

11. СНАБЖЕНИЕ МЕДИКАМЕНТАМИ

В Узбекистане были введены правовые нормы и система распределения медицинских препаратов. Все еще наблюдается нехватка лекарств в медицинских учреждениях первичного здравоохранения и нерациональное использование медикаментов, а «Политика жизненно важных лекарств» и «Руководство по стандартным лечениям» не являются доминирующими.

(1) Правовые нормы

В период проведения реформ по здравоохранению в стране были введены правовые нормы по медицинским препаратам. В мае 1999г. Республика Узбекистан приняла Национальную лекарственную политику, включающую 351 медикаментов, отобранных в мае 2001г. В 2002 г. был опубликован 'СПРАВОЧНИК', а Фармакопея Узбекистана, которая все еще относится к советскому периоду, находится на стадии разработки.

Однако, некоторые начинания следует завершить. Во-первых, следует пересмотреть законы в соответствии с существующим положением фармацевтического рынка. Во вторых, следует установить систему применения закона. И, наконец, Государственная лекарственная политика должна быть срочно одобрена, чтобы обладать законной силой, уделив при этом серьезное внимание необходимым жизненно важным лекарственным препаратам и использованию генериков в своей программе.

(2) Система распределения лекарственных препаратов

Годовой бюджет страны на лекарственные препараты составлял восемь, двенадцать и восемнадцать миллиардов в 2000, 2001 и 2002 годах соответственно. Говоря о пропорциях, бюджет на лекарства в 2001г. составил 12% всего бюджета.

Следующая схема описывает систему распределения лекарств в Узбекистане

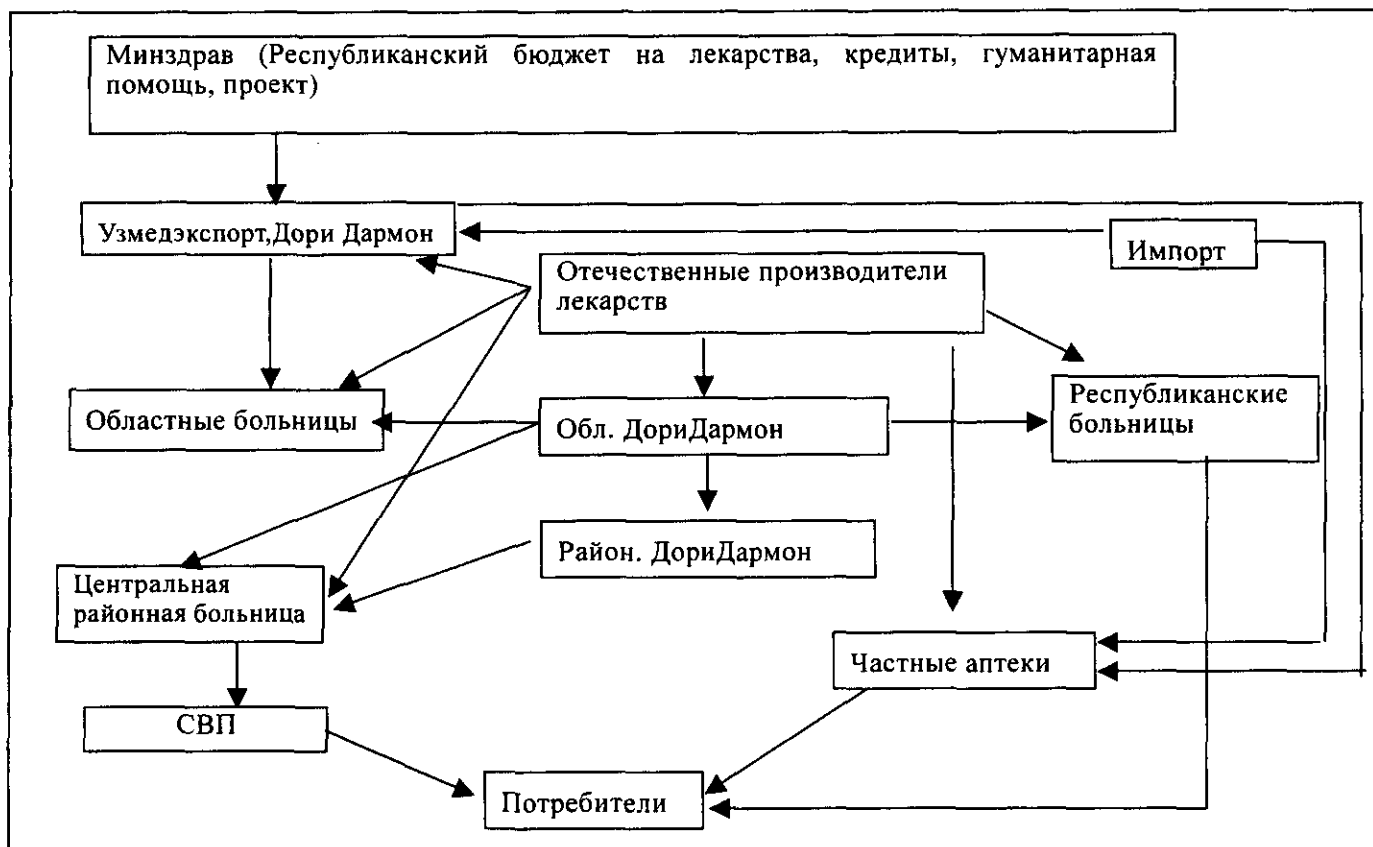


Рисунок Р-4 Система распределения лекарств

Дори Дармон является акционерной компанией, которая играет важную роль дистрибьютора в поставке фармацевтической продукции медицинским службам и потребителям. Однако, в результате нашего исследования выявилось непропорциональное распределение лекарств в отношении поставок. Это указывает на недостаток связи и обмена информацией относительно запасов медикаментов между медицинскими учреждениями и Дори Дармон.

Хотя производство отечественных лекарственных препаратов развивается, все же преобладают импортные закупки лекарств. Далее, отечественное фармацевтическое производство должно больше поощряться, так, чтобы необходимые лекарства поставлялись по более низкой цене, что приведёт к большей стабилизации рынка лекарственных препаратов.

(3) Доступность лекарств

В Узбекистане имеются два способа доступа к лекарствам; в медицинском

учреждении и аптеке. Амбулаторные больные для приобретения лекарства идут в аптеку с рецептом, выписанным врачом. Стационарные больные, в основном, обеспечиваются лекарствами бесплатно в медицинском учреждении, однако, если лекарство отсутствует, то они должны купить его в аптеке.

Было проведено исследование по оценке доступности 10 индикаторных лекарств в 91 медицинском учреждении на каждом уровне. Доля медицинских учреждений, не имевших эти виды лекарств в течение более, чем 9 месяцев в 2002 г. составила 35% на первичном уровне, 18,6% на вторичном и 3,4% на третичном уровне.

СВП, который является наиболее важным медицинским учреждением для осуществления первичной медико-санитарной помощи, страдает от нехватки лекарств, наблюдается недостаточное управление материальным снабжением.

Население в Каракалпакстане имеют наименьшее количество аптек на душу населения, и самую низкую частоту посещения аптек. При том, что цены на лекарства в этой стране выше, чем международные медианные цены, это налагает особое бремя на малообеспеченных семей в сельских районах Каракалпакстана. Принимая во внимание данную ситуацию, приоритетным направлением должно быть улучшение доступа к лекарствам именно в этом регионе. Кроме того, для реализации жизненноважной устойчивой программы, следует придавать особое значение участию местного сообщества.

В то же самое время, следует уделить внимание техническому и системному улучшению управления материальным снабжением как на уровне государственных медучреждений, так и частных аптек. Надлежащее управление материальным снабжением будет способствовать более высокой доступности лекарств.

(4) Использование лекарственных препаратов

В Узбекистане основной проблемой является одновременное назначение нескольких лекарственных препаратов, ни врачи, ни фармацевты не знают генерических наименований лекарств, характерен нерационально высокий уровень назначения антибиотиков и инъекций. Нерациональное использование лекарств вызвано несколькими факторами: предпочтениями определенных лекарств пациентами, устарелыми знаниями врачей и фармацевтов, все еще придерживающихся привычных лекарств, и агрессивными маркетинговыми кампаниями фармацевтических фирм.

Чтобы справиться с нынешней ситуацией необходимо просвещение общественности с использованием средств массовой информации или посредством махалли, пересмотр практики назначения лекарств и создание информационного центра лекарственных препаратов.

12. ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(1) Информационная система здравоохранения

Республика Узбекистан исторически обладает сильной системой здравоохранения, с централизованной системой управления. Для поддержки централизованного управления была разработана и введена разветвленная информационная система.

Информационная система здравоохранения следует принципу предоставления медицинских услуг, т.е., система общих больниц, санитарно-эпидемиологическая система, система специализированных больниц и т.д. Министерство юстиции, отвечая за регистрацию населения, имеет свои территориальные подразделения, начиная с районного уровня. Кроме того, на всех территориальных уровнях функционирует общая статистическая служба. Все эти органы государственного управления обмениваются информацией через равные промежутки времени.

Информационные потоки, начиная с первичного уровня, в основном идут по вертикали, тогда как между отделениями районного и областного уровня – по горизонтали. Информация вводится вручную, для чего существует 50 типовых форм государственной статистической отчетности, и информация все подробности каждого вида заболевания, исполнительской деятельности и действующих программах отражается в этих отчетах.

(2) Подготовка модели информационной базы по географическому принципу

На районном, областном и республиканском уровнях работают специализированные статистические учреждения, кроме того на республиканском уровне действует Республиканский Информационно-Аналитический Центр (РИАЦ)

Донорское агентство, проект ZdravPlus, в качестве эксперимента разработало компьютеризированную информационную систему, систему управления финансами и клиническую информационную систему. Вместе с проектом Всемирного Банка, ЗдравПлюс работал с информационной системой по населению в Фергане и в

некоторых районах Сырдарьинской и Навоийской областей.

Информационная Система Здравоохранения, рукописные и обработанные данные, кроме информации по случаям опасных инфекционных заболеваний (такая информация передается по телефону ежедневно), поступает в виде ежеквартальных и ежегодных отчетов.

Республиканские, областные и районные (в последнем случае только по отношению к СЭС) уровни оснащены компьютерами, но программного обеспечения для внесения, обработки и анализа данных нет (кроме программы Fortran двадцатилетней давности). РИАЦ разработал программу (MEDSTAT), которую необходимо постепенно внедрять на областном и районном уровнях.

Степень организации системы регистрации населения весьма удовлетворительна, но соответствие этих данных реальному положению в домохозяйствах относительно слабо.

Донорские проекты, несмотря на прекрасное материально-техническое обеспечение, не могут поддерживать рутинную информационную систему всей системы здравоохранения, причем они даже добавили несколько форм отчетов с целью планирования и управления

Несмотря на то, что на верхние уровни собирается и передается исчерпывающая информация, пояснения к такой информации даются лишь на медицинских собраниях устно и комментарии и реакция на подобную информацию не передаются обратно на места.




Отсутствуют показатели мониторинга системы здравоохранения.

Существует несколько проблем в связи с качеством данных; особенно в учреждениях первичного здравоохранения. в отношении данных по амбулаторным визитам и посещению пациентов на дому. Несмотря на существование системы аудита данных, работа такой системы затруднена вследствие финансовых и других сложностей.

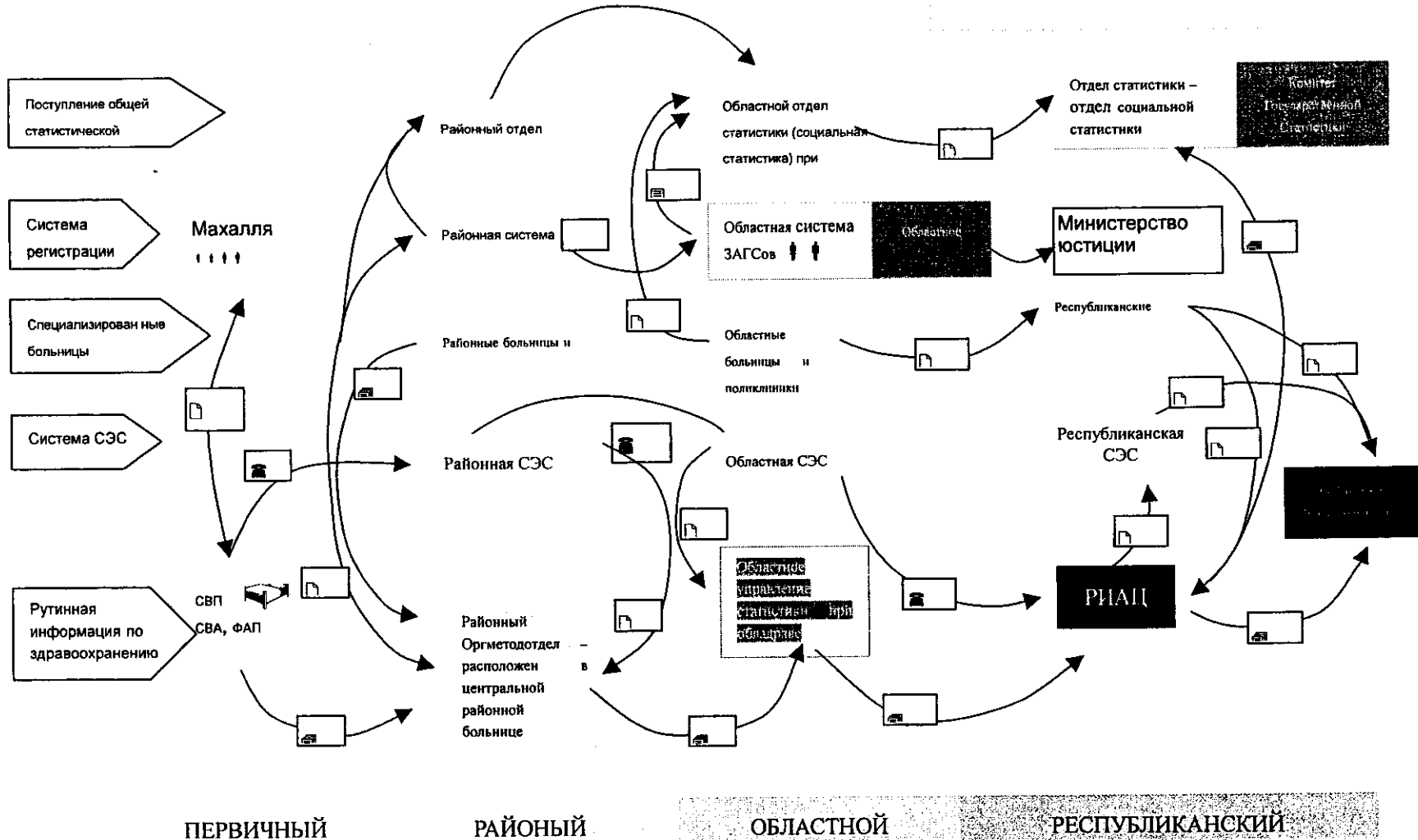
Рисунок Р-5

СХЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПО
ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Обозначения

-  - По телефону
-  - многократные отчеты
-  - Копия/ единственный отчет

30



13. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ (ПМСП)

13.1 Первичная медико-санитарная помощь

(1) Организация и управление

Лечебно-профилактическое управление Министерства Здравоохранения осуществляет контроль за медицинскими учреждениями первичного уровня здравоохранения и наиболее приближено к комплексному управлению первичным здравоохранением. В сельской местности, ФАПы, СВА и СУБы все еще функционируют на территориях, не затронутых проектом «Здоровье-1» Всемирного Банка. Началась организация СВП (сельских врачебных пунктов) с внедрением специальности врачей общей практики (ВОП) и медсестер, с которыми будет ознакомлено население.

В городской местности, поликлиники и детские поликлиники с наличием специалистов являются пунктами оказания первичной медицинской помощи в качестве амбулаторных учреждений.

(2) Роль СВП и текущая ситуация

С целью осуществления комплексного подхода к населению, роль СВП и ВОП требует проведения универсальных мероприятий, таких как обеспечение жизненно важными лекарственными средствами и оборудованием и фокусирования на определяемых спросом вмешательствах, медицинском образовании, профилактике, диагностике и лечении. Таким образом, объем услуг СВП, равно как и основной пакет услуг, был разработан в сотрудничестве с Проектом «Здоровье-1» Всемирного Банка и Фонда Ноу-Хау «Проект Здоровье Узбекистан».

Согласно бывшей системе образования, работниками СВП были в основном терапевты, педиатры, другие специалисты и медсестры, а также сотрудники, прошедшие переподготовку и ставшие врачами общей практики (ВОП) и медсестрами общей практики, которые занимаются, в основном, семейной практикой. Также проект «Здоровье I» обращает особое внимание на важность менеджмента в СВП, так что ВОП берут ответственность как за административную работу, такую как финансы, медицинские отчеты, поддержка оборудования так и за медицинские услуги .

ФАПы, СУБы и СВА обладают слабо оснащены медицинским оборудованием и недостаточно обеспечены медикаментами, и кроме того имеются проблемы с

электричеством и обеспечением чистой водой. В пилотной части проекта вновь реконструированные учреждения привлекает пациентов своей доступностью и предоставляет конфиденциальность в лечении. СВП может обеспечить в прежде всего первичную медико-санитарную помощь, так как оборудование предназначено для простейших процедур.

(3) Проекты “Здоровье I и II” Всемирного Банка

Проект “Здоровье I” начался с 1998 г. Проект состоит из 3-х компонентов: (1) укрепление услуг ПМСП в сельской местности, (2) Подготовка врачей общей практики (ВОП) и медсестер общей практики, (3) укрепление финансовой базы и управления. Целью проекта “Здоровье II” является расширение национальных программ в по каждому из трех компонентов. В дополнение, в проект “Здоровье II” будут включены новые компоненты общественного здравоохранения: (4) разработка новых позиций в инфраструктуре общественного здравоохранения и потенциала в решении проблем инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД и туберкулез, и управление проектом, включая мониторинг и оценку.

(4) Динамика обращения за медицинской помощью

Плохое здоровье и питание являются следствием не только плохого доступа и качества услуг здравоохранения, но также следствием экономических барьеров, таких как низкий уровень дохода и высокая стоимость медицинских услуг, а также традиционной культуры. Большинство пациентов обращается за услугами здравоохранения, когда они заболевают, следовательно, их обращаемость сопряжена с рискованным поведением и должна уравниваться конкретными мерами по профилактике заболеваний.

Аптека является первым местом обращения за услугами здравоохранения, наряду с СВП или поликлиниками. В среднем, частота обращения достигает почти 80%.

Также услуги здравоохранения определяются в зависимости от степени заболевания. Пользователи медицинских услуг признают, что в случае травмы или внезапной болезни они обращаются в станции скорой помощи, в случае тяжелых или хронических болезней в районные больницы, а в случаях, связанных со здоровьем ребенка или матери, в СВП/ поликлинику или районную больницу.

13.2 Охрана материнства и детства

(1) Организация и управление

Управление по охране здоровья матери и ребенка в Министерстве здравоохранения состоит из отдела по охране здоровья матери и отдела по охране здоровья ребенка. Связанные с ними институты, такие как научно-исследовательский институт (НИИ) педиатрии, НИИ акушерства и гинекологии, республиканский скрининг- центр и республиканский перинатальный центр связаны с каждым этапом профилактики, безопасных родов и специальной медицинской помощи.

(2) Положения и Стратегия

ОМид является приоритетным направлением, кроме того, были осуществлены ряд программ, таких как 'Скрининг ОМид', 'За здоровое поколение', 'Мать и дитя' и 'Дополнительные меры по улучшению здоровья матери и ребенка'. Кроме того, международные доноры осуществляют такие программы как Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ), Расширенная Программа по иммунизации (РПИ), Безопасное материнство, грудное вскармливание, питание и контроль дефицита микроэлементов и планирование семьи.

(3) Учреждения и оборудование для ОМид

Большинство родов должны проходить в родильных домах районного уровня с регистрацией рождаемости. Учреждения первичного здравоохранения осуществляют антенатальное наблюдение. Недавно организованный скрининг центр определяет высокий риск или патологии беременности. Оснащение учреждений первичного уровня здравоохранения началось в процессе реформы СВП поэтапно и, уже действует предродовый и послеродовый уход, включая посещения на дому. Районные больницы должны быть подготовлены к приему направленных матерей с уровня СВП в случае осложнений либо ожидаемых тяжелых родов, а также недоношенных младенцев, однако они еще недостаточно подготовлены в этом отношении.

(4) Ситуация по охране материнства и детства в настоящее время

1) Коэффициент смертности

Согласно официальным источникам в Узбекистане показатели по охране материнства и детства, такие как коэффициент материнской смертности и

коэффициент младенческой смертности, а также общий коэффициент фертильности (ОКФ) за последние 10 лет значительно уменьшились.

КМС подсчитывается используя критерии живо- и мертворождаемости, по определению ВОЗ, которого придерживаются многие страны. Однако, Узбекистан до сих пор находится в переходном периоде от использования советских определений к определениям ВОЗ. При использовании определения ВОЗ, КМС, подсчитанный согласно советскому определению, должен быть выше на 20-25%.

КМС постепенно уменьшается, однако, он остается практически неизменным в последнее десятилетие и составляет около 30 на 100,000 живорождений. Главными причинами смертности являются кровотечение, токсикоз поздней беременности, септические осложнения и экстрагенитальные (не гинекологические) заболевания. Кесарево сечение также может привести к смертельному исходу в связи с геморрагическим шоком или же низким предлежанием плаценты.

2) Охрана здоровья ребенка

В Узбекистане около 12,000 детей умирают, не достигнув 5 лет. Из них 61% умирают в возрасте до одного года. Острая респираторная инфекция (ОРИ) и пневмония являются причиной 50% смертности детей до 5 лет в 2002 году, диарея - 2%. В 80% случаев эти заболевания сопровождались неправильным питанием. Кроме того, 50% послеродовых случаев смертности можно было предупредить. ИВБДВ является интегрированной стратегией, которая учитывает различные факторы, которые представляют собой серьезный риск для детей в возрасте до 5 лет. Оно гарантирует комплексное лечение основных детских болезней, уделяя особое внимание профилактике заболеваний путем иммунизации и улучшения питания. Реализация этой стратегии предусматривает вовлечение как семей и общин, так и центров здоровья. Плохое питание и повторяющаяся инфекция образуют порочный круг. Формирование знаний и опыта на уровнях семьи и махалли, соблюдение гигиенических условий и поддержка грудного вскармливания входят в функции ИВБДВ. В Узбекистане, местный рацион питания не включает необходимого количества микроэлементов, таких как иод и железо. ИВБДВ будет проводить интеграцию с программами, направленными на недостаток микроэлементов (железо, иод и витамин А).

3) Охрана здоровья матери

Случаи железодефицитной анемии бывают у более чем 65% женщин независимо от возраста, места проживания, этнической принадлежности и образования. Однако, в сельских местностях, таких как Каракалпакстан и Хорезм, где распространенность анемии самая высокая, случаи анемии более тяжелые, чем в городе, вследствие статуса питания и экологической обстановки.

С точки зрения семейного положения, 75% женщин в возрасте от 20 до 24 лет замужем. Это означает, что 70% женщин фертильного возраста в настоящее время замужем. Современные контрацептивы (таблетки, презервативы, ВМС и стерилизация) хорошо известны представителям обоих полов, находящимся в репродуктивном возрасте, благодаря пропаганде и просвещению в области здравоохранения. Однако, политика направленная на рождение детей 1945 –1992 гг. и традиции противостоят планированию семьи и принуждают женщин к нежелательной беременности.

По сравнению с увеличением использования контрацептивов, количество аборт за последние десять лет в общем уменьшилось. В основном г.Ташкент до сих пор лидирует по уровню абортов по сравнению с другими областями.

14. САНИТАРИЯ И ГИГИЕНА

(1) Организация

В Узбекистане Государственный Департамент Санитарии и Эпидемиологического Надзора Министерства Здравоохранения отвечает за эту сферу. В его пять основных служб входят: (1) санитарно-эпидемиологическая служба, (2) служба ВИЧ/СПИД, (3) дезинфекционная служба, (4) карантинная служба и, (5) пропаганда здорового образа жизни.

(2) Снабжение безопасной водой

Проблемы, связанные с высыханием Аральского моря, особенно в аспекте доступа к безопасной воде отрицательно повлияли на ситуацию, к примеру, в таких регионах как Республика Каракалпакстан и Хорезмская область наблюдается низкий уровень доступности питьевой воды и высокий риск заболеваний, передающихся через воду, таких как брюшной тиф, диарея и глистные инфекции. Согласно кластерному обследованию по множественным индикаторам, проведенному ВОЗ/ЮНИСЕФ в

2000 году, водоснабжением охвачено 97% городской и 84% сельской местности. В городской местности, такой как г.Ташкент водопроводными трубами охвачено 99% площади, однако в сельских областях, таких как Бухара, уровень водоснабжения зависит от источников и составляет 40%.

В основном, эти стандарты до сих пор основываются на стандартах бывшего Советского Союза, называемых ГОСТ, и отличаются от стандартов ВОЗ. Было обнаружено, что некоторые химикаты оказывают значительное вредное воздействие на здоровье через питьевую воду. Сюда включаются фториды и мышьяк. Другие химикаты также могут оказаться значимыми при определенных условиях. Интерес к химическому риску питьевой воды усилился при обнаружении масштаба подверженности риску воздействия мышьяка через питьевую воду. Заболевания, передающиеся через воду, представляют огромный риск для младенцев, детей и взрослых. Риск заражения от микробов продолжает оставаться основным предметом озабоченности как в развивающихся, так и в развитых странах. Фактически, узбекские стандарты достаточно высоки в этой области. Эта проблема сейчас сдвигается в сторону осуществления надзора и контроля качества в связи с недостаточностью бюджета здравоохранения в этой сфере.

(3) Эпидемиологический контроль

В рамках эпидемиологического подхода, Центр Государственного Санитарно-Эпидемиологического Надзора (ЦГСЭН), Государственный СПИД Центр и Государственный Скрининг Центр являются ответственными исполнительными агентствами по каждому исследованию и мониторингу. Эти институты подведомственны Департаменту Государственного Санитарно-Эпидемиологического Надзора. По результатам последних исследований уровня заболеваемости ВИЧ/СПИД, важность эпидемиологического контроля была подчеркнута в Указе Президента.

(4) Управление местных общин

Не только безопасная питьевая вода, но также и санитария окружающей среды должна быть принята во внимание в жизненном цикле. Население является конечным пунктом водообеспечения, оценивающая контроль качества, доступность и влияние на здоровье. Эффективная и приемлемая стратегия по управлению общиной, касающаяся оценки качества воды, требует активной поддержки и

вовлечения местного населения. Местное население должно быть вовлечено на всех этапах надзора и мониторинга водоснабжения, проверки качества и эксплуатации. Кроме того, процесс деятельности по здоровому образу жизни включает:

- Осведомленность о важности качества воды и отношении качества воды к проблемам здоровья
- Понимание важности надзора и роли общественности
- Осведомленность об экологическом цикле от воды до канализации
- Инициативы по вовлечению общественности в улучшение качества жизни

15. КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Текущая ситуация в отношении инфекционных заболеваний показана ниже:

- Брюшной тиф и паратиф А, В, С: Частотность уменьшилась во всех
Областях.
- Дизентерия: Число пациентов снижается.
- Вирусный гепатит: Более высокая частота во многих Областях
по сравнению с предыдущим годом.
- Дифтерия, коклюш, корь и полиомиелит : Устойчиво снижается в
течение последних девяти лет.
- Туберкулез (ТВ) Частота увеличивается на
национальном уровне. Каракалпакстан и
г.Ташкент имеют особенно высокий уровень
заболеваемости (127.7/100,000 и 82.4
/100,000)
- ВИЧ/СПИД : Частота имеет тенденцию к
увеличению (от 70 до 80 % случаев ВИЧ
отмечаются у наркоманов, употребляющих
инъекционные наркотики).

Как и в отношении всей лечебной системы, существующей в этой стране, система лечения и исследования инфекционных болезней аналогично усложнена и сильно сегментирована. Это вызывает неэффективность в процессе лечения, особенно в тех случаях, когда пациенты страдают от осложнений, являющихся результатом одной единственной инфекционной болезни, или / и когда сама инфекционная болезнь - результат осложнений. Например, пациент с печеночной недостаточностью будет

направлен в инфекционную больницу, если причина вирусная, онкологическую больницу, если у него рак, и, возможно, в другие медицинские учреждения по другим причинам. Это, очевидно, усложняет процесс лечения, например, когда вирусный гепатит переходит в рак печени. При такой раздробленной системе трудно обеспечить надлежащий и своевременный уход.

Следующей проблемой является то, что специализированные больницы обычно небольшие, и врачей в них немного. Эти больницы не всегда расположены близко друг от друга, и таким образом, проблема возникает, когда незамедлительно требуется помощь для стационарных больных из других специализированных больниц, или когда для более глубокого обследования необходимо посещение больницы пациентами из других больниц. Сходным образом, амбулаторные больные с осложнениями должны посетить несколько специализированных больниц, и это, очевидно, создает неудобства как для врачей, так и для пациентов.

16. УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВА

Исследование имеет целью выяснить, что может быть сделано по инициативе и при участии общества; для более эффективной и самоподдерживающейся первичной и профилактической помощи, и пропаганды знаний о здоровье. С этой целью, традиционная основа общества в Узбекистане, махалля - самоуправляемая общественная группа, будет являться объектом исследования, так как она является наименьшей и самой низшей законной административной единицей, получающей постоянную поддержку от Правительства с момента получения независимости.

На сегодняшний день, насчитывается 8 142 махалли в Узбекистане; только в г. Ташкенте имеется 445 махалли. Размер махалли составляет в среднем 2-3 км. в диаметре, с приблизительно 100-500 домохозяйствами, живущими в традиционно узбекских домах или многоквартирном здании. Человек, возглавляющий махаллю - «Аксакал» (в узбекском языке дословно означает «белая борода»), который по закону избирается жителями каждые 30 месяцев. Аксакал - обычно пожилой человек, к которому все обращаются с большим уважением; он чаще всего имеет высшее образование и преуспевает в карьере или бизнесе.

Два основных органа управляют махаллями и сотрудничают с махаллями: хокимият и Фонд «Махалля». Хокимият является государственным органом, существующий на каждом административном уровне: республиканском, областном и районном. Он

занимается всеми административными вопросами с жителями и их законодательными правами. Некоторые из их задач перекрещиваются с таковыми хокимиятов или они не делятся необходимой информацией между собой.

Согласно Указу Президента в августе 1994 г. была представлена схема социальной защиты. Оказание фундаментальной социальной защиты малообеспеченному сословию населения началось через махалли, а не через рабочее место, или специальные государственные учреждения.¹ Аксакал и махаллиский комитет сейчас могут решить, кто из жителей махалли получит пособия. Тем самым, махалля может отражать местную действительность, определяя действительно нуждающиеся и семьи и обеспечивая их.

В декабре 1996, по другому Указу Президента, махалля стала средством доставки государственных пособий нуждающимся детям; эти пособия составляют более 2% от ВВП.² Все из 18 опрошенных махаллей ответили, что они распределяют хотя бы малоимущим семьям социальные пособия, которые, как они заявляют, поступают от правительства. Сумма поступления от правительства значительно варьируется, в зависимости от махаллей, от 8 000 до 30 000 сумов в месяц.

Медицинские пункты имеют важные связи с махаллями. Хотя маленькие махалли могут иметь один медицинский пункт на несколько махаллей. Обычно хотя бы одно медицинское учреждение такое, как СВП, поликлиника или СВА расположено в махалле.

Врачи и сестры ездят на работу из своих махаллей в другие махалли, а жители редко покидают махалли, где они выросли, что дает местному медицинскому персоналу большую осведомленность о состоянии здоровья жителей махалли. Таким образом, имеется тесное сотрудничество между махаллей и медицинским учреждением, хотя оно может быть неформальное и его трудно объективно оценить.

Кроме того, что касается медицинских услуг, инициативы сообщества принимаются как совпадающие с задачами медицинских пунктов. Медицинская служба проверки состояния здоровья была предоставлена для жителей посредством использования

¹ Eric W. Sievers, 'Махалли Узбекистана: от советского до абсолютистского общества,' *Научный международный и сравнительный права Чикаго-Кент*, том 2, 2002г., 142

² Ibid.

помещения в офисе махалли или в ближайшем медицинском учреждении. Большинство махаллей ответили, что в прошлом году они организовали тематические семинары и лекции по проблемам здравоохранения, по крайней мере, один раз. Однако, у жителей сельской местности имеются проблемы с доступностью аптеки. Мы часто выслушивали жалобы о том, что многим надо далеко ехать только для того, чтобы купить лекарство, прописанное врачом

17. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДРУГИХ ДОНОРСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

17.1 Многостороннее сотрудничество

Масштабный проект первичного здравоохранения проводится через проект «Здоровье-1» и проект «Здоровье-2» Всемирного банка и другие многосторонние и двухсторонние доноры поддерживают этот проект. Ниже приводится перечень наиболее крупных организации, работающих в этой области, и их сфера деятельности:

- Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ): для организации характерны такие схемы как программы ДОТС, программа по предотвращению СПИДа, Интегрированное ведение болезней детского возраста, рациональное использование медикаментов, безопасные методы обеспечения кровью и отчет по ситуации в стране в региональную штаб-квартиру ВОЗ в Европе.
- Детский Фонд при ООН (UNICEF): для организации характерны такие схемы как интегрированное ведение болезней детского возраста, программы по безопасному материнству, продвижение информации, образования и общения, программы ГИС и программы безопасного водоснабжения. Организация предоставляет необходимое оборудование, обучение и руководства.
- Фонд Населения при ООН (UNFPA): программа по репродуктивному здоровью, в рамках которой был создан Центр по Вопросам Репродуктивного Здоровья, служащий базой для проведения тренингов, просветительской работы и предоставления оборудования.
- Совместная Программа ООН по проблемам СПИДа (UNAIDS): развитие государственной программы по проблемам СПИДа и болезней, передаваемых половым путем.

- Управление Верховного Комиссара ООН по делам беженцев ООН (UNHCR): гуманитарная помощь, покрывающая широкий спектр вопросов здоровья и нищеты
- ЮНЕСКО: программа по репродуктивному здоровью, информация, образование и общение и обучающие мероприятия
- Управление ООН по контролю за наркотиками и преступностью: осуществляет подготовительные мероприятия по оценке ситуации для последующих программ по борьбе с наркотиками, например, анализ наркомании в странах Центральной Азии.
- Программа развития ООН (UNDP): занимается социально-экономическими аспектами, вносит вклад в программы по вопросам окружающей среды и развития кадров в области здравоохранения.
- Мировой Банк: займовый проект «Здоровье I» (1998-2003), который в основном фокусируется на первичном уровне здравоохранения, переподготовку врачей общей практики, оснащение СВП оборудованием, вопросы управления СВП и т.д. Совместно с АБР и ЮНИСЕФ намечается проект по питьевой воде. Проект «Здоровья II» нацелен на расширение Национальной программы в этих трех компонентах. Этот проект начнется в 2004 г. и охватит 9 областей.
- Азиатский Банк Развития (АБР): в рамках дальнейшего распространения проекта Мирового Банка «Здоровье I», планирует совместный с Мировым Банком проект «Здоровье II». Особенно АБР предпринимает проект по улучшению качества медицинской помощи для детей и беременных женщин посредством предоставления медицинского оборудования в медучреждениях районного уровня, где оказывают педиатрическую и акушерскую медпомощь. Также планируются учреждение региональный Банк крови.
- Техническое содействие странам СНГ (TACIS)/Европа помощь: Выполняет роль исполнительного органа ЕС, занимается закупками медицинского оборудования.

17.2 Двустороннее сотрудничество

Донорские организации, в соответствии с собственными схемами, а так же по просьбе правительства Республики Узбекистан, реализуют различные проекты двустороннего сотрудничества. Ниже перечислены основные организации и их сфера деятельности:

- Япония: JICA: грант на обеспечение оборудования для центров экстренной медицинской помощи, детских больниц и роддомов в некоторых областях. Проведение тренингов для медицинских работников в Японии, курсов по руководству сестринским делом и реализации реформ в области здравоохранения.
- USAID: Центр по контролю и предотвращению заболеваний (CDC): реализует проекты в области первичного здравоохранения по таким направлениям как Интегрированное ведение болезней детского возраста, репродуктивное здоровье, подготовка ВОП, программа ГИС и так далее. CDC поддерживает инициативы в сфере контроля за инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ и туберкулёз, и программы тренинга лабораторных сотрудников.
- Германия: Банк KfW: реализация программ ДОТС и мероприятий, направленных на профилактику туберкулёза, тренинговые курсы и обеспечение лекарственными препаратами. Программы в больницах вторичного и третичного уровней.
- Великобритания: Департамент по Международному Развитию (DFID): вносит вклад в проект Мирового Банка «Здоровье 1».
- Швейцария: проект в области практики безопасных инъекций и оказание содействия национальному центру по реабилитации больных наркоманией.

17.3 Негосударственные организации (НГО)

В секторе здравоохранения работают различные негосударственные организации. Ниже перечислены некоторые из этих организации и их сфера деятельности:

- Международный Комитет Красного Креста (ICRC): экспресс-оценка продуктов питания
- Международная Федерация Красного Креста (IFRC): предотвращение туберкулеза, медицинский и социальный уход за людьми пожилого (преклонного) возраста, одиноких и инвалидов, обеспечение медикаментами;
- Medicine Sans Frontier (Врачи Без Границ) (MSF): Профилактика туберкулеза, в основном работают в Каракалпакистане и в Фергане в области пропаганды здорового образа жизни, охраны окружающей среды, включая вопросы воды и питания.
- OXFAM (Великобритания): экспресс-оценка продуктов питания

- Спасите Детей (Великобритания): оказание социального содействия неполноценным детям и осуществляют образовательные мероприятия
- Project Nore: исполнительный орган USAID работающий в Центрально-азиатском регионе. Основные программы: переподготовка ВОП, профилактика туберкулёза и интегрированное ведение болезней детского возраста.

ЧАСТЬ 3 ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПЛАН

18. СОСТАВЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ПЛАНА СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

18.1 Процесс ситуационного анализа

Ниже приводится обобщенное описание положительного практического опыта, проблем и сложностей, представляющих наибольшую важность в существующей ситуации в здравоохранении Узбекистана. Изложенный материал получен в результате проводящегося в настоящее время изучения Национальной Программы реформирования системы здравоохранения, положения поставщиков и получателей услуг здравоохранения, а также состояния административной системы и системы финансирования здравоохранения.

Данный Генеральный план содержит анализ ситуации по результатам изучения посредством следующего алгоритма.



Рисунок Р-6 Процесс ситуационного анализа

18.2 Лучшая практика, проблемные вопросы и препятствия существующего медицинского обслуживания

(1) Системы управления и правовая основа здравоохранения

- а) Министерство здравоохранения имеет тесные отношения с региональными властями и предпринимает усилия, направленные на улучшение охраны здоровья по всей стране.
- б) В некоторых случаях вследствие децентрализации в регионах не всегда учитывается общенациональная перспектива при перераспределении бюджетных средств или соответствующем назначении сотрудников.
- в) Постепенно осуществляется процесс перехода, однако, в некоторых частях по-прежнему остается старая система и ощущается влияние советского периода, и, следовательно, наблюдается определенная неэффективность.
- г) В соответствии с политикой приватизации в медицине, были созданы частные клиники, больницы и аптеки. Однако, частные организации находятся вне государственного контроля. Не существует стандартов или руководств по

медицинским услугам для частных учреждений.

- д) Иногда, распределение медицинского персонала в соответствии только со специализацией медицинских учреждений становится тормозящим фактором в осуществлении эффективного и экономически выгодного обеспечения медицинских услуг.

(2) Финансирование Здравоохранения

- а) В Фергане осуществляется реализация пилотного проекта, в рамках которого бюджетные средства тратятся эффективно.
- б) Было создано 173 частных медицинских учреждения и с 1998 года выдано 1,781 лицензий на приватизацию.
- в) Модель платных медицинских услуг (смешанное финансирование) была введена в 425 общественных медицинских учреждениях, однако ощущается недостаток информации о масштабе и правилах частичного или полного взимания платы за услуги, предлагаемые этими учреждениями.
- г) Частные механизмы страхования уже созданы и функционируют, между тем внедрение обязательного страхования откладывается по причине задержки принятия соответствующих нормативно-правовых актов.
- д) По причине сложной системы медицинских учреждений и направления пациентов, нерациональной планировки помещений и организации медицинских учреждений, нередко наблюдается неэффективное использование финансирования здравоохранения. Кроме того, в медицинских учреждениях недостаточный потенциал административного персонала.

(3) Система медицинских учреждений и направлений пациентов

1) Система медицинских учреждений и направлений пациентов

- а) Министерством Здравоохранения предпринимаются шаги по упрощению системы медицинских учреждений и направлений пациентов, сегментированной советской системы.
- б) В соответствии с численностью населения на местах, Министерством Здравоохранения и Проектом Здоровье-1 были созданы учреждения первичного звена - СВП.

- в) Число медицинских учреждений превышает необходимое, а в отдельных случаях их масштабы слишком велики. Медицинские учреждения не всегда отвечают нуждам пациентов должным образом.

2) Экстренная медицинская помощь

- а) Система экстренной медпомощи относительно хорошо разработана и организована. Республиканским научным исследовательским центром Экстренной медицинской помощи в г. Ташкент является центральной организацией в системе переадресации пациентов.
- б) Существуют некоторые стандарты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и на всех уровнях учреждений экстренной помощи, однако они в недостаточной степени адаптированы к существующим условиям.
- в) Не разработан унифицированный методологический подход к созданию, адаптации и постоянному усовершенствованию лечебных стандартов, руководств и протоколов как в экстренной медицине, так и в других отраслях

3) Специализированная медицинская помощь

- а) В Узбекистане существует много категорий и целый ряд специализированных направлений медицинского ухода. По некоторым подсчётам, функционируют около 40 специализированных медицинских учреждений, включая несколько научных институтов. Перечень врачебных специальностей содержит до 76 наименований.
- б) Деятельность специализированных медицинских учреждений включает в себя не только оказание высококвалифицированных услуг, но также организацию образовательных и тренинговых мероприятий для медицинских работников, осуществление необходимых и срочных исследовательских работ по всем специальностям. Однако, в некоторых случаях это недостаточно хорошо работает.
- в) Существует слишком много специализированных медицинских учреждений, функции которых, а также не полностью ясны взаимосвязи с другими учреждениями.
- г) Существуют проблемы по подготовке кадров специалистов, так как система

интернатуры и клинической ординатуры ликвидирована, а магистратура еще полностью адекватно не функционирует.

- д) Также наблюдается нехватка специалистов по некоторым направлениям и неукomплектованность кадрами, особенно на областном уровне.

4) Система переливания крови

- а) Запас крови и хранение запаса не может быть полностью осуществлено в нынешней системе.
- б) Объем сдачи крови относительно недостаточен на каждой СПК и не достаточен для каждого ОПК. Кроме того, на существующем оборудовании для переливания крови возможности тестирования и обеспечение безопасности собранной крови в каждом отделении переливания крови не всегда достаточны.
- в) В нынешней системе возможность тестирования иммуногематологической и инфекционной болезни и обеспечение безопасности собранной крови не всегда достаточны.
- г) Обеспечение безопасности крови совершенно необходимо с точки зрения профилактики ВИЧ-инфекции.

(4) Качество медицинских услуг

- а) Был предоставлен равноправный доступ к услугам здравоохранения и медицины.
- б) Уже разработаны стандарты по лечению и медицинскому обслуживанию в мед. учреждениях на уровне СВП. Однако, стандарт для мед. учреждений на уровнях районных и областных центральных больниц до сих пор не разработан.
- в) Международная классификация болезней еще не принята, не разработаны стандарты руководства по клинической практике и протоколы лечения.
- г) Качество такового обслуживания определяется благоприятными и взаимными отношениями между медицинскими работниками и пациентами. Однако, недостаточно четко определено, что именно подразумевает термин «качество».
- д) Существует нехватка соответствующего оборудования, лекарственных

препаратов и прочих ресурсов.

- е) Подготовка медицинского персонала с целью улучшения их навыков и повышения уровня знаний не проводится должным образом.

(5) Медицинские учреждения и оборудование

- а) Планировка зданий областных и районных больниц выполнена в т.н. «комплексном стиле», а масштабы помещений и число используемых зданий не соответствуют реальным нуждам.
- б) Существующее оборудование было закуплено в бывшем Советском Союзе и используется уже около 10-15 лет, а зачастую еще дольше. Это оборудование и его состояние не всегда соответствует оказанию медицинской помощи на должном уровне.
- в) Тибтехника обеспечивает эксплуатацию и ремонт оборудования государственных медицинских учреждений. Тибтехника обладает хорошим потенциалом для обслуживания старого советского оборудования, но не имеет подходящих навыков и технологий для передового западного оборудования.
- г) Эксплуатация оборудования в медицинских учреждениях осуществляется неудовлетворительно.
- д) Министерством здравоохранения были подготовлены стандарты оборудования для учреждений всех уровней. Однако, тип оборудования и его количество не отвечают нуждам этих учреждений, неадекватны количеству пациентов, компонентам оказываемых услуг и так далее.
- е) Санитарное состояние медицинских помещений, в частности, санузлов, оставляет желать лучшего.

(6) Развитие кадрового потенциала.

- а) Прием в ВУЗы и СУЗы идет без учета и оценки потребностей рынка труда, не определено на доказательной основе оптимальное соотношение врачей и медсестер для разных специальностей и учреждений.
- б) Полная переориентация на выпуск из медВУЗов врачей общей практики приводит к их переизбытку.

- в) Продолжительность подготовки врача на до-дипломном уровне в течение 7 лет представляется излишней, для получения степени бакалавра достаточно 4-5 лет.
- г) Обучение и подготовка медперсоналов среднего уровня, включая медсестер, не достаточны.
- д) До конца неясна концепция медсестер с высшим образованием и их место в структуре здравоохранения
- е) Существуют также некоторые противоречия между различными законами и вытекающими из них положениями. Некоторые положения были изменены в ходе продолжающейся реформы.

(7) Снабжение лекарственными препаратами

- а) Законы не пересматривались с того времени, как они были приняты.
- б) Не работает система контроля за выполнением законов.
- в) Стандартное руководство по лечению для СВП существует, тем не менее, оно нуждается в доработке.
- г) Лекарственный справочник готов, Фармакопея в стадии подготовки.
- д) Программа переподготовки фармацевта систематически не проводится .
- е) Наблюдается недостаток взаимодействия и обмена информацией по инвентаризации лекарств между учреждениями здравоохранения и Дори-Дармон.
- ж) Распространяется дефицит лекарств в медицинских учреждениях первичного и вторичного уровня.
- з) Плохая в сельских районах доступность лекарств.
- и) В медицинских учреждениях превалирует несистематический инвентарный менеджмент.
- й) Наблюдается нерациональное использование лекарств

(8) Информационные системы здравоохранения

- а) На республиканском уровне и в некоторых областях для обработки данных по здравоохранению применяются компьютеры. Однако, в большинстве учреждений районного уровня и СВП подобные компьютеризированные системы отсутствуют.

- б) Усилиями международных организаций, доноров и РИАЦ в настоящее время разрабатывается ряд баз данных по здравоохранению. Тем не менее, эти базы данных не унифицированы, а между разрабатывающими их организациями не существует четкой координации.
- в) Информационная система здравоохранения основана на ручном сборе данных и их дальнейшем объединении, за исключением особо опасных инфекций (эта информация передается ежедневно по телефону).
- г) В информационные центры поступают одновременно несколько потоков данных (сложная система сбора данных и предоставления отчетов)
- д) Существует хорошо организованная система ЗАГСов (запись актов гражданского состояния), но связь системы здравоохранения с ней очень слабая, в частности в условиях соответствия данных по домохозяйствам.
- е) Существует ряд проблем, связанных с качеством данных, особенно данных о посещениях больными поликлиник и посещениях больных врачами на дому в учреждениях первичного уровня.
- ж) Наблюдается недостаточное обучение и руководство по улучшению управления системы предоставления отчетов, статистической и информационной системы.

(9) Первичное здравоохранение и пропаганда здорового образа жизни

- а) В регионах реализации проекта Мирового Банка возросло число обращений в СВП и посещений пациентов на дому.
- б) В результате внедрения системы медобслуживания ВОП и универсальными медсестрами система медицинского образования становится более гибкой, чтобы медперсонал смог оказывать непрерывное медобслуживание.
- в) Продолжительность обучения ВОП и универсальных медицинских сестёр не позволяет подготовить их полноценно.
- г) Среди преподавателей и студентов в медицинских институтах и на местах не существует чёткого понимания важности ВОП и первичного уровня здравоохранения. В целом в обществе нет ясного представления о преимуществах новой системы.
- д) Мероприятия по развитию первичного здравоохранения на местах не

получают существенной финансовой поддержки и не соответствуют международным стандартам.

- е) В процессе осуществления перехода к новой системе направлений возникает неразбериха в сфере оказания медицинской помощи, в частности, в учреждениях экстренной помощи и СВП.
- ж) Несмотря на то, что обеспечение здоровья определено как одно из стратегических и высоко приоритетных направлений деятельности Министерства здравоохранения, до сих пор непонятно, какие именно учреждения непосредственно отвечают за осуществление актуальных задач.

(10) Охрана здоровья матери и ребёнка

- а) Материнская и детская смертность за последнее десятилетие снизились в ходе социального развития, однако использование советского определения живорожденности может нести ответственность за некоторый пробел между официальным показателем детской смертности и определенным на основе изучения.
- б) В свете Указа Президента программам по охране здоровья матери и ребёнка оказывается поддержка по всей стране.
- в) Посещения пациентов на дому повышают эффективность перинатального и антенатального ухода.
- г) Был получен сертификат о ликвидации полиомиелита, показатели всеобщей иммунизации составили 97%.
- д) Ограниченное медицинское оборудование для адекватной диагностики, жизненно важные препараты для учреждений ПЗЗ за пределами области деятельности проекта «Здоровье-1».
- е) Система переливания крови не отвечает потребностям в случае острой кровопотери и низкому риску при переливании.
- ж) Хотя уровень иммунизации высокий, имеются сложности с самостоятельным производством вакцин и будущей стабильностью программы.
- з) Ограниченное участие сообществ и приверженность старой системе у старых медицинских работников.

(11) Санитария, гигиена, эпидемиология и вопросы контроля инфекционных заболеваний.

- а) Существует достаточно мощная и апробированная годами система государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН).
- б) Система финансирования и материально-техническая база службы недостаточны. Особенно остро стоит вопрос по оснащению лабораторной службы оборудованием и реактивами.
- в) На сегодняшний день уже ощущается недостаток кадров санитарных врачей и врачей-эпидемиологов, особенно в районном звене. В ближайшие годы эта проблема может обостриться, так как на единственном санитарно-гигиеническом факультете приём снизился, в том числе из-за недостаточного количества государственных грантов на обучение.
- г) Существует некоторые сложные системы направления пациентов в специализированные санитарно-гигиенические медучреждения для проверки жилищно-бытовых условий проживания, рабочих условий и профилактики заболеваний (например, Научно исследовательский институт санитарии, гигиены и проф.заболеваний, (СЭС)).
- д) В таких институтах, которые перечислены выше, исследователи выполняют свою деятельность параллельно и индивидуально. Соответственно, сотрудничество и совместная работа между организациями, принадлежащими к разным системам направления пациентов, не всегда осуществляются согласованно.

18.3 Прогноз населения

Проведена предварительная оценка общего населения Республики Узбекистан в целевом 2010 году, прироста населения в 1.4% (статистика офиса ВОЗ Евро, 1999 г.). Составит 28 120 000 человек.

С другой стороны, прогноз роста населения в соответствии с данными ЮНФПА (Фонд Народонаселения ООН) представлен в трех сценариях: низкий, средний и высокий. Прогноз роста населения, проведенный ЮНФПА, дан ниже.

Таблица Р-2 Прогноз роста населения, проведенный ЮНФПА

	Низкий вариант				Средний вариант				Высокий вариант			
	Всего	мужчины	женщины	Уровень прироста %	Всего	мужчины	женщины	Уровень прироста %	Всего	Мужчины	Женщины	Уровень прироста %
2000	24,913	12,373	12,539	} 1.31	24,913	12,373	12,539	} 1.51	24,913	12,373	12,539	} 1.72
2005	26,593	13,222	13,371		26,868	13,362	13,506		27,143	13,503	13,640	
2010	28,031	13,948	14,083	} 1.05	28,837	14,359	14,478	} 1.42	29,644	14,771	14,873	} 1.76

Источник: Перспективы Народо­на­се­ле­ния мира, Изменения от 2002, ЮНФПА

После проведения обзора этих двух прогнозов: уровня ежегодного прироста населения и данных ЮНФПА, мы решили в нашем исследовании применить сценарий низкого варианта прироста населения ЮНФПА. Таким образом, общее количество населения Узбекистана составит 28 миллионов человек в 2010 г. (круглая цифра).

18.4 Макро-экономический прогноз.

В планируемый период с 2004-2010 гг. прогнозируется умеренный экономический рост. В последние годы прирост ВВП Узбекистана колебался на цифре 4.0%, по сравнению с официально заявленным уровнем в 5.0%. Более оптимистичные ожидания роста в планируемый период варьируют от 4.5% до 7.0%. Инфляция является серьезной угрозой. «Экономический обзор 2003», подготовленный АБР указывает, что официальный индекс потребительских цен (ИПЦ) достигал среднего ежегодного уровня в размере 27.6% за предыдущие два года, по сравнению с 18% по официальным данным.

Ожидаемые макроэкономические цифры примерно определены, исходя из вышеуказанного уровня инфляции и роста экономики. ВВП на душу населения, исходя из цен 2002 г., составляет 294,458 сум (347 дол.; где 1 дол. = 980 сум). Прогноз доходов на душу населения в 2005 г., равны, приблизительно, 421,500 сум (\$ 629) и, примерно, 1,411,000 сум (\$ 1,440) в 2010 г. Затраты на здравоохранение в структуре ВВП в 2010 г. ожидаются, примерно, от 0.5 до 1.0%, т.е. от 790.2 до 987.7 млрд. сум. Затраты здравоохранения на душу населения указывают на сумму от 28,200 до 35,200 сум (от 28.8 до 35.9 дол.).

18.5 Цели по улучшению здравоохранения на целевые годы.

Демографические показатели и показатели здравоохранения, используемые для оценки реформы здравоохранения и медицинских услуг должны определяться исходя из целевого 2005 года (краткосрочные) и 2010 года (средне и долгосрочные). В дополнение к этому, последний целевой год следующей «Национальной программы реформирования сферы здравоохранения» должен быть рассмотрен в качестве целевого года для достижения высших целей ГП.

Количественные цели ГП устанавливаются посредством анализа последних тенденций показателей здравоохранения и прогноза ЮНФПА, документа ООН «Цели Тысячелетия» и других данных по мере необходимости.

Количественные цели целевых лет указаны ниже.

Table P-3 Количественные цели по целевым годам

	2001	2005	2010
Население (ед.: 1,000 чел.)	25,000	26,600	28,000
Рождаемость (на 1,000 населения)	20.5	19.6	16.9
Общая смертность (per 1,000 Population)	5.3	5.2	5.1
Фертильность (к-во детей на 1 женщину)	2.40	2.19	1.76
Младенческая смертность (на 1,000 родов)	51.0	46.1	40.1
Материнская смертность (на 100,000 родов)	34.1	31.7	28.6
Смертность детей до 5 лет (на 1,000 родов)	67.0	60.6	52.7
Продолжительность жизни	69.3*	69.7	70.9

Источники: Статистические данные РИАЦ, 2003

Отчет о развитии человечества 2001, ПРООН

Положение детей в мире 2001, ЮНИСЕФ

Перспективы Народонаселения, Пересмотренный вариант 2002, ЮНФПА

Примечание:*) Изд. 2000

18.6 Основные принципы разработки стратегии для достижения целей.

18.6.1 Основные принципы формулирования Генерального Плана (ГП)

- 1) Необходимо сформулировать ГП для улучшения здравоохранения и медицинских услуг в стране, и должна быть разработана схема для эффективного осуществления медицинской помощи. Его целью является создание прочной основы для последующей национальной программы здравоохранения.
- 2) Конституция страны, проводимая ныне реформа системы здравоохранения, политика децентрализации и приватизации нацеливают на обеспечение эффективного и равного доступа к медицинским услугам

- 3) Эффективное и рациональное распределение и использование ограниченных средств системы здравоохранения, ее бюджета, трудовых ресурсов, учреждений и оборудования являются чрезвычайно важными вопросами при формулировании программ улучшения системы.
- 4) Территория Узбекистана огромна. Поэтому ее климат, окружающая среда, структура населения, национальности людей и болезни различаются по областям. Эффективные и устойчивые программы улучшения здравоохранения должны быть сформулированы с учетом специфики каждой области и региона.
- 5) Для успешной реализации и стабильного осуществления программ улучшения будет разработана система координации и сотрудничества между Министерством здравоохранения, Кабинетом Министров, международными организациями и НПО.
- 6) Существует много случаев формулирования планов только с точки зрения оказания медицинской помощи. Поэтому, для того, чтобы значительно улучшить медицинские услуги, ГП должен формулироваться, исходя из нужд потребителей услуг.

18.6.2 Цели и стратегия ГП.

Цели и стратегия этого ГП сформулированы в соответствии с основными принципами Конституции страны: «обеспечение здоровья всего населения», и базовой концепцией Национального Плана Реформирования сектора Здравоохранения. Более того, эти цели и стратегия основаны на лучшей практике, с учетом существующих проблем и ограничений в сфере предоставления медицинских услуг, принятия контрмер и определения приоритетных вопросов для внесения улучшений - вся эта информация была получена после анализа данных проведенного обследования на местах.

(1) Общие цели

Общей целью ГП является улучшение ситуации в секторе здравоохранения для всего населения Узбекистана путем ликвидации факторов, препятствующих развитию существующей системы предоставления медицинских услуг.

(2) Задачи, стратегия и деятельность

Таблица Р-4 Задачи, стратегия и деятельность для ГП

Задача А "Улучшение качества медицинских услуг и обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всего населения".	
Стратегия А1 "Совершенствование и создание квалифицированных услуг на уровне системы первичного здравоохранения и учреждений Матери и Ребенка".	Деятельность А1.1 Создание и улучшение функций СВП, СВА и ГВП, которые являются первыми медицинскими учреждениями, куда обращаются больные
	А1.2 Создание равных медицинских услуг на уровне города/села, государственных/частных медицинских учреждений посредством усиления потенциала государства по их контролю и управлению.
	А1.3 Улучшение технологий, навыков и потенциала медицинских учреждений (врачей, медсестер, среднего медицинского персонала и т.д.).
	А1.4 Усиление работы по здоровому образу жизни, образованию и информированию населения, включая санитарно-эпидемиологический контроль на местах.
	А1.5 Касательно услуг для Матери и Ребенка, улучшить возможности ЦРБ, которые являются первым пунктом госпитализации больных в сельской местности
	А1.6 Усиление системы патронажных врачей, медсестер и акушерок.
Стратегия А2 "Улучшение качества клинических услуг, услуг общественного здравоохранения и административных возможностей медицинских учреждений".	Деятельность А2.1 Улучшение медицинских учреждений и оборудования для предоставления медицинских услуг высокого качества.
	А2.2 Усиление управленческого потенциала для успешной работы по администрированию, финансированию и ведению медицинских записей.
	А2.3 Разработка Руководств по лечению и профилактической медицине.
	А2.4 Разработка стандартов по основным лекарственным средствам и оборудованию для обеспечения эффективных мед. услуг и улучшению системы управления, распределения и хранения лекарственных средств.
	А2.5 Разработка стандартов по распределению трудовых ресурсов на каждом уровне медицинских учреждений.
	А2.6 Обучение и поощрение врачей, медсестер, лабораторных работников, фармакологов, среднего медицинского персонала, руководителей учреждений, финансовых специалистов, обслуживающий персонал и других категорий работников по мере необходимости.
	А2.7 Усиление потенциала проведения лабораторных и диагностических анализов
	А2.8 Создание адекватной и безопасной системы переливания крови
Стратегия А3 "Улучшение медицинских технологий и научно-исследовательской работы"	Деятельность А3.1 Улучшение деятельности республиканских специализированных медицинских учреждений в аспекте исследовательской работы и функции подготовки врачей-специалистов.
	А3.2 Усиление потенциала Республиканского Информационно-Аналитического Центра, СЭС и Института Здоровья в области проведения анализа медицинской статистики, научных исследованиях и разработке методологии.
	А3.3 Улучшение потенциала персонала в работе с медицинскими технологиями и проведении исследований, оборудованием, учреждениями и функционированием лабораторий.
	А3.4 Создание руководств по медицинским технологиям и

	научно-исследовательской работы. Организация научно-медицинского комитета в Министерстве здравоохранения.
	A3.5 Усиление сотрудничества между университетами, институтами, государственными и частными предприятиями, НПО и международными организациями для улучшения медицинских технологий и исследовательской работы.
Задача В	"Создание эффективной системы предоставления медицинских услуг для обеспечения здоровья населения " .
Стратегия В1 "Определение направления больным в медицинские учреждения и улучшение системы направления больных"	<p>V1.1 Упрощение и организация направления больных медицинским учреждением (стадии получения больными направлений и количество этих учреждений). Стадии направления больных обеспечивающие получение эффективных медицинских услуг</p> <p>V1.2 Оптимизация работы специализированных медицинских учреждений, поликлиник и системы больниц, включая отдельную систему общей/специализированной неотложной помощи.</p> <p>V1.3 Усиление медицинских учреждений первичного уровня –СВП, и создание системы направлений в медицинские учреждения более высокого уровня. Улучшение системы транспортировки больных</p> <p>V1.4 Улучшение функций ЦРБ для улучшения оказания медицинских услуг на районном уровне.</p> <p>V1.5 Улучшение и усиление Областной ЦБ для создания лучшей системы медицинских услуг на областном уровне.</p> <p>V1.6 Улучшение таких функций как медицинские услуги, исследовательской работы и подготовки врачей-специалистов в республиканских специализированных медицинских учреждениях.</p> <p>V1.7 Оптимизация работы системы неотложной помощи и скорой помощи для предоставления более эффективных услуг.</p>
Стратегия В2 "Улучшение и рационализация медицинских услуг на районном и областном уровнях."	<p>Деятельность</p> <p>V2.1 Интеграция и консолидация медицинских учреждений одинаковой специализации, а также поликлиник и больниц.</p> <p>V2.2 Переход специализированной медицины от лечения определенных болезней к лечению болезней определенных органов.</p> <p>V2.3 Создание интегрированной Центральной Районной многопрофильной больницы и Областной Центральной многопрофильной больницы, состоящих из отделений специализированной помощи, общего поликлинического отделения, больничных отделений, отделения неотложной помощи и вспомогательного технического отделения.</p> <p>V2.4 Развитие интегрированной системы лабораторий на областном уровне (создание центральной лаборатории), где функция проведения диагностических анализов должна быть централизована и включена в будущие консолидированные ЦРБ и ОЦБ.</p>
Стратегия В3 "Совершенствование медицинских учреждений, оборудования, поставки лекарств и внутрибольничной деятельности".	<p>Деятельность</p> <p>V3.1 Улучшение больничных функций и эффективное расположение оборудования и комнат с точки зрения пациентов и больничного персонала</p> <p>V3.2 Улучшение санитарных условий больниц и обеспечение стандартного оборудования для предоставления более эффективных и квалифицированных медицинских услуг.</p>

	<p>В3.3 Укрепление системы эксплуатации и обслуживания медицинских учреждений и оборудования. Подготовка руководств и пособий.</p> <p>В3.4 Улучшение системы управления лекарственными средствами (спрос и предложение, инвентаризация). Создание списка жизненно важных лекарственных средств (ЖВЛ), руководства и стандартов по управлению лекарственными средствами.</p> <p>В3.5 Обучение и воспитание врачей, медсестер, фармакологов, среднего медицинского персонала и технического персонала для укрепления внутрибольничных функций.</p> <p>В3.6 Улучшение материально-технической базы лекарственных средств и системы обслуживания оборудования на республиканском и областном уровнях.</p>
<p>Стратегия В4 "Создание ИСУ здравоохранения"</p>	<p>Деятельность</p> <p>В4.1 Упрощение информационного потока по здравоохранению, медицинской, санитарно-эпидемиологической и демографической информации и данных.</p> <p>В4.2 Улучшение потенциала лабораторий по проведению лабораторных анализов и диагностических исследований для контроля качества источников данных.</p> <p>В4.3 Разработка базы данных и программ для интегрированной информационной системы здравоохранения. Обеспечение оборудования для компьютерной обработки данных на районном уровне.</p> <p>В4.4 Обучение и подготовка квалифицированного персонала для информационной системы здравоохранения, и создание системы обучения этого персонала в сельской местности.</p>
<p>Задача С "Совершенствование эффективности использования финансовых средств здравоохранения и введение нового механизма финансирования".</p>	
<p>Стратегия С1 "Улучшение эффективного использования бюджета здравоохранения"</p>	<p>С1.1 Сведение к минимуму затрат на медицинские услуги посредством рационализации и централизации медицинских учреждений, системы направления больных и проведения лабораторного анализа.</p> <p>С1.2 Усиление системы менеджмента, связанной с ведением историй болезней и записями по выписке лекарств для того, чтобы избежать ненужных затрат и лечения.</p> <p>С1.3 Надлежащее использование средств здравоохранения на стандартизацию медицинского оборудования и основных лекарственных средств, и улучшение управленческого потенциала по ведению инвентаризации, книг по учету и обслуживанию оборудования и учреждения</p> <p>С1.4 Развитие эффективной системы распределения бюджета, основанной на информационной системе здравоохранения.</p> <p>С1.5 Минимизация медицинских затрат в медицинских учреждениях посредством предоставления более адекватных и квалифицированных медицинских услуг пациентам для того, чтобы сократить сроки лечения и госпитализации больных.</p>
<p>Стратегия С2 "Укрепление потенциала финансового менеджмента на уровне ведомств и медицинских учреждений"</p>	<p>Деятельность</p> <p>С2.1 Укрепление потенциала системы финансового менеджмента и мониторинг потенциала в государственных учреждениях.</p> <p>С2.2 Создание эффективной системы расходования средств в каждом медицинском учреждении, нацеленной на усиление их финансовых и управленческих возможностей.</p> <p>С2.3 Создание системы мониторинга финансовой, медицинской отчетности в соответствующих организациях (власти в центре, в сельской местности и медицинские учреждения).</p>

	C2.4 Обучение и подготовка специалистов по финансам и менеджменту в соответствующих организациях(власти в центре/ сельской местности, медицинские учреждения и страховые организации).
Стратегия С3 "Улучшение профилактической работы и создание стимулов для лечения болезней на ранней стадии с целью минимизации затрат на лечение."	Деятельность C3.1 Усиление работы по здоровому образу жизни и повышению информированности населения с целью минимизации затрат на лечение.
	C3.2 Улучшение санитарно-эпид. условий в махаллях с целью снижения инфекционных заболеваний.
	C3.3 Продвижение вакцинации, Расширенной Программы Вакцинации и программы DOTS в качестве профилактической медицины.
	C3.4 Улучшение качества работы ВОП и системы неотложной помощи. Предоставление медицинской информации населению посредством усиления функций СВП и ЦРБ.
Стратегия С4 "Введение новой системы финансирования здравоохранения (всеобщий охват населения медицинским страхованием) и создание для этого соответствующей законодательной базы"	Деятельность C4.1 Создание соответствующей законодательной базы и стандартов для введения всеобщего охвата населения медицинским страхованием.
	C4.2 Создание организации и системы для сбора взносов, заявок на страхование и выплату страховых средств.
	C4.3 Обучение и подготовка специалистов по страхованию в соответствующих организациях (на уровне структур власти, медицинских учреждений, страховых компаний и махаллей).
	C4.4 Создание системы мониторинга финансовой, медицинской отчетности в соответствующих организациях для введения страхования.
	C4.5 Улучшение качества услуг и равного доступа в медицинские учреждения с учетом введения всеобщего охвата населения медицинским страхованием.
	C4.6 Разработка стандартных тарифов на платные медицинские услуги и пакеты услуг.
	C4.7 Информирование населения о всеобщем охвате системой медицинского страхования.

18.7 Основной подход к планированию процесса формулирования Генерального Плана

Сектор здравоохранения состоит из небольших подсекторов, таких как финансирование здравоохранения, материально-техническая база поставки лекарственных средств и оборудования, первичное звено здравоохранения, развитие человеческих ресурсов и т.п. Поэтому, для формулирования ГП, программы будут рассматриваться как со стороны данного сектора (вертикально), так и комплексно (горизонтально). Более того, ситуация в каждой области отличается своей характеристикой и профилем заболеваний, поэтому программы улучшения здоровья должны быть составлены с учетом областной специфики.

При планировании ГП важно эффективно использовать имеющиеся ограниченные ресурсы. Эти ресурсы состоят из 3 компонентов, таких, как трудовые ресурсы, финансирование здравоохранения и материальная часть (медицинские учреждения,

оборудование, лекарства и т.п.). Поэтому, в этом ГП планируется эффективное и рациональное распределение ресурсов в соответствии с нуждами потребителей, а затем, соответственно, будут сформулированы программы улучшения здравоохранения. Распределение ресурсов также рассматривалось в различных аспектах: вертикальном, горизонтальном (комплексный и секторный аспекты) и с учетом специфики регионов.

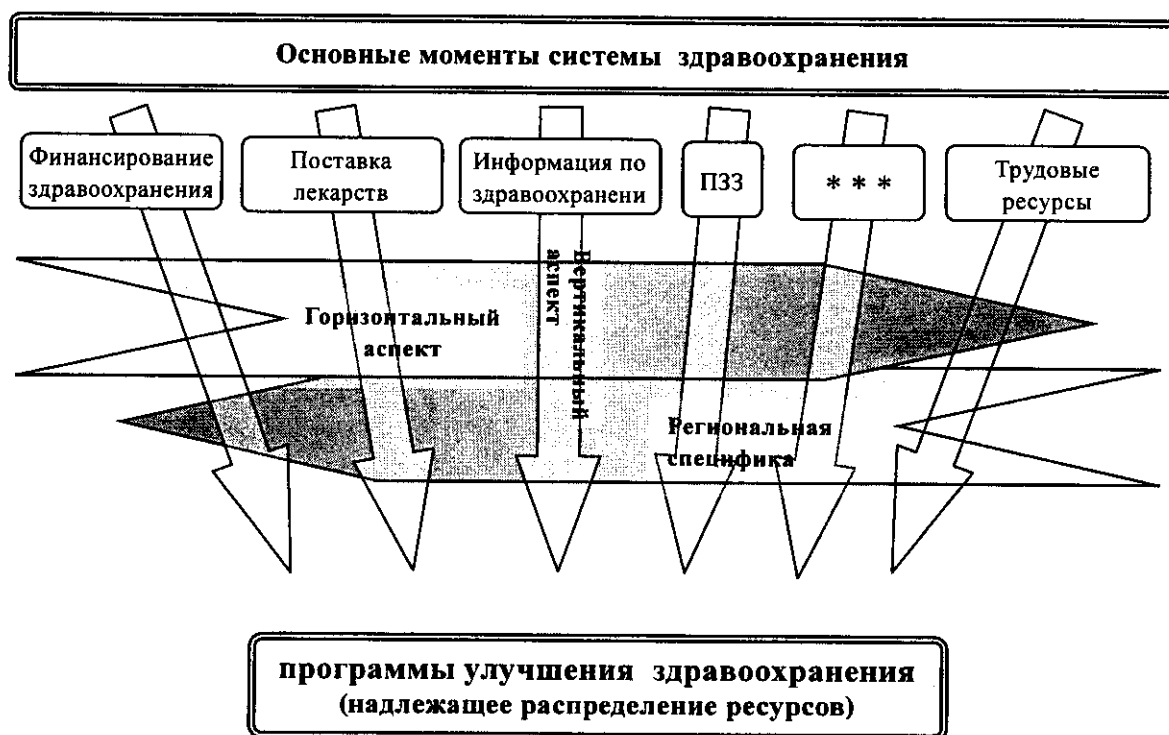


Рисунок Р-7 Поток деятельности для формулирования эффективных программ распределения ресурсов

18.8 Программы улучшения на основе Генерального плана

18.8.1 Комплексные и с учетом специфики регионов программы улучшения.

(1) Финансирование здравоохранения: общая стратегия

Для обеспечения здоровья нынешнему и будущему поколению жителей Узбекистана должна быть разработана система финансирования – такая, которая могла бы справиться с возрастающими требованиями системы здравоохранения, и управлять процессом реформ так, чтобы получить эффективные, действенные и справедливые результаты.

1) Улучшение финансовой базы системы.

В 2001, 9.6 % правительственного бюджета было отведено для сектора здравоохранения. После этого, было небольшое снижение доли сектора здравоохранения до 9.2 %. Это не предвещало ничего хорошего, так как первая фаза реформ, определенных в Указе 1998 года, не выполнена полностью. Обязательства Правительства обеспечить гарантированный пакет услуг находятся под угрозой, так как нет ресурсов, необходимых для этого и нет потенциальных возможностей для внедрения данного пакета услуг эффективным и беспристрастным способом в течение отведенного для этого времени.

Чтобы улучшить финансовую базу, необходим четырехсторонний подход: а) пересмотр гарантированной «бесплатной» медицинской помощи, включая пропаганду более широкого участия населения; б) реформа процесса бюджетного ассигнования, начиная с последнего - подушевого финансирования и разработки альтернативных схем для учреждений вторичного уровня и высоко-специализированных учреждений; в) реформы на уровне медицинских учреждений по улучшению использования бюджета и ответная реакция в виде эффективного оказания медицинских услуг и, д) координация и увеличение зарубежной помощи.

2) Ведение рыночных механизмов в секторе здравоохранения.

Переход к рыночной системе вслед за независимостью, продвигается медленно и обдуманно. В общественных учреждениях введена оплата за услуги для того, чтобы добиться смешанного финансирования. Сообщается, что наличные платежи стали обычным явлением, включая неформальные платежи, (Всемирный Банк, 2003г.). Выдано более 200 лицензий для частной практики, и, хотя введение продвигается медленно, такие учреждения во все возрастающей степени заметны в городах. Без адекватных гарантий, между пациентами и поставщиками есть недопонимание. Похоже, что больше всего страдают бедные слои населения. Недостаток адекватного контроля приведет к услугам ниже стандарта, наносящего сильный урон обществу.

Чтобы ввести рыночные механизмы в секторе здравоохранения с ограниченными последствиями, потребуется: 1) поощрение и помощь при введении платной системы в учреждениях здравоохранения путем адекватных механизмов льгот, систем мониторинга и информационных компаний, и 2)

гарантия проведения деятельности по созданию частного сектора на основе твердого и решительно осуществляемого плана управления, чтобы на рациональной основе было сделано освобождение от правительственного контроля некоторых учреждений; и чтобы была ускорена передача некоторых государственных учреждений путем принятия мер(заключения договоров) по инновационным контрактам.

- 3) Создание слияния риска и покупательных соглашений через обязательное медицинское страхование.

Системы здравоохранения по всему миру имеют дело с увеличением затрат на здравоохранение путем реформ, таким образом услуги финансируются и обеспечиваются. Национальные системы (например, Великобритания) приняли курс на разделение финансирования и функций оказания помощи. Смешанные системы (например Германии, Японии) смещаются в сторону большего контроля стоимости путем осуществления инициатив по мониторингу. За этими реформами стоит идея ввести мощные эффективные поощрения (льготы) и ответственность в систему здравоохранения. Система страхования здоровья обычно рассматривается как третья сторона в цепочке пациент-поставщик (См. рис. 1). Она играет пассивную роль финансового медиатора, переводящего оплату от пациентов поставщикам. Более активная роль для системы страхования – она будет «покупать» помощь от имени пациентов через различные модели оплаты поставщикам, чтобы достигнуть эффективного поведения поставщика.

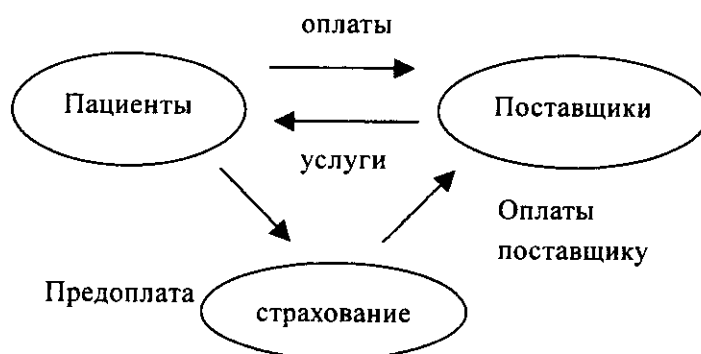


Рисунок Р-8 Связь между страхованием, пациентом, поставщиком.

Регион имеет ограниченный опыт в данной системе и изобилующими в большом количестве идеями по осуществлению. Основная функция страхования – это объединить финансовые риски заболеваний путем слияния

фондов. Эта функция игнорировалась в бюджет-доминирующей системе здравоохранения в Узбекистане. Она включена в данный ГП по двум причинам: а) она определена как специфичная и решающая часть Закона о реформировании здравоохранения 1998 года; и б) она представляет реальную инициативу предпринять реформы, чтобы способствовать рациональному режиму работы. Формирование систем и процедур может быть сделано совместно с Министерством здравоохранения для обеспечения тесного сотрудничества в этих новых сферах государственного управления в секторе здравоохранения.

Во время периода создания плана базовая стратегия должна заложить фундамент для создания обязательной системы медицинского страхования, особенно такой, которая бы способствовала активной покупке через системы обеспечения стандартных установок и качества, оценки использования, альтернативные пути покупки «услуг», и другие механизмы, увеличивающие эффективность. Целью является установление законного права вслед за технико-экономическим обоснованием и изучением системы.

- 4) Укрепление потенциала для осуществления контроля и стабильности процесса реформы.

Процесс реформы здравоохранения, определенный Указом Президента в 1998 году – это грандиозное, серьезнейшее мероприятие, требующее мощностей и учреждений, которых в настоящее время в наличии нет. Компонент финансирования здравоохранения процесса реформ требует стабильного и постоянного «дирижирования», как и нового понимания и консенсуса в достижении цели. Укрепление потенциала одновременно является и средством, и целью. Деятельность, обозначенная здесь, имеет целью обеспечение требуемой институциональной поддержки, через реформы информации и управления предназначенных для этого человеческих ресурсов. Основной стратегией является развитие ведущих навыков, чтобы генерировать, анализировать и контролировать данные для рационального принятия решений с помощью системы национальных счетов здравоохранения, проведения тренингов и ознакомительных поездок с различными системами здравоохранения, а также создание «кадрового» ядра обученных экономистов здравоохранения.

(2) Система направления

- 1) Пациенты могут выбирать любую больницу, чтобы получить лечение. Однако, больницы третичного уровня разделены по различным специальностям в разных областях, поэтому пациенты обременены поездками по таким больницам. Чтобы улучшить доступ пациентов в эти больницы, желательно, чтобы больницы третичного уровня с различной специализацией в области располагались в одном месте. Также, определение и упрощение существующей системы направления и ее функционирование необходимы для того, чтобы она также улучшала эффективность организации больниц.
- 2) Всеобъемлющая система сельского медицинского обслуживания на областном уровне будет создана в ЦРБ и областной многопрофильной больнице, которые будут играть ведущие роли, а потенциал ЦРБ и областной многопрофильной больницы будет расширен.
- 3) На районном уровне СВП, как первая точка доступа амбулаторных больных будет усилен в своих функциях, где медицинские услуги ПЗЗ будут укреплены. Соответственно, будет создан всеобъемлющий механизм для ЦРБ, первой точки доступа больничных пациентов, включающий систему медицинского лечения, профилактическую медицину, управление лекарствами, финансовый менеджмент.
- 4) На областном уровне, будет создана эффективная система медицинских услуг с центральной районной больницей, играющей центральную роль. Это требует консолидации и централизации всего амбулаторного, больничного лечения, лабораторных тестов и диагностических манипуляций, специализированной медицинской помощи и экстренной медицинской помощи.
- 5) Для осуществления эффективных и квалифицированных медицинских услуг, должно быть произведено улучшение условий учреждений, оборудования и запаса лекарств в медицинских учреждениях. Кроме того, система и возможности проведения лабораторных анализов и диагностических процедур, менеджмента лекарств и управления и поддержания учреждений и оборудования будут усилены
- 6) Должна вступить в действие соответствующая система переливания крови, которая основана на добровольном донорстве крови как решение проблемы смягчения дисбаланса между запросом и поставкой на областном уровне. Это обеспечит безопасность медицинского лечения.
- 7) Будет введена в действие Центральная лаборатория тестирования; областная

многопрофильная больница будет составлять ядро централизованной системы, где будут улучшены потенциал лаборатории и система транспортировки образцов крови. Соответственно, контроль качества результатов анализа и точность данных будут улучшены, и стоимость проведения анализа снизится.

- 8) Одновременно с консолидацией многочисленных специализированных больниц в единую больницу с хорошо укомплектованными функциями, на областном уровне следует создать централизованную систему диагностических и функциональных обследований.

(3) Информационная система управления Здравоохранением

- 1) Чтобы усилить внимание к слабым звеньям существующей системы управления здравоохранением и повысить способность руководящих сотрудников здравоохранения планировать, проводить мониторинг и предпринимать корректирующие действия в процессе управления услугами здравоохранения Узбекистана, предлагается проект по развитию информационной системы управления здравоохранением Узбекистана, который включает в себя следующие компоненты и должен быть исполнен в течение пяти лет.

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

Обзор ИСУЗ

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

где возможно, предпринимать попытки упрощения журналов записей.

- 2) Предлагаемый проект существенно повлияет на существующую инфраструктуру (оборудование, кадры, программное обеспечение и механизм сдачи отчетов) и укрепит дополнительные составляющие для того, чтобы принятие и использование проходили гладко. РИАЦ разработал всеобъемлющее программное обеспечение для ввода и обработки статистических данных, которое составляет формы текущих отчетов. Однако это программное обеспечение требует улучшения в условиях её связи с СУБД, дополнительными модулями показателей и системы обратной связи.
 - 3) РИАЦ является основной организацией, выполняющей эту деятельность в Ташкенте, а областные и районные статистические бюро являются региональными исполнителями на соответствующих уровнях.
 - 4) Техническое сотрудничество при помощи консультантов, работающих на основе кратко-срочных договоров, оборудования, обучения и упрощения форм отчетности, а также своевременных и качественных данных и индикаторов являются основным вкладом проекта
 - 5) После оснащения компьютерами система статистических данных здравоохранения претерпит большие изменения, такие, как совершенно измененный стиль работы (нет необходимости в ручном сборе данных и подготовке отчетов) а также ручной доставке отчетов и т.д. Это требует повышения квалификации персонала, работающего со стат. данными для проверки качества данных, проведения анализа (графического, при помощи карт). Для решения этого вопроса должна быть создана всеобъемлющая программа обучения.
 - 6) Предлагается усилить сотрудничество между донорами и внутри министерств, используя объединенные базы данных, которые автоматически изменяются при работе с ними всех вовлеченных сторон.
- (4) Медицинские учреждения и оборудование**
- 1) Для того, чтобы обеспечить население равнодоступными, адекватными и эффективными медицинскими услугами, для каждого уровня медицинских учреждений должны быть подготовлены необходимые ресурсы. Также необходимо усилить работу и управление. Для того, чтобы соответствовать потребностям населения, необходимо изменить количество зданий.
 - 2) Консолидация больничных учреждений и их функций

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

3) Изучение и составление перечня оборудования

Генеральный План для больничных учреждений, а также перечень оборудования должен был изучен на основании списка больничного оборудования Министерства здравоохранения, и полученных результатов опроса. Планирование рекомендованных учреждений и оборудования было проведено в соответствии с функциями областной многопрофильной больницы и центральной районной больницы.

4) Машина скорой помощи

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

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

5) Ремонт оборудования

Тибтехника проводит ремонт оборудования в больницах, с которыми заключается договор. Однако, инженеры Тибтехники недостаточно квалифицированы для ремонта некоторых видов современного западного оборудования. Поскольку это необходимо для ремонта медицинского оборудования в больницах, иностранные производители оборудования ежегодно должны проводить регулярную программу обучения, средства на которую должны выделяться из государственного бюджета. Это должно быть сделано в целях повышения квалификации инженеров.

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

(5) Обеспеченность лекарствами.

- 1) Существующий список жизненно важных лекарств включает почти все лекарства без учета структуры болезней и эффекта действия лекарства; это создает некоторые недоразумения в учреждениях первичного уровня. Поэтому принятие списка жизненно важных лекарств является необходимым для мед.учреждений первичного уровня. Рекомендуемый Генеральным Планом список жизненно важных лекарств для учреждений первичного уровня.
- 2) Министерство здравоохранения сделало попытку создать правовую основу для лекарств. В настоящей ситуации Министерство должно сформулировать систему внедрения такой нормативно правовой основы. В дополнение должна быть пересмотрена национальная лекарственная политика, уделяя большое внимание жизненно важным препаратам, названию ингредиентов и коммерческому названию лекарства.
- 3) Поставка лекарств будет улучшена двумя способами, а) Дори-Дармон и каждое медицинское учреждение должны поддерживать между собой связь и часто обмениваться информацией и, б) Правительство будет поощрять и поддерживать местных производителей за стабильную и низкую стоимость поставок лекарств.
- 4) Запас лекарств на первом и втором уровне учреждений направления пациентов недостаточен. Также, доступ к частным аптекам сильно различается между г. Ташкентом и отдаленными районами, как, например, Каракалпакстан. Поэтому доступ к лекарствам в отдаленных районах должен быть улучшен и обеспечен.
 - Жизненно важные препараты должны быть всегда доступны на первичном уровне медицинской помощи.
 - Будет рекомендована система поставки лекарств, основанная на участии и инициативе общества; махаллинские аптеки и/ или возобновляемый фонд для покупки лекарств
 - Будет осуществлен инвентарный менеджмент в аптечном отделе медицинского учреждения для менеджмента запаса лекарств и адекватного использования бюджета.
 - Обучить персонал, как проверять расход и запас лекарств.
 - Создание системы инвентарного менеджмента
 - Создание коммуникационной системы по инвентаризации лекарств

совместно с областным филиалом Дори-Дармон.

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

- Обзор методов лечения, применяющихся в настоящее время.
- Создание стандартных руководств по лечению.
- Правильные знания по использованию лекарств, использование которых прочно укоренилось среди населения.
- Проведение исследования по предпочтительности лекарств в пилотных областях.
- Создание программы обучения с помощью махалли.

(6) Развитие кадрового потенциала

1) Планирование кадрового потенциала

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

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

2) Система управления и структура медицинского образования.

Появилась необходимость радикальных изменений и новшеств в структуре и процессе медицинского образования на всех уровнях. Такие реформы необходимы для того, чтобы:

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

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

- Создание нормативно-правовой базы для перехода к трех-ступенчатой системе подготовки работников здравоохранения
- Провести пересмотр существующей классификации специальностей и рекомендовать введение новых специальностей, таких как ВОП и медсестра с высшим образованием
- Создание правовой базы для проведения единого государственного экзамена и получения лицензии на право работы
- Утвердить порядок повышения квалификации кадров с учетом введения новых технологий и развития дистанционного обучения, а также внедрения института наставничества;
- Посредством создания правовой базы приоритет распределения медицинских ресурсов будет отдан отдаленным районам.

(7) Первичное здравоохранение.

1) План

Взаимодействие между поставщиками медицинских услуг на основе учреждений ПЗ (СВП, поликлиники) и получателями медицинских услуг, существующее в обществе, вызывают стабильную цепную реакцию соответствующих медицинских услуг. Ограниченный бюджет

здравоохранения должен быть затратно-эффективным (экономически выгодным) и использован с наибольшими результатами. Покупка и продажа квалифицированных медицинских услуг должна быть встречена с удовлетворением как поставщиками, так и получателями, Таким образом, четкая роль и надежные ограниченные ресурсы могут завоевать доверие получателей.

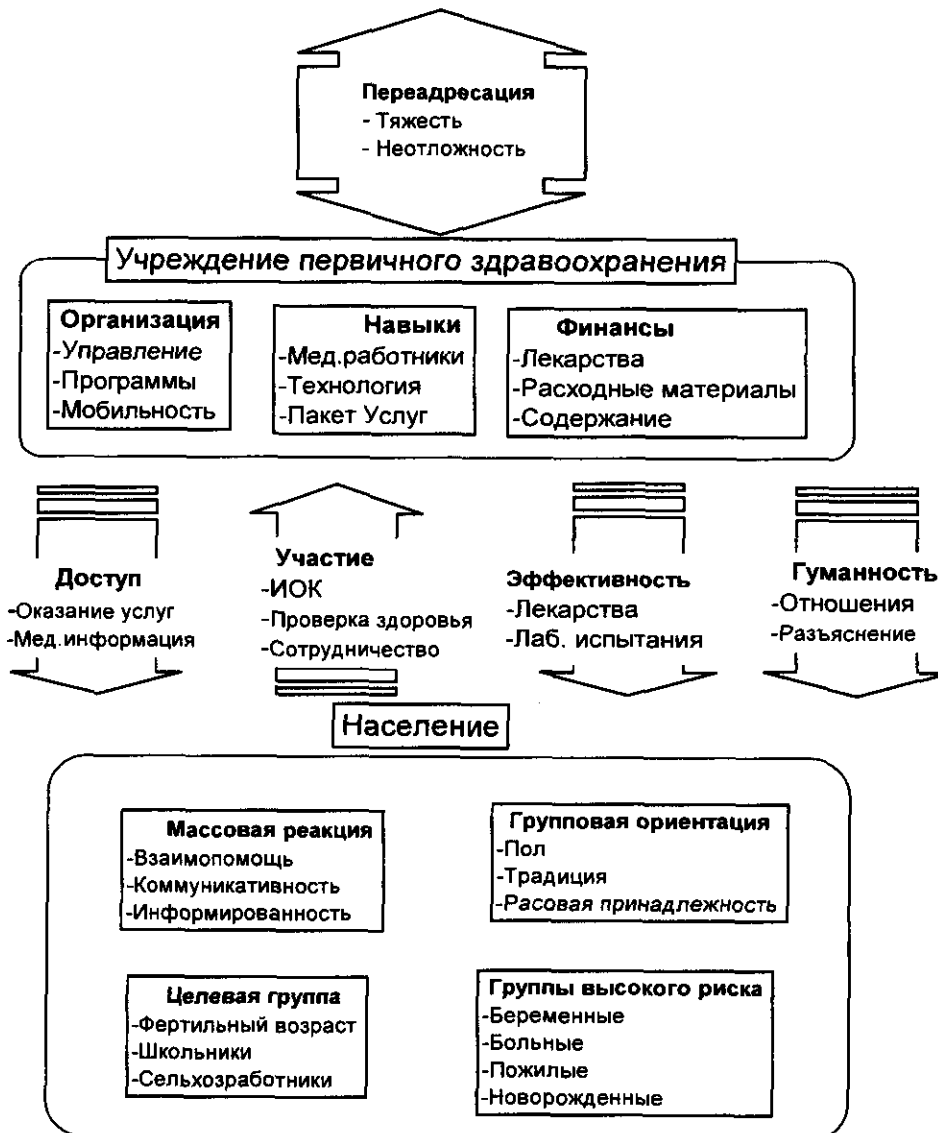


Таблица Р-9 План развития для первичного здравоохранения

2) Рекомендации

Для первичного здравоохранения, ВОП и универсальные сестры – это впервые созданные штатные должности и эти тренинги только что завершились без последующего опыта работы. Навыки управления все еще слабы и пройдет много времени, пока они будут приняты в обществе. Таким образом, стабильность управления постоянно требует консолидации основных необходимых услуг здравоохранения. Это включает логистику лекарств, посещения на дому, штатные должности медицинского персонала и пакет качественных услуг. Совместная программа Всемирного Банка и АБР, следующая после проекта «Здоровье-1» может рассматривать усиление этого равенства и эффективности прежнего пакета услуг.

Для охраны здоровья матерей и детей, при скрининге должны наблюдаться группы высокого риска во время беременности. Чтобы снизить материнскую и детскую смертность, скрининг делает упор на средний период беременности. Как часть продолжающихся усилий по улучшению материнского и неонатального здоровья, может быть рекомендован комплекс мер «мать и дитя». Этот комплекс мероприятий описывает каждое вмешательство, необходимое для достижения «Безопасного материнства» в короткие сроки. Сообщества должны быть укреплены, и надо поддерживать семьи для обеспечения необходимой помощи по улучшению детского выживания, роста и развития. Семьям нужны знания, навыки, мотивация и поддержка.

В целом, в Узбекистане тем или иным образом обеспечивается доступность воды. Проблемой является качество воды и ее количество в некоторых особых районах. Насущными вопросами остаются источники грунтовой воды в сообществе, в регионе Аральского моря, стабильность поставки надежной и безопасной воды. Так как контроль качества грунтовой воды вызывает опасения, принципиальным риском для здоровья человека, связанным с обеспечением населения водой, остаются микробы. Рекомендованные параметры для минимального мониторинга снабжения населения водой – это те, которые наилучшим образом поддерживают гигиеническое состояние воды и снижают риск водных инфекций.

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

Это также важно для других параметров, где лабораторной поддержки не

хватает или где проблемы с транспортировкой сделали бы взятие обычных проб и анализов сложным или невозможным. Следовательно, лаборатория СВП может быть полезной для немедленной проверки. Должно быть обеспечено большее участие учреждений СВП и персонала для проверки воды.

(8) Участие сообщества

- 1) Взаимодействие населения и медицинских учреждений может быть усилено при помощи махалли. Государственные программы реформирования здравоохранения могут распространяться через махаллю.
- 2) В процесс реформирования необходимо привлекать уважаемых лидеров; большая роль и признание должны быть отданы лидерам общины.
- 3) Для того, чтобы разрыв между действующими и бездействующими был уменьшен, обязанности и роль махалли должны быть стандартизованы. Такое положение вещей потребует более пристального контроля финансового положения Махалли.
- 4) Махалле могут быть поручены функции сбора средств общественного страхования, поскольку она уже выполняет подобные задачи.
- 5) Необходимо провести консолидацию для упрощения некоторых пересекающихся задач Хокимията и Фондом Махалли. Это поможет провести более гладко и распространить в Махалле программы по улучшению.
- 6) Прежде всего на национальном уровне должно быть проведено всестороннее и глубокое исследование для оценки связей между махаллями и медицинскими учреждениями, и также для того, чтобы приобрести полное понимание того, как и какие программы и задачи были проведены или не проведены в каждой Махалле. Это определит лучший опыт и проблемы текущего положения дел, и таким образом идентифицирует задачи, которые должна будет выполнять Махалля в будущем.

18.8.2 Комплексная программа улучшения

Территория Узбекистана огромна. Она составляет приблизительно 1,2 территории Японии. Характеристика страны варьируется от региона к региону, однако результаты исследования показали отсутствие значительного различия в структуре болезней. Поэтому настоящий Генеральный план в разработке комплексных стратегий и программ учитывает различия в инфраструктуре, плотность населения и

ситуацию в области оказания медицинских услуг. Эти различия характеристик подразделяются на три модели: i) территория, для которой может быть применена стандартная модель медицинских услуг, ii) городская территория, например город Ташкент, и iii) территория с низкой плотностью населения, такие как Республика Каракалпакстан и Навоийская область (основная задача здесь - это каким образом оказать медицинские услуги в отдаленных населенных пунктах).

(1) Модель стандартных медицинских услуг

- 1) Комплексная системы медицинских услуг на селе на уровне области будут разработаны с учетом того, что ЦРБ и ОЦБ будут играть лидирующую роль. Это соответствует политике децентрализации и улучшит доступ к медицинским учреждениям для сельского населения.
- 2) Будут расширены возможности ЦРБ и ОЦБ для их более эффективного функционирования через создание вышеуказанной системы.
- 3) На уровне районов СВП будут укреплены для выполнения своих функций как первые пункты обращения больных за услугами здравоохранения. Таким же образом, будет создан комплексный механизм для ЦРБ - как первых пунктов обращения больных за стационарными услугами, включая систему лечения, систему направления больных, неотложной помощи, медицинских информационных услуг, профилактической медицины, управления лекарственными средствами, эксплуатации, обслуживания и финансового менеджмента. Внутри ЦРБ, которая является центральной в аспекте предоставления медицинских услуг для района, будет создана система предоставления медицинской информации и поставки лекарств для СВП на основе сотрудничества, где также будет осуществляться координация и контроль между ЦРБ и СВП.
- 4) На уровне области достаточно трудно перевести больного из области в учреждения г. Ташкента. Поэтому будет создана более эффективная система предоставления медицинских услуг на уровне области, где ОЦБ будет играть главную роль. Это потребует консолидации и централизации поликлиник и больниц общего профиля с лабораториями, диагностическим/функциональным обследованием, специализированными медицинскими услугами и неотложной помощью, что обеспечит более эффективное использование медицинских услуг и снизит затраты.
- 5) Для предоставления более квалифицированных медицинских услуг и

правильного финансового менеджмента и управления бюджет осуществлено обучение и подготовка трудовых ресурсов, созданы руководства и стандарты.

- б) Для предоставления эффективных и квалифицированных медицинских услуг будет улучшено состояние медицинских учреждений, их оборудования и запас лекарств. В дополнение к этому, будут усилены система и потенциал проведения лабораторных анализов и диагностического/функционального обследования, управления лекарствами, эксплуатация и обслуживание медицинских учреждений и оборудования.
- 7) Будет создана надлежащая система переливания крови, основанная на донорской крови, для ликвидации дисбаланса в спросе и предложении на областном уровне. Это обеспечит безопасность медицинского лечения.
- 8) Будет введена система Центральной лаборатории; ОЦБ станет ядром этой централизованной системы, таким образом, укрепятся возможности лаборатории, система транспортировки образцов анализов, улучшится точность анализов и снизится их стоимость. Одновременно с консолидацией многочисленных специализированных больниц в единую больницу с хорошо укомплектованными функциями, на областном уровне следует создать централизованную систему диагностических и функциональных обследований.
- 9) Эти программы пытаются внедрить систему эффективного управления и работы в сферу финансирования здравоохранения и подготовки бюджета на уровне области и районов. К тому же будет внедрена система всеобщего охвата медицинским страхованием. Поэтому важно наладить обучение персонала из страховых организаций и финансовых отделов.
- 10) В настоящее время данные и информация, имеющиеся в информационной системе сектора здравоохранения, консолидирована и, поэтому, трудно определить и анализировать ситуацию в конкретном районе и медицинском учреждении. Для решения этой проблемы будет поставлено оборудование на уровень районов для обработки данных, в результате будет сокращено время на сбор и передачу информации и это даст возможность ее своевременного использования. Будут усилены потенциал администрации медицинских учреждений и вопросы планирования посредством использования информации по здравоохранению.

(2) Городская модель медицинских услуг

- 1) Будет создана городская модель медицинских услуг ПЗ. Более того, в

городской местности будут созданы ГВП (городские врачебные пункты) со встроенной системой лечения и направления больных. ВБ предложил ту же концепцию в рамках проекта «Здоровье 2» и, поэтому, важно наладить сотрудничество с международными организациями для обеспечения квалифицированных медицинских услуг ПЗ в городах.

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

(3) Модель медицинских услуг для отдаленной местности

- 1) Основная концепция предоставления медицинских услуг в сельской местности, та же, что и стандартная модель. Эффективная система медицинских услуг для сельской местности будет создана путем создания системы медицинских услуг внутри области. Поэтому будут усилены возможности и функции ЦРБ и ОЦБ.
- 2) В дополнение к этому, медицинские услуги для отдаленной местности включают нижеследующее:
 - В отдаленной местности будет создана модель учреждений ПЗ – СВП. Более того, будет создана система предоставления квалифицированного и эффективного лечения.
 - Будет создана эффективная система направления больных с обеспечением средств коммуникации и транспортных средств.
 - Т.к. ВБ предложил ту же концепцию в рамках проекта «Здоровье 2», важно наладить сотрудничество с международными организациями для обеспечения квалифицированных медицинских услуг ПЗ в отдаленной местности.
 - В случаях большой отдаленности, будут укрепляться услуги ФАП под контролем ЦРБ и СВП
 - Такая медицинская деятельность, как посещение на дому и педиатрическая помощь по месту жительства, в отдаленной местности будет усилена в аспекте проведения профилактической работы
- 3) Исходя из положений законов, приоритет при распределении медицинских ресурсов будет отдан отдаленным местностям. Существующая система распределения бюджета здравоохранения основана строго на подушевом финансировании, что препятствует осуществлению адекватных медицинских услуг. Независимо от размера медицинских учреждений невозможно избежать минимальных фиксированных затрат. В дополнение к этому, центральное правительство и органы власти на местах должны назначать медицинский персонал для работы в отдаленной местности.
- 4) Для отдаленной местности, в частности, рекомендуется системы поставки лекарств, основанной на участии населения и инициативы: махаллинские аптеки и/или возобновляемый фонд для покупки лекарств
- 5) Другой поход, отличающийся от модели стандартных медицинских услуг, должен быть рассмотрен для принятия во внимание доступности медицинских