Единица политики финансирования здравоохранения в ведении Минздрава будет организована для наблюдения за проектом.

4.2 Программа национального медицинского страхования для Узбекистана

Целью является развитие группирования рисков и покупательских функций путем системы медицинского страхования: рамка финансирования здравоохранения будет применена в учетной системе здравоохранения, функцию финансирования и

источники финансов. 4 основных источника фондов ниже:

- 1) Общие доходы национальных или местных государственных органов, главным образом, основанные на налогах.
- 2) Обязательное медицинское страхование или мандатные схемы страхования. Оплата для такой обязательной системы считается налогом.
- 3) Схемы добровольного медицинского страхования, в которые вступают и которые оплачиваются индивидуалами или другими группами от имени индивидуалов.
- 4) Оплата наличными относится к индивидуальными или к оплате населения при которой получение услуги производится в виде прямых платежей пользователя или не прямых, через взносы в страховой фонд. Наличные оплаты могут также быть официальной со-оплатой к бесплатным или страховым схемам или неофициальным платежам или оплатой, производимой персоналу или за услуги, которые не признаются по закону.

Характерные черты предлагаемой системы

- 1) Это система поэтапного развития.
 - а. Реформы в альтернативных схемах оплаты поставщиков для реформированной системы поставок/снабжения здравоохранения.
 - б. Проведение экспериментов по предоплате в махалях и на предприятиях.
 - в. Создание учреждения на основе слияния наличных средств.
 - г. Принятие системы классификации болезней и усовершенствованных информационных систем для временных и точных данных.
 - д. Нормативная база для обязательного медицинского страхования.
 - е. Постепенное осуществление требует определения критерия для охвата и расширения.
- 2) Обязательное объединение фондов предполагается произвести через год после создания нормативной базы для обязательного медицинского страхования.
- 3) Это будет система Единого Страхового фонда, с Национальным агентством по Медицинскому Страхованию (NHIA - НАМС), которое будет ответственно за сборы частных фондов и слияние взносов.
- 4) Использование местных бюджетных систем для учреждений, согласно новым схемам оплаты поставщиков.
- 5) Оплата поставщикам будет производиться на основе оговоренных ставок и оплату конкретных случаев.

В стадии развития потребует возможностей, чтобы предпринять следующую деятельность:

- 1) Определить пакет услуг, если это не общий.
- 2) Создание и понимание системы цен в здравоохранении.
- 3) Актуарное определение (по статистике страховых случаев) структуры взносов и выплат.
- 4) Системы аккредитации.
- 5) Основные функции страхования: членство, платная услуга, претензии/и или выплаты, инвестиции, маркетинг.
- 6) Информированность об опыте в сфере медицинского страхования в целях улучшения разработки предлагаемой системы.

4.3 Улучшение медицинских услуг на районном уровне

Общей целью является создание крепкой системы медицинских услуг в сельской местности на районном уровне. Конкретной целью является создания программы улучшения медицинских услуг и установление качественного модели на основе ЦРБ, которая играет главную роль. Результат этой программы и ноу-хоу, полученное в процессе осуществления программы будут распространены на национальном уровне.

Организацией исполнения программы будет Министерство Здравоохранения, районные и областные управления здравоохранения и ЦРБ-реципиенты. Продолжительность программы составляет 3 года, будет применен поэтапный подход. Компоненты и деятельности показаны ниже:

Этап 1: Формулировка экспериментальной модельной программы и детального плана действия для системы медицинских услуг на районном уровне (технико-экономическое обоснование).

Этап 2: Создание системы управления для служб первой помощи в модельных районах.

- а. Усовершенствование модельной центральной районной больницы (ЦРБ) посредством поставки оборудования и специалиста.
- б. Укрепление возможностей по оказанию медицинских услуг в модельных ЦРБ.
- в. Создание системы услуг первой медпомощи, сосредоточенной в ЦРБ (в

сотрудничестве с СВЦ).

- г. Укрепление координации и сотрудничества с вышестоящими учреждениями для обращения, типа областной больницы общего профиля, специализированных больниц/бесплатных диспансеров.
- д. Создание системы для профилактической медицины, раннего диагноза и раннего лечения в модельных районах.

Этап 3: Формулировка модели пакета для расширения до общенационального уровня через выполнение вышеупомянутых программ и результаты мониторинга.

Этап 4: Расширение модели пакета до других районов (рекомендация другого проекта)

4.4 Улучшение системы медицинских услуг в области и в областной многопрофильной больницы

Общей целью является создание областной системы эффективных медицинских услуг путем улучшения областной многопрофильной больницы. Модель для централизованных и объединенных медуслуг на областном уровне будет представлен на базе областной многопрофильной больницы. Результат этой программы и ноу-хоу, полученное в процессе осуществления, будут распространены на национальном уровне.

Организацией исполнения программы будет Министерство Здравоохранения, районные и областные управления здравоохранения и областная многопрофильная больница-реципиенты. Продолжительность программы составляет 3 года, начиная с 2004 по 2008 г., будет применен поэтапный подход. Компоненты и деятельности показаны ниже:

Этап 1: Формулировка экспериментальной модельной программы, детального плана действия и плана для медицинской системы на областном уровне и областной многопрофильной больницы.

Этап 2: Создание управленческой системы больниц и системы медицинских услуг по образцу областной многопрофильной больницы.

- а. Интеграция и усовершенствование функций больницы (схема мед. учреждения, маршрут перемещения пациентов и персонала в больнице).
- б. Централизация/объединение лабораторных функций, которые в настоящее время разбросаны в каждом специализированном медицинском учреждении, областной многопрофильной больнице и в других медицинских учреждениях.
- в. Интеграция и модернизация системы переливания крови на уровне области.
- г. Объединение областной многопрофильной больницы и других специализированных медицинских учреждений.
- д. Объединение вышеупомянутой областной многопрофильной больницы и Центра неотложной помощи.
- е. Строительство или реконструкция медицинских учреждений и поставка оборудования для централизации и объединения системы медицинских услуг.

Этап 3: Формулировка модельного пакета для расширения до общенационального уровня посредством выполнения вышеупомянутых программ и результаты мониторинга.

Этап 4: Расширение модельной больницы/системы на другие области (рекомендация другого проекта).

4.5 Учреждение информационной системы управления здравоохранением

Целью этой программы является повышение административного потенциала здравоохранения в плане планирования, мониторинга и принятия правильных действий для управления медицинских услуг. Конкретной целью является выпуск информации своевременной, новейшей и интегрированной во всех аспектах здравоохранения и социальной защиты.

Организацией исполнения программы будет РИАЦ на национальном уровне, областные бюро статистики, районные отделения статистики и методологии. Продолжительность программы составляет 5 лет, из них в течение первых 4 лет будет осуществлена программа и в 5-м году проведен обзор осуществимой программы.

Компоненты и деятельности в рамках этой программы показаны ниже:

- 1) Упрощение регистрации и отчетности.
- 2) Развитие обратной связи.
- 3) Улучшение производительности системы показателя.
- 4) Обучение ключевых людей в информационной системе управления здравоохранением.
- 5) Снабжение компьютерным оборудованием областям и районам.
- 6) Усовершенствование и установка MEDSTAT (пакет медицинских статистик) в областях и районах.
- 7) Создание координации и механизм связи между департаментами.
- 8) Обзор информационной системы управления здравоохранением.

4.6 Усовершенствование системы переливания крови

Общей целью этой программы является укрепление возможности тестирования крови, создание безопасной системы использования крови, обеспечить сбалансированного спроса и предложения крови и учреждение затратно-эффективной системы переливания крови путем введения системы добровольного донорства крови. Система переливания крови позволяет предотвратить расширения серьезных инфекционных заболеваний, как ВИЧ инфекция. Эта программа требует сотрудничества и партнерства с международными организациями и неправительственными организациями, активно работающими в этой сфере в сотрудничестве с махаллями.

Организацией исполнения программы является комитет исполнения в ведении Министерства Здравоохранения на национальном уровне, включая директора Республиканского центра переливания крови. Облздрав, областной центр переливания крови и областная многопрофильная больница являются организацией исполнения на областном уровне. Продолжительность этой программы составляет 3 года, будет применен поэтапный подход. Компоненты и деятельности показаны ниже:

Этап 1: Формулировка и подготовка экспериментальной модельной программы, детального плана действия и плана для системы переливания крови на областном уровне.

- a. Выполнение технико-экономического обоснования по объединению модельной системы переливания крови на уровне области и формулировка

программ по усовершенствованию и планов действия для экспериментальных областей изучения.

Этап 2: Создание модельной системы переливания крови в модельном центре переливания крови на областном уровне.

- а. Создание объединенного главного центра анализа крови и интегрированного центра переливания крови.
- б. Создание объединенного управления переливания крови (сбор крови, анализ крови, хранение и поставка).
- в. Укрепление центральной лаборатории по анализу крови.
- г. Содействие системе переливания крови посредством донорской деятельности.
- д. Интеграция и модернизация системы переливания крови на уровне области.

Этап 3: Формулировка модельного пакета для расширения до общенационального уровня посредством выполнения вышеупомянутых программ и результатов мониторинга.

Этап 4: Расширение модельной системы на другие области (рекомендация проекта стадии 2).

4.7 Региональная программа

Данный Генеральный план предлагает и программу, применяющую региональный подход.

(1) Модель медицинских услуг городского типа.

- 1) Городской модель первой медико-санитарной помощи, к которой амбулаторные больные впервые обращаются, будет создан: городской врачебный пункт и/или медучреждения первичного здравоохранения. И центральная районная больница (ЦРБ), как медучреждения первого обращения стационарного больного, и расширенная система будут сохранены.
- 2) Возможность и компетентность Министерства Здравоохранения для мониторинга и наблюдения за частным сектором будут укреплены. Руководство и стандарт по обеспечения качественных медицинских услуг частным сектором будут разработаны.

- 3) Возможность и потенциал специализированных институтов, как высшие медучреждения в системе переадресации пациентов, будут увеличены: оказание прогрессивной специализированной медпомощи, проведения обучения и подготовки специалистов-врачей исследовательской работы.

(2) Модель медицинских услуг отдаленной местности

- 1) Более эффективной системы переадресации пациентов в головные медучреждения будет учреждена путем снабжения инструментами коммуникации и средствами транспортировки.
- 2) В случае отдаленной зоны, медицинские услуги, оказанные в ФАП под контролем ЦРБ и СВП, будут улучшены.
- 3) На основе законодательства будет осуществлено распределение медицинских ресурсов (финансы, людские ресурсы, лекарства и оборудование) приоритетно в отдаленных местностях.
- 4) Система поставки лекарств на основе участием сообществ особенно в отдаленных местностях будет рекомендована: «махаллинские» аптеки и/или оборотный фонд для закупки лекарств.

**ИССЛЕДОВАНИЕ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ
РЕЗЮМЕ**

КАРТЫ
ФОТОГРАФИИ
КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ
СОДЕРЖАНИЕ
АББРЕВИАТУРЫ

Стр.

ЧАСТЬ I ОБЩИЙ ОЧЕРК

1.	ВВЕДЕНИЕ -----	1
1.1	Контекст Исследования -----	1
1.2	Цели Исследования -----	2
1.3	Область Исследования -----	2
1.4	Сроки Исследования -----	2
1.5	Методология Исследования -----	2
2.	СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ УЗБЕКИСТАНА -----	5
3.	ПОЛОЖЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ -----	5
3.1	Население и демографическая структура -----	5
3.2	Структура смертности и заболеваемости -----	6
3.3	Эпидемиологическое исследование по основным заболеваниям -----	7
3.4	Состояние питания -----	7
4.	НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ -----	8
5.	КООРДИНАЦИЯ И СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ -----	9
5.1	Объяснение и обсуждения Первоначального отчета -----	9
5.2	Рабочие группы -----	12
5.3	Объяснение и обсуждение Промежуточного отчета -----	13
5.4	Разъяснение и обсуждения проекта окончательного отчета -----	14

ЧАСТЬ II СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6.	ОРГАНИЗАЦИЯ И РУКОВОДСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ	14
7.	СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	15
8.	СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ	18
9.	МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И ОБОРУДОВАНИЕ	21
10.	КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ	22
11.	СНАБЖЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ	25
12.	ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	28
13.	ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ (ПМСП)	31
13.1	Первичная медико-санитарная помощь	31
13.2	Охрана материнства и детства	33
14.	САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА	35
15.	КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ	37
16.	УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВА	38
17.	ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДРУГИХ ДОНОРСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	40
17.1	Многостороннее сотрудничество	40
17.2	Двустороннее сотрудничество	41
17.3	Неправительственные организации (НПО)	42

ЧАСТЬ III ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПЛАН

18. СОСТАВЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ПЛАНА СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ -----	43
18.1 Процесс ситуационного анализа-----	43
18.2 Лучшая практика, проблемные вопросы и препятствия существующего медицинского обслуживания-----	44
18.3 Прогноз населения-----	52
18.4 Макро-экономический прогноз -----	53
18.5 Цели по улучшению здравоохранения на целевые годы -----	54
18.6 Основные принципы разработки стратегии для достижения целей -----	54
18.7 Основной подход к планированию процесса формулирования Генерального Плана -----	59
18.8 Программа улучшения на основе Генерального Плана-----	60
19. ПРИОРИТЕТНЫЕ ПРОГРАММЫ -----	78
19.1 Генеральный План по финансированию здравоохранения: 2004–2010 гг	83
19.2 Направления программы национального страхования здоровья для Узбекистана -----	91
19.3 Улучшение медицинских услуг на уровне района-----	94
19.4 Улучшение системы медицинских услуг области и областной многопрофильной больницы -----	99
19.5 Создание информационной системы управления здравоохранением -----	104
19.6 Улучшение системы переливания крови-----	110

АББРЕВИАТУРА

АБР	Азиатский Банк Развития
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ОРИ	Острые респираторные инфекции
БНМП	Бригады неотложной медицинской помощи
БСМП	Бригады специализированной медицинской помощи
СПК	Станция переливания крови
ОПК	Отделение переливания крови
ЦГБ	Центральная городская больница
ЦВЕ	Центральная и восточная Европа
ЦГСЭН	Центр государственного санитарного и эпидемиологического надзора
СиДиСи	Центр профилактики и контроля болезней (США)
СНГ	Содружество независимых государств
НМО	Непрерывное медицинское образование
ЦРБ	Центральная районная больница
DFID	Департамент международного развития, Англия
ССЗ	Сердечно -сосудистые заболевания
ДОТС	Программы ДОТС
ДГ	Диагностические группы
ЭКГ	Электрический кардиограф
ЭПИ	Расширенная программа по иммунизации
ИФА	Иммуно-ферментный анализ
ЕС	Европейский Союз
Ф/О	Финальный отчет
ФАП	Фельдшерско акушерский пункт
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинациям и иммунизации
ВВП	Валовый внутренний продукт
ГИС	Географическая информационная система
ВНП	Валовый национальный продукт
ВОП	Врач общей практики
ИСЗ	Информационная система здравоохранения
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
МКБ	Международная Классификация болезней
Гепатит В	Гепатит В
Вирусный гепатит В	Вирусный гепатит В
Вирусный гепатит С	Вирусный гепатит С
ИЗ	Институт Здоровье
В/о	Высшее образование
МККК	Международный Комитет Красного Креста
ИСУЗ	Информационная система управления здравоохранения
ЙДН	Йод-дефицитные нарушения
ИОК	Информация, образование и коммуникация
ИВБДВ	Интегрированное введение бозней детского возраста
ДС	Детская смертность
ПМО	Промежуточный отчет

ЯАМС	Японское Агентство международного сотрудничества
ЗОП	Знания, отношение и практика
П/В	Протокол встречи
Г/П	Генеральный план
ОМД	Охрана материнства и детства
МЕДСТАТ	МЕДСТАТ (пакет программ по статистической отчетности)
МС	Материнская смертность
МЗ	Министерство здравоохранения
РКП	Развитие кадрового потенциала
ГРЗ	Группа по ресурсам здравоохранения
ПО	Первоначальный отчет
ВБГ	Врачи без границ
ОР	Отделение реанимации
НПО	Неправительственная организация
ВМС	Внутриматочная спираль
МСКО	Международные стандарты классификации образования
МОГО	Медицинское обслуживание при гражданской обороне
ГМС	Государственное медицинское страхование
ГОМС	Государственная организация по медицинскому страхованию
НОИТ	Неонатальное отделение интенсивной терапии
ВОГ	Вновь образованные государства
НКО	Некоммерческая организация
ОДА	Официальная помощь развитию
АГ	Акушерство и гинекология
МР	Масштаб работ
ОЭСР	Организация по экономическому сотрудничеству и развитию
ОБМС	Областное бюро медицинской статистики
БППП	Болезни, передаваемые половым путем
РОР	Раствор для оральной регидратации
ОСКО	Объективная структура клинических обследований
СУБ	Сельская участковая больница
ПЗ	Первичное Здравоохранение
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СВП	Сельский врачебный пункт
ТАСИС (англ аб-ра)	Техническая помощь для стран СНГ
ТБ	Туберкулез
ОФ	Общая фертильность
ООН	Организация Объединенных Наций
UNAIDS	Объединенная программа ООН по СПИДу
ПРООН	Программа развития ООН
ЮНЕСКО	Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры
ЮНДП	Фонд народонаселения ООН
УВКООНДБ	Управление Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев
ГТС	Германское Техническое содействие

ЮНИСЕФ	Детский Фонд ООН
ЦРТ	Цель развития тысячелетия
РИАЦ	Республиканский информационно аналитический центр
РОМО	Районный организационно методический отдел
РНЦЭМП	Республиканский Научно Центр экстренной медицинской по
РУ	Республика Узбекистан
СОС	Система относительной стоимости
UNODCCP	Комиссия ООН по контролю за наркотиками и предупрежде нию правонарушений
ПЗОЖСГ	Пропаганда здорового образа жизни, санитарии, гигиены
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
СССР	Союз Советских Социалистических Республик
ВБ	Всемирный Банк
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
РСЛ	Руководство по стандартам лечения
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
УССО	Учреждение средне специального образования
ТашМИ	Ташкентский медицинский институт
Таш ИУВ	Ташкентский Институт Усовершенствования врачей
ОК	Объединенное Королевство (Великобритания)
ЗАГС	Запись актов гражданского состояния
СЭС/ЦГСЭН	Санитарно-эпидемиологическая станция /Центр государстве нного санитарно эпидемиологического контроля
ГВП	Городской врачебный пункт

РЕЗЮМЕ

ЧАСТЬ I ОБЩИЙ ОЧЕРК

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1 Контекст исследования

Республика Узбекистан расположена в центре Центрально-Азиатского региона. Площадь Узбекистана составляет - 447,400 кв. км , что приблизительно в 1.2 раза больше территории Японии. Шестидесят процентов всей площади государства составляют пустыни, граничащие на востоке и западе страны с высокими горными цепями.

С приобретением независимости в 1991г., Узбекистан взял курс на осуществление демократических институтов и реформ. С распадом бывшей социалистической системы, финансирование системы здравоохранения стало особенно затруднительным, особенно в отношении поддержания необходимого уровня медицинского обслуживания населения.

В результате, Правительство Узбекистана сформулировало «Государственную программу по реформированию системы здравоохранения, 1998-2005гг.», наметившую политику по совершенствованию сектора здравоохранения в стране. В соответствии с принятой концепцией, осуществляется ряд проектов, направленных на укрепление первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и охраны здоровья матери и ребёнка.

Правительство Узбекистана обратилось с просьбой к Правительству Японии об оказании помощи в подготовке Генерального Плана (ГП) для улучшения положения в здравоохранении и сфере оказания медицинских услуг по всей стране. В ответ на эту просьбу, Правительство Японии решило провести «Исследование по реструктуризации системы здравоохранения Республики Узбекистан» (Исследование). Агентство по международному сотрудничеству Японии (JICA) направило Группу по предварительному исследованию в феврале 2002 и 21 февраля 2002 года между двумя государствами был подписан Объем работ (О/Р). В соответствии с О/Р, 4 ноября 2002 г JICA направила группу по исследованию (Группа

исследования JICA) в Узбекистан, чтобы начать исследование.

1.2 Цели исследования

- (1) Подготовить Генеральный План по совершенствованию системы здравоохранения и сферы предоставления медицинских услуг по всей стране, с целью создания необходимых предпосылок для успешного осуществления «Государственной программы по реформированию системы здравоохранения (1998~2005)». Данное Исследование должно послужить основой для последующего государственного плана в сфере здравоохранения в соответствии с результатами проведенной совместно с Министерством Здравоохранения оценки вышеуказанной программы.

- (2) Осуществить передачу методологии исследования партнёрам с Узбекской стороны (П) в процессе исследования.

1.3 Область исследования

Исследование проводится на всей территории Республики Узбекистан. Регионы проведения базового исследования включают шесть областей: Ташкент (включая город Ташкент), Бухара, Самарканд, Навои, Фергана и Республика Каракалпакстан.

1.4 Сроки исследования

Исследование проводится в течение примерно 12 месяцев, с конца октября 2002 года до середины октября 2003 года. Исследование состоит из двух фаз: первая фаза – с октября 2002 г. до марта 2003 г. , вторая фаза – с апреля 2003 г. до октября 2003 г.

1.5 Методология исследования

Исследование проводится совместно с Узбекскими партнёрами. Кроме того, существующая Государственная Программа будет оценена как Узбекской, так и Японской сторонами. Особенное внимание уделено сотрудничеству с соответствующими донорами и неправительственными организациями.

1.5.1 Первый год исследования (Фаза I)

- 1) Проанализировать возможные затруднения и наилучший практический опыт на основании изучения (i) процесса реализации существующей государственной программы реформирования здравоохранения, (ii)

деятельности международных организаций и доноров, (iii) ситуации, относящейся к поставщикам и потребителям медицинских услуг и, (iv) состояния административной системы медицинских услуг, (v) финансирование здравоохранения, (vi) ситуации в производстве, экономике, обществе и общей структуры заболевания в стране.

- 2) Разработать проект Генерального Плана по совершенствованию системы здравоохранения, в соответствии с уровнем развития страны, направленный на достижение кратко-, средне- и долгосрочных целей.

1.5.2 Второй год исследования (Фаза II)

Завершить работу над Генеральным Планом совершенствования сферы здравоохранения по всему Узбекистану, на основе результатов Фазы I исследования и проведенного анализа, обсуждений с Узбекской стороной содержания Промежуточного Отчета и, при необходимости, данных любых других дополнительных исследований.

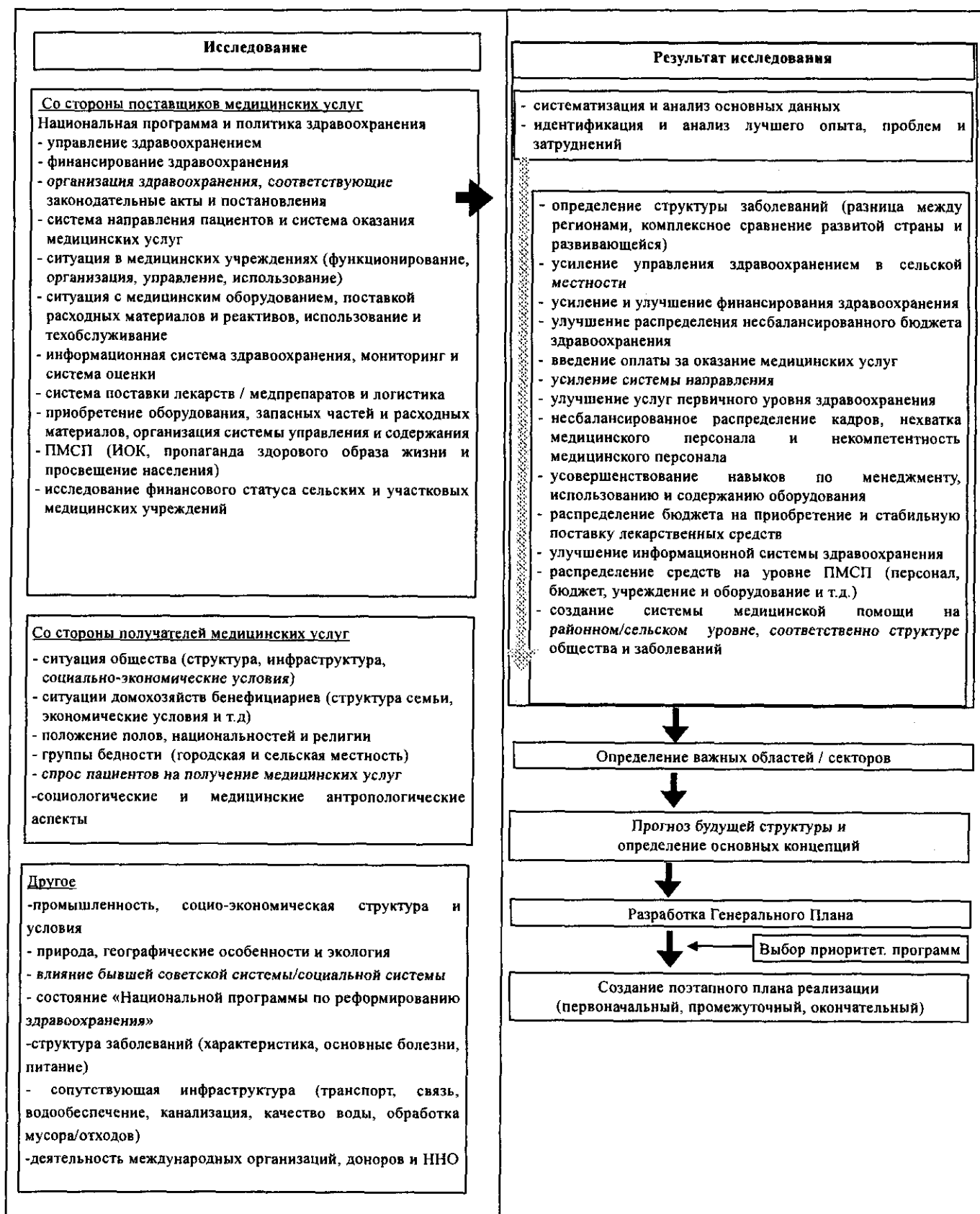


Рисунок Р-1 Схема этапов подготовки Генерального Плана

2. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ УЗБЕКИСТАНА

Территория Узбекистана включает в себя 12 областей, город Ташкент и автономную Республику Каракалпакистан, 121 город, включая столицу - г.Ташкент, и 163 района.

По данным Всемирного Банка валовой внутренний продукт (ВВП) имеет тенденцию к росту- 4,2 % за 2000 - 2001гг. ВВП на душу населения в 2002 г. составил приблизительно 294 тыс.узбекских сум (при обменном курсе 980 узбекских сум за 1 доллар США , ВВП на душу населения составил 347 долларов США).

Таблица Р-1 Экономическая структура, в процентах от ВВП, 2000

	В % от ВВП*	В % от числа работающих**
Сельское хозяйство	33	34,4
Промышленность	25	12,8
Услуги	43	52,8

Источники: *Отчет Всемирного Банка, 2002г.

Ссылка: совместный документ IFI по росту и долгам , февраль. 2002, МВФ-Всемирный Банк

**Подсчитано по количеству мужского и женского населения Узбекистана:

Статистические данные, Департамент статистики минмакроэкономстата Республики Узбекистан

3. ПОЛОЖЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ

3.1 Население и демографическая структура

Численность населения Узбекистана равна 25,4 млн.,2001г. Республика является самой большой в регионе Центральной Азии и занимает третье место по численности населения среди бывших республик Советского Союза. При этом 40% населения относится к возрастной категории младше 15 и 6,5% - старше 60 лет. Сравнение данных прошлого (1991г.) и настоящего (2001г.) десятилетий выявило обратную миграцию из городов в сельскую местность. Данная тенденция вызывает интерес и требует последующих исследований.

Коэффициенты рождаемости и смертности невысоки. По официальным данным, ожидаемая продолжительность жизни довольно высока и составляет 71,3 года, однако данные международных источников с поправкой на сравнение дают более низкий показатель, 69 лет. Показатель общей фертильности, или числа родов на одну женщину, остается на относительно высоком уровне в 2,7%, однако это на 1%

ниже показателя, зарегистрированного десять лет назад.

Таким образом, наблюдается определенное воздействие на состояние здоровья населения. Заболевания сердечно-сосудистой системы и заболевания дыхательных путей занимают лидирующее место среди основных причин смертности. Показатели по этим двум категориям, а также по уровню паразитарных заболеваний и заболеваний органов пищеварения в Узбекистане существенно превышают аналогичные западно-европейские показатели. Более позитивная по сравнению с Европой картина наблюдается в Узбекистане лишь по показателям травматизма от несчастных случаев, отравлений и злокачественных новообразований.

3.2 Структура смертности и заболеваемости

Анализ статистических данных по смертности и заболеваемости указывает на так называемый феномен «двойного бремени болезней», являющегося типичным для стран с переходной экономикой. С одной стороны, большинство населения страдает от предотвратимых заболеваний и смертей, с другой стороны, наблюдается рост числа хронических и требующих дорогостоящего лечения болезней, приводящих к смерти

Сердечно-сосудистые заболевания, показатели по которым превышают западно-европейские статистические данные в пять раз, являются наиболее серьезной причиной смертности и болезней. Возрастает также стандартизованный по возрасту показатель смертности от хронических заболеваний печени и цирроза печени. Причинами этого могут являться традиционные факторы, среди которых злоупотребление алкоголем, курение, повышенное содержание жиров в рационе, недостаточное потребление пищи с низким уровнем антиоксидантов и плохой выявляемости и лечения повышенного артериального давления. Злокачественные новообразования также связаны с существенным увеличением случаев ишемической болезни сердца и хронических заболеваний органов пищеварения.

Основными причинами материнской смертности остаются кровотечения, токсикоз поздних сроков беременности, септические осложнения и экстрагенитальные заболевания. Снижение уровня материнской смертности существенно повлияло на снижение младенческой смертности.

По показателям заболеваемости необходимо отметить высокий процент инфекционных заболеваний, которые возможно предотвратить путем вакцинации.

По сравнению с уровнем заболеваемости туберкулёзом и инфекционным гепатитом, отмечается относительно высокий уровень числа психиатрических заболеваний. Заболеваемость СПИДом в основном связана с наркоманами, проживающими в городах.

3.3 Эпидемиологическое исследование по основным заболеваниям

Система СЭС-СП (Система санитарии, гигиены, эпидемиологии и санпросвет) была создана во времена Советского Союза и имела крепкую структура и финансовую базу.

В Республике Узбекистан существуют многие законы по системе СЭС, например, «Закон о СПИДе», «Закон о государственной службе санитарно-эпидемиологического контроля» и т.п.. Существует также ряд приказов Министерства здравоохранения и законодательных документов касательно этого сектора.

Однако, «Республиканские центры здоровья», в том числе и их областные и районные филиалы, были организованы на основе существующих служб санитарно-просветительской деятельности. Тем не менее, в Положении о «Республиканских центрах здоровья» включены цели и задачи, многие из которых совпадают с целями и задачами Министерства здравоохранения, Республиканского информационного аналитического центра (РИАЦ), Республиканской СЭС, Научно-исследовательского института санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний.

Вакцинация осуществляется двумя системами: системой СЭС и системой ПМСП. Система СЭС обеспечивает централизованную поставку вакцины в учреждения ПМСП и проводит контроль за процессом вакцинации местного населения. Однако, не имеется четкой централизованной системы закупок и распределения вакцин и бактериологических медпрепаратов.

3.4 Состояние питания

В соответствии с отчетом ВОЗ, среднее ежедневное потребление калорий на душу населения составило примерно 2600 ккал в 1998 году. С другой стороны, по

результатам исследований методом случайных выборок примерно у 20% населения в возрасте от 20 до 59 лет наблюдается наличие проблемы лишнего веса. Это связано с несбалансированным питанием и высоким уровнем потребления углеводов основной частью населения.

Среди детей все еще часто встречаются случаи отставания в росте, дистрофия и низкий вес. Случаи недостаточного питания чаще встречаются в сельской местности и находятся в прямой зависимости от уровня достатка населения, т.е. ситуация с питанием групп низкого достатка обстоит хуже, чем в более обеспеченных группах. Серьёзной проблемой являются состояния, связанные с недостаточностью микроэлементов, в частности, дефицит витамина А, дефицит йода, железодефицитная анемия. Заболевания щитовидной железы превышают 40%, а 60% населения страдают от дефицита йода. Анемией поражены 60% женщин репродуктивного возраста и 70% детей в возрасте до 5 лет. Существует также опасение, что до 40% населения Каракалпакстана испытывает недостаточность витамина А. Однако точных данных по вышеперечисленным проблемам недостаточности микроэлементов нет. Необходимо создать эффективные механизмы мониторинга.

4. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Правительство Узбекистана разработало указ Президента № 2107 на основе "Государственной Программы по Реформированию Здравоохранения (1998~2005)", который предусматривает улучшение системы предоставления медицинских услуг для населения Узбекистана от 10 ноября 1998 г. Основные концепции и цели реформирования здравоохранения следующие:

- 1) Обеспечение лучшего и качественного медицинского обслуживания и социальной защиты
- 2) Обеспечение равных условий доступа к услугам здравоохранения
- 3) Введение рыночных принципов и механизмов в систему здравоохранения
- 4) Создание эффективной системы охраны здоровья матери и ребенка
- 5) Развитие профилактики заболеваний
- 6) Улучшение системы финансирования здравоохранения
- 7) Обеспечение качественной первичной медико-санитарной помощи

- 8) Укрепление системы экстренной медицинской помощи
- 9) Улучшение системы направления пациентов
- 10) Усовершенствование эффективной системы управления здравоохранением
- 11) Создание законодательной базы для реформирования здравоохранения
- 12) Повышение качества обучения медицинских кадров

В соответствии с вышеуказанной программой реформирования Всемирный Банк внедряет пятилетнюю программу "Проект Здоровье 1", которая направлена на укрепление звена первичной медико-санитарной помощи в сельской местности.

5. КООРДИНАЦИЯ И СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

5.1 Объяснение и обсуждения Первоначального отчета

5.1.1 Совещание партнеров в отношении Первоначального отчета

Первая встреча партнеров, посвященная вопросам Первоначального отчета, была проведена 11 ноября, 2002 года, в зале заседаний Министерства Здравоохранения.

(1) Цели

- 1) Разъяснить местным партнерам содержание Исследования.
- 2) Достичь единого мнения среди членов группы по изучению ЛИСА и партнерами.
- 3) Определить основные проблемы и факторы, влияющие на сферу здравоохранения и оказания медицинских услуг в Узбекистане

(2) Обсуждения и Комментарии

В рамках Исследования Генерального Плана будет осуществлена совместная оценка существующей Государственной Программы Реформирования Системы Здравоохранения 1998-2005гг. Узбекской стороной и Группой по Исследованию ЛИСА. Узбекская сторона заверила в своей готовности к полному сотрудничеству и участию в Исследовании.

5.1.2 Координационный комитет по Первоначальному отчету

Встреча Координационного Комитета состоялась 21 ноября, 2002 года в зале заседаний Министерства Здравоохранения. Координационный Комитет был

сформирован узбекской стороной, с целью оказания помощи в осуществлении необходимой координации Исследования. Председателем Координационного Комитета является господин Ходжибеков М.Х., Заместитель Министра Здравоохранения.

Членами комитета являются представители Кабинета Министров, Министерства Макроэкономики и Статистики, Департамента Внешнеэкономических Связей, Министерства Финансов и Министерства Здравоохранения.

(1) Цели

- 1) Предоставить отчет о ходе подготовки проекта Генерального Плана соответствующим официальным представителям узбекской стороны.
- 2) Достичь взаимопонимания между Группой исследования, представителями правительства Узбекистана в отношении вопросов здравоохранения и медицинских услуг, а также разработать систему сотрудничества заинтересованных сторон.
- 3) Подтвердить важность расширения источников финансирования здравоохранения, с проведением презентаций по системе медицинского страхования крупнейших индустриальных стран.

(2) Обсуждения и комментарии

- 1) Группа Исследования ЛСА дала общую информацию по системам финансированию сферы здравоохранения и страхованию здоровья, существующих в других странах.
- 2) Председатель утвердил содержание начального отчёта, который был одобрен Координационным Комитетом, и обратился к соответствующим министерствам с просьбой об оказании содействия и помощи в осуществлении Исследования.

5.1.3 Круглый стол по Первоначальному отчёту

Первая Встреча за Круглым Столом состоялась 25 ноября 2002 года в Пресс-Центре Узбекистана, в г. Ташкент. Во встрече приняли участие более 30 представителей международных донорских организаций и ННО, работающих в сфере здравоохранения и оказания медицинских услуг в Узбекистане.

(1) Цели

- 1) Достичь понимания по общему содержанию проекта Генерального Плана с международными донорскими организациями и ННО.
- 2) Достичь единого мнения между Группой Исследования, международными организациями, донорами и ННО.
- 3) Определить статус введения программы в действие, преимущества от ее внедрения и вопросы участия каждой международной организации/донора/ННО.

(2) Обсуждение и комментарии

- 1) Международные донорские организации выразили большую заинтересованность в проведении Исследования ЛСА и дали согласие на участие и оказание помощи в процессе осуществления Исследования.
- 2) Представляется особо важным обмен информацией между организациями, имеющими опыт реализации проектов по развитию здравоохранения в Узбекистане, обмен различным опытом в сфере существующих проблем и их решений.
- 3) Для эффективного обмена мнениями рекомендуется проводить на регулярной основе рабочие заседания с приглашением международных доноров.

5.1.4 Семинар по Первоначальному Отчету

Первый Семинар по Первоначальному отчёту был проведён 30 ноября 2002 г. в зале заседаний Министерства здравоохранения. В качестве участников были приглашены местные партнёры, представители областных управлений здравоохранения и руководители управлений здравоохранения пилотных районов.

(1) Цели

- 1) Достичь согласия между Группой Исследования ЛСА и участниками семинара, а также наладить партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами.
- 2) Подтвердить важность усиления источников финансирования здравоохранения, с проведением презентаций по системам медицинского страхования, существующих в крупнейших индустриальных странах.
- 3) Отобрать пилотные районы для Исследования.

(2) Обсуждения и комментарии

- 1) Были отобраны пилотные районы Исследования.
- 2) Данное Исследование предполагает совместную оценку результатов внедрения Государственной Программы Реформирования Системы Здравоохранения (1998-2005)
- 3) Узбекская сторона заверила в своей готовности оказать содействие в проведении Изучения.
- 4) Для оказания надлежащих медицинских услуг чрезвычайно важно соответствующее финансирование.

5.2 Рабочие группы

Группа исследования ИСА организовала Рабочие группы для того, чтобы провести анализ результатов и предварительных исследований, определить лучшие стороны, проблемы и помехи в нынешнем состоянии здравоохранения в Узбекистане. На последнем этапе, эти рабочие группы определяют способы разрешения проблем и проведения программ по улучшению состояния. 12 малых рабочих групп организованы в соответствии с подсекторами и по каждой программе развития, с целью способствования обсуждений по актуальным темам.

(1) Малые группы

- 1) Группа №1 Финансирование здравоохранения, страхование и частная медицина
- 2) Группа №2 Логистика снабжения медикаментами и медицинское оборудование
- 3) Группа №3 Охрана здоровья матери и ребенка
- 4) Группа №4 Санитария, гигиена и инфекционные заболевания
- 5) Группа №5 Качество медицинских услуг
- 6) Группа №6 Развитие кадрового потенциала
- 7) Группа №7 Первичная медико-санитарная помощь и пропаганда здорового образа жизни
- 8) Группа №8 Экстренная медицинская помощь
- 9) Группа №9 Специализированная медицинская помощь
- 10) Группа №10 Информационная система здравоохранения
- 11) Группа №11 Обучение медсестер
- 12) Группа №12 Система управления здравоохранением и законодательство

(2) Члены Рабочих групп

- 1) Министерство здравоохранения (партнеры, начальник и зам. начальника департамента),
- 2) Другие министерства, имеющие отношение к управлению здравоохранением,
- 3) Организации и предприятия, работающие в сфере медицины (РИАЦ и Дори-Дармон),
- 4) Международные организации и ННО,
- 5) Главы и специалисты отделов здравоохранения областного и районного уровней,
- 6) Директора и специалисты медицинских учреждений и институтов,
- 7) Группа исследования ЛСА.

5.3 Объяснение и обсуждение Промежуточного отчета

Семинар для объяснения и обсуждения Промежуточного отчета состоялся 6 марта 2003 г. в зале заседаний Министерства здравоохранения. Участниками этого семинара явились члены рабочих групп.

(1) Цели

- 1) Ознакомить участников с содержанием Промежуточного отчета.
- 2) Определить лучший опыт, проблемы и помехи, имеющиеся в системе медицинского обслуживания в Узбекистане.
- 3) Утвердить основные принципы для определения рамок будущей работы, подхода к разработке Генерального плана и программ по улучшению в рамках Генерального плана.

(2) Дискуссии и комментарии

- 4) Как узбекская, так и японская стороны согласились с содержанием Промежуточного отчета.
- 5) Узбекская сторона предложила расширение территории исследования и включения Ферганской долины с учетом ее значимости.
- 6) Узбекская сторона согласилась с подходом к реформированию системы здравоохранения и рационализации расходов на здравоохранение.
- 7) Как узбекская, так и японская стороны будут продолжать разработку программ по улучшению на основе сотрудничества и связей.

5.4 Разъяснение и обсуждения проекта окончательного отчета

Семинар для разъяснения и обсуждений проекта окончательного отчета состоялся 17 сентября 2003 г. в зале заседания в Министерстве Здравоохранения. Участниками являются члены рабочих групп и представители областных управлений здравоохранения.

(1) Цели

- 1) Разделить понимание содержания проекта окончательного отчета с участниками семинара..
- 2) Подтвердить цели и стратегии Генерального плана, секторальной и региональной программ улучшения, программу приоритетности в рамках Генерального плана.
- 3) Продвинуть реализации программу приоритетности в рамках Генерального плана.

(2) Обсуждения и комментарии

- 1) Содержание Проекта окончательного отчета одобрено Министерством Здравоохранения.
- 2) Узбекская сторона подтвердила, что реформы финансирования здравоохранения должны быть продолжены с возможностью введения системы медстрахования.
- 3) Узбекская сторона согласилась с тем, чтобы сделать все, что возможно с целью осуществления Генерального плана и программ, предлагаемых в проекте окончательного отчета.

Часть II СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6. ОРГАНИЗАЦИЯ И РУКОВОДСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

В Узбекистане организация и управление системой здравоохранения относится к ведению Президента, Кабинета Министров, Министерства здравоохранения, Министерства финансов и Министерства макроэкономики и статистики. Областные и районные органы управления здравоохранением осуществляют управление в сельской местности. Министерство здравоохранения - главное ведомство, которое отвечает за систему медицинского обслуживания в стране. Основные функции

Министерства здравоохранения перечислены ниже;

- 1) Разработка законодательства и нормативных положений в области здравоохранения
- 2) Определение стандартов по качеству и компонентам медицинского обслуживания
- 3) Контроль качества медицинских услуг
- 4) Определение приоритетов для медицинского исследования
- 5) Мониторинг здоровья населения
- 6) Разработка учебных программ для обучения медицинских работников
- 7) Выдача лицензий и сертификатов лицам, предоставляющим медицинские услуги.

С приобретением независимости, Правительство Узбекистана приняло систему децентрализации. Бюджетные и административные обязанности были переданы от Центральных органов управления в ведение областных органов. В сельских районах также созданы управления здравоохранения под руководством областных органов управления.

7. СИСТЕМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Изучение социально-экономических условий и экономического состояния в секторе здравоохранения показывает, что управление системой финансирования может быть осуществлено и в Узбекистане. С учётом природных и трудовых ресурсов, а также показателей экономического развития, Узбекистан представляется страной со значительным экономическим потенциалом.

Тем не менее, необходимо предпринять определенные шаги для улучшения уровня жизни и состояния здоровья большинства населения. Более 80 процентов средств в секторе здравоохранения получено из государственных доходов, в том числе почти 90 процентов из региональных или областных источников. Представляется, что система централизованного формирования бюджета обеспечивает относительно равномерное распределение среди районов. Имеются умеренные расхождения по финансированию между отдельными районами и учреждениями. Несколько менее 50 процентов средств направляется на выплату заработной платы, а чуть более 30 процентов – на покрытие текущих расходов, включая медикаменты, питание и

ремонт. От одной четвертой до одной пятой средств идет на прочие расходы. Так как сектору здравоохранения выделяется ровно 9% государственного бюджета, распределение средств в этом секторе может отражать качество услуг, предоставляемых огромной инфраструктурой медицинских услуг и медицинского персонала, составляющих систему здравоохранения.

С момента начала реформ в 1998 году процесс использования ресурсов был оптимизирован, в частности, по числу больничных коек, но степень использования ресурсов населением по-прежнему остается высокой, например, число случаев госпитализации и амбулаторных посещений. По сравнению с развитыми европейскими странами в Узбекистане отмечается значительно более высокий уровень госпитализации населения, большее количество койко-дней в больницах и большее число амбулаторных посещений.

Система финансирования сферы здравоохранения в основном опиралась на государственные средства, которые можно было бы использовать с большей пользой для повышения эффективности в секторе. Ранние пилотные эксперименты по подушевому финансированию для учреждений первичного здравоохранения были распространены на другие области при помощи внешнего финансирования. Тот же механизм и/или использование общих бюджетов может быть использован для проведения экспериментов и с учреждениями вторичного уровня здравоохранения в сельской местности. Одной из проблем использования средств, требующей незамедлительного внимания, является ситуация со средствами, поступающими не в учреждения, а неформально персоналу. Это количество, по подсчетам Всемирного Банка, равняется примерно 6 процентам государственных средств, т.е. в полтора раза увеличивает долю сектора здравоохранения в ВВП. В случае, если эти средства удастся перенаправить, станет возможным повышение уровня медицинской помощи.

В ходе процесса реформ по финансированию учреждений была введена система оплаты, известная как смешанная оплата и самофинансирование. Информации по числу самофинансируемых учреждений не так много, но некоторые свидетельства указывают на возвращение ситуации по бюджетной оплате. Остается ещё много неразрешенных вопросов, связанных с применением системы смешанной оплаты, поскольку осуществление процесса реформ требует много времени и

распространения информации. Особенно важно также, чтобы введение системы оплаты в общественных учреждениях проходило синхронно с улучшением качества предоставляемых услуг. Наряду с этим могут быть рассмотрены возможности использования в ходе реформы системы финансирования программ по привлечению общественного финансирования.

По мере реализации реформы необходимо будет четко определить роль службы экстренной медицинской помощи, которая в настоящее время вытесняет учреждения первичного уровня (из финансирования) и не позволяет использовать ресурсы для оказания постоянной медицинской помощи в существующих учреждениях. Необходимо проделать дополнительную работу для развития системы, основанной на предоставлении льгот, которая направляла бы поток средств не по определенным типам учреждений, а на нужды социальных групп, обладающих гарантированными государством льготами, в частности, на нужды малообеспеченных слоев населения. Любое учреждение, предоставляющее подобные льготы в рамках своих функций и объема работы, должно иметь доступ к дополнительным ресурсам.

Процесс приватизации в секторе здравоохранения отстает от хода прочих реформ. По причине наращивания технологического потенциала в государственных и крупных частных учреждениях в ходе реформ мелкий частный предприниматель оказывается вытесненным с рынка. Для того чтобы конкурировать с недавно переоборудованными государственными учреждениями, частному врачу необходимо производить огромное количество затрат. Для развития частного сектора правительству необходимо разработать правовую основу, включающую систему определения стандартов качества предоставляемых услуг и механизмы проверок.

Одним из альтернативных методов финансирования, содержащихся в Указе 1998 года, является медицинское страхование. По причине отлагательств в разработке законодательства по обязательному страхованию, в добровольном страховании был достигнут более существенный прогресс. Прежде чем медицинская страховка будет введена в действие, необходимо урегулировать многие вопросы. Такие вопросы включают в себя действия, направленные на принятие стандарта международной классификации заболеваний, разработку клинических руководств и протоколов лечения, определение эффективного уровня предоставления услуг и затрат. Опыт применения системы оплат показывает, что это потребует времени и указывает на

необходимость проведения подробных консультаций до принятия четкой законодательной базы. Для осуществления процесса потребуется координировать и согласовывать действия. Наилучшим образом подготовительную работу и обоснование реформ системы финансирования здравоохранения может провести отдельное подразделение при Министерстве Здравоохранения в сотрудничестве с экономистами из соответствующих министерств. Донорская поддержка может быть выражена в предоставлении советника по техническим вопросам, имеющего опыт других систем, а также в привлечении внешних источников финансирования для поддержки подготовительных действий и осуществления мероприятий по переходу на новую систему.

8. СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ

Несмотря на приобретение независимости, влияние предыдущего советского периода все еще имеет место; медицинские учреждения и количество врачей – в избытке, отделения очень раздроблены. С другой стороны, бюджет распределяется каждому медицинскому учреждению только в соответствии с количеством коек; в результате часть медицинских учреждений обеспечивается с избытком. Медицинская система направления пациентов все еще раздроблена и сложна.

В соответствии с "Государственной Программой по Реформированию Здравоохранения (1998~2005)", в настоящее время осуществляется реструктуризация системы направлений пациентов. В частности, особое внимание уделяется первичному уровню. Всемирный Банк осуществляет "Проект Здоровье 1" в Ферганской, Сырдарьинской, и Навоийской областях для усиления первичной медико-санитарной помощи в сельской местности. Программа направлена на упрощение сложной структуры первичного уровня и создание системы СВП (сельский врачебный пункт), учреждений первичного обращения пациентов, в соответствии с числом населения в обслуживаемом районе.

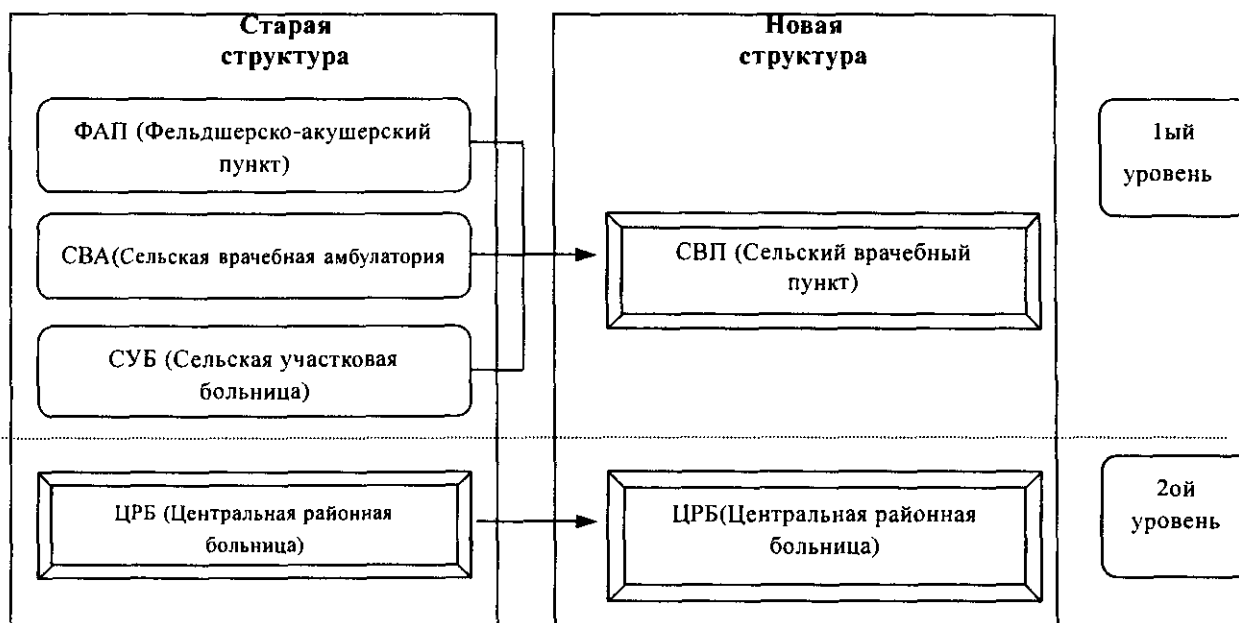


Рисунок Р-2 Реформа системы направления пациента на первичном и вторичном уровнях

Концепция реформы первичного уровня в городских районах еще не была развита. Необходимо также указать, что поликлиники в городской местности при существующей системе выполняют две главные функции: врачи и семейные врачи в городе предоставляют первую помощь, в то время как специализированные врачи вовлечены во вторичный уровень специализированной помощи.

Вторичный уровень включает ряд амбулаторных и стационарных медицинских учреждений. В соответствии с концепцией реформ, на уровне района, запланировано передать уровень специализированных больниц в Центральные районные больницы (ЦРБ) и обеспечить тесную согласованность и эффективный механизм направления пациентов между СВП и ЦРБ.

Система экстренной медицинской помощи за последние годы претерпела существенные изменения. Реформирование системы экстренной медицины началось в соответствии с Указом Президента в 1998 г. Идеей реформирования службы стала централизация экстренной помощи в районных центрах и крупных городах с целью создания единой системы, которая должна оказываться бесплатно. На базе самых крупных клиник Ташкента и всех областных центров созданы 13 Республиканских Центров экстренной медицинской помощи. Более чем в 170 центральных районных

больницах созданы отделения экстренной помощи. Однако в службе имеются ряд проблем и ключевыми проблемами являются кадровая и организационная проблемы.

Служба «03» существует в составе Центров экстренной помощи и ЦРБ на областном и районном уровнях. В областных центрах центральная станция функционирует и, как правило, имеются еще несколько подстанций. Служба «03» г. Ташкента является отдельной службой с главной станцией и 13 подстанциями. Основная часть скорой помощи представлена государственной службой, находящейся на бюджете. В последние годы появилась и частная скорая помощь, достаточно дорогая для населения.

Исторически система специализированной помощи начала развиваться в 30-40-е годы прошлого столетия путем создания отдельных видов диспансеров для оказания амбулаторной специализированной помощи. Эти диспансеры на областном и республиканском уровне стали оказывать и госпитальную (стационарную) помощь. На республиканском уровне существует ряд научно-исследовательских институтов. В 2003 году соответствующим Указом Президента провозглашено начало реформирования специализированной помощи и созданы 4 Республиканских специализированных центра – хирургии, урологии, кардиологии, микрохирургии и офтальмологии, для укрепления смешанной системы финансирования.

Система переливания крови в Узбекистане следующая. Основная организация в системе переливания крови в Узбекистане - Республиканский центр переливания крови (РЦПК). РЦПК расположен рядом с Научно-исследовательским институтом гематологии и переливания крови в г. Ташкент.

В Узбекистане имеются 23 Центра переливания крови (ЦПК) на областном уровне и 235 отделений переливания крови (ОПК). СПК собирает всю кровь, и производит компоненты крови такие, как концентрат из эритроцитов (КЭ), концентрат из тромбоцитов (КТ) и свежезамороженную плазму (СП) и поставляет их всем медицинским учреждениям. Несмотря на то, что эти ОПК имеют возможность собирать всю кровь и производить КЭ и СП, их должны поставлять из СПК. Большинство СПК собирают плазмы и имеют оборудование для производства продуктов из фракций плазмы.

9. МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ И ОБОРУДОВАНИЕ

(1) Состояние зданий медицинских учреждений: областное, районное и СВП
Учреждения СВП в больничных зданиях делятся на три категории. Областные и районные больницы построены в «сложном стиле», некоторые здания этих медучреждений занимают относительно большой участок. Номинальная норма напряжения в областных, районных больницах и в каждом медучреждении составляет 220 Вольт однофазного тока и 50 Гц. и 380 Вольт трехфазного тока и 50 Гц. Уровень фактического напряжения однофазного тока в некоторых учреждениях намного превышает номинальную величину напряжения при 220 Вольт переменного тока.

Касательно фактического напряжения трехфазного тока в каждой больнице, не было замечено особых проблем. Измеренное напряжение было в пределах допустимой нормы. Несколько СВП и некоторые районные больницы подключены к системе центрального водоснабжения, однако некоторые не имеют к ней доступа. Имеются два типа воды, жёсткая и мягкая, в зависимости от областей. На областном уровне имеются некоторые учреждения с централизованной системой подачи кислорода. Во многих больницах в качестве отопительных систем по-прежнему используются сооружения, доставшиеся в наследство от советского периода. Коммуникационное оборудование правильно обслуживается на данный момент и не представляет никакой проблемы. Однако, в СВП имеются телефонные линии для местных звонков, но не для междугородних. Относительно защиты от излучения все помещения для проведения рентгеновских обследований изолированы защитными стенами, покрытыми баритовой штукатуркой. Вывозом мусора и отходов больницы занимается специальная организация по очистке мусора. Специальная государственная торговая организация занимается сбором и утилизацией использованных пластмассовых шприцев и игл.

(2) Состояние медицинского оборудования

Поставки медицинского оборудования в каждую больницу начали осуществляться с 1965 года, еще в советский период. В тот период одинаковое оборудование распределялось центральным органом (Минздрав) в Москве по всем больничным учреждениям всех союзных республик. Это оборудование используется по настоящее время.

(3) Эксплуатация и техобслуживание

«Тибтехника» является акционерной компанией, образованной в 1996 г. Министерством здравоохранения. «Тибтехника» занимается продажей медицинского оборудования, его установкой, управлением и тех. обслуживанием, ремонтом, и его испытанием.

10. КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Количество врачей в течение последних 5-6 лет было относительно стабильным на уровне 73 000, или 29,9-29,6 на 10000 населения. Из этого числа к 2001 г. уже работало 2920 ВОП. Примерно 300 врачей ежегодно проходят переподготовку.

Количество среднего медицинского персонала за 10 лет увеличилось с 227600 до 252430(с 1991 по 2001 гг.), составляя в настоящее время 100,5-100,6 на 10,000 населения. Соотношение врачей и среднего медперсонала составило – 1 : 3,3-3,5. Это при том, что в соответствии с Указом Президента от 1998 г., к 2005г. это соотношение планировалось довести до 1 : 6.

В настоящий момент в здравоохранении не используются современные методы оценки потребностей в кадрах, основанные на глубоком анализе рынка труда. Зачастую используются ранее существовавшие штатные нормативы по отдельным специальностям, без тщательного изучения реальной потребности в них.

Серьезной проблемой является также регулирование рабочей силы на рынке труда в сфере здравоохранения. Имеется целый ряд существенных диспропорций как отраслевого, так и квалификационного характера. В первую очередь, следует отметить проблему диспропорции территориального плана, в частности, между городскими и сельскими местностями. Данная проблема может быть объяснена 2-мя основными причинами. Ранее при приеме в медицинские ВУЗы существовали квоты для сельских жителей, сейчас, однако, условия поступления в медицинские ВУЗы для всех равные. Другой стороной этой проблемы является отсутствие реальных рычагов регулирования рынка рабочей силы в сфере здравоохранения, особенно сельского, так как административные рычаги отменены, а экономические еще не внедрены.

В настоящее время преобладают врачи старшего возраста, со стажем более 10 лет, тогда как доля молодых специалистов мала, что создает угрозу недостатка врачебных кадров уже в ближайшие 10-15 лет.

Одним из факторов, влияющим на уровень подготовки и квалификации врачей, является отсутствие стандартов и протоколов, разработанных с использованием принципов доказательной медицины.

Система управления образованием остается централизованной. В руководство учебными заведениями, вовлечены Кабинет Министров Республики Узбекистан, Министерство здравоохранения, Министерство высшего и среднего специального образования, их подразделения, такие как Центр ССПО, Институт проблем высшей и средней специальной школы.

Существуют 15 НИИ, 20 научных центров и 11 медицинских ВУЗов. Указом Президента финансовая система меняется. По указу Президента бюджетное финансирование научных учреждений будет выделяться на основании грантового контракта с организацией или исследовательским коллективом. Приоритетное направление для исследователей и институтов было разработано Министерством здравоохранения.

Уровень МСКО	Тип обучения		Уровень обучения
6	Докторантура, соискательство (срок обучения не менее 3 лет)		ПослеВУЗовское образование
	Рынок труда		
	Аспирантура, соискательство (срок обучения не менее 3 лет)		ПослеВУЗовское образование
Рынок труда			
4-5	МСКО 5a Магистратура (2-3 года)	МСКО 5a Магистратура (2-3 года)	Высшее образование Последипломное
	Рынок труда		
4-5	СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО (Медсестры с высшим образованием) 3 года	ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ (стоматологи, врачи, специалисты в области санитарии и гигиены, педиатры) Программы общего высшего образования (5-7 лет)	Высшее образование До-дипломное
		Рынок труда	
3	МСКО 3a • Профессиональный колледж (срок обучения 3 года) • Медицинские училища (срок обучения 3 года)	МСКО 3a • Академический лицей (срок обучения 3 года), Обще-образовательные школы с 11-летним обучением • Профессиональный колледж (срок обучения 3 года) • Медицинские училища (срок обучения 3 года)	Среднее специальное профессиональное образование
		Рынок труда	



Обязательное образование



Обозначения

Выбор образования



Нет продолжения образования

Рисунок Р-3 Структура додипломного и постдипломного медицинского образования