

ГЛАВА 3
КООРДИНАЦИЯ И ПОДХОД «УЧАСТИЯ»

3. Координация и подход «участия»

3.1 Объяснение и обсуждения Первоначального отчета

Группа изучения ЛСА представила и объяснила Первоначальный отчет (в дальнейшем именуемый как «IC/R») узбекской стороне (Министерству Здравоохранения) и другим смежным организациям. После этих обсуждений, 22 ноября 2002 года был подписан Протокол обсуждений по Первоначальному отчету между Группой изучения ЛСА и Министерством Здравоохранения. В соответствии с Первоначальным отчетом, технические работы были выполнены Группой изучения ЛСА совместно с местными партнерами.

3.1.1 Совещание партнеров в отношении Первоначального отчета

В соответствии с Первоначальным отчетом, узбекская сторона уполномочила Группу партнеров для гладкого выполнения исследования. Первая встреча партнеров, посвященная вопросам начального отчета, была проведена 11 ноября 2002 года, в актовом зале Министерства Здравоохранения.

На встрече присутствовали заместители министра, партнеры (руководители каждого департамента или представители (см. Таблицу 3.1)).

(1) Цели

- 1) Представить членов группы изучения ЛСА и местных партнеров.
- 2) Разъяснить местным партнерам содержание изучения.
- 3) Достичь единого мнения среди членов группы изучения ЛСА и партнеров.
- 4) Определить основные проблемы и факторы, влияющие на сферу здравоохранения и оказания медицинского обслуживания в Узбекистане

(2) Обсуждения и комментарии

- 1) Первым шагом изучения Генерального плана станет осуществление совместной оценки существующей Государственной программы реформирования системы здравоохранения (1998-2005гг.) Узбекской стороной и Группой изучения ЛСА. Узбекская сторона заверила в своей готовности к полному сотрудничеству и заинтересованности в изучении.
- 2) Узбекская сторона утвердила пять областей для базового изучения,

предложенные Группой изучения ЛСА. Кроме того, узбекская сторона предложила включить одну область Ферганской долины.

3.1.2 Координационный комитет по Первоначальному отчету

Первая встреча Координационного комитета состоялась 21 ноября 2002 года в актовом зале Министерства Здравоохранения. Координационный комитет был сформирован узбекской стороной с целью оказания помощи в координации исследования. Координационный комитет заседает под председательством господина Ходжибекова М.Х., Заместителя Министра Здравоохранения.

(1) Члены Координационного комитета

- | | |
|---|--|
| 1) Кабинет Министров | Владислав Болкунов
Главный специалист социального комплекса |
| 2) Министерство макроэкономики и статистики | Хасанов Абдухалил
Директор Департамента Социального Развития |
| 3) Департамент нешнеэкономических связей | Махмуд Ходжиметов
Главный специалист по тихоокеанскому региону |
| 4) Министерство финансов | Сухроб Максудов
Специалист |
| 5) Министерство здравоохранения | Г-н Ходжибеков Марат
Заместитель министра
Г-н Сидиков Абдунамон
Начальник департамента международных связей |

(2) Цели

- 1) Предоставить отчет о ходе подготовки проекта Генерального плана соответствующим официальным представителям узбекской стороны.
- 2) Достичь взаимопонимания между Группой изучения и представителями правительства Узбекистана в отношении вопросов здравоохранения и медицинских услуг, а также разработать систему сотрудничества заинтересованных сторон.
- 3) Подтвердить важность укрепления источников финансирования здравоохранения, с проведением презентаций по системе страхования здоровья крупнейших индустриальных стран.
- 4) Определить основные проблемы и факторы, влияющие на сферу

здравоохранения и оказания медицинских услуг в Узбекистане.

(3) Обсуждения и комментарии

- 1) Для достижения цели, а именно для улучшения состояния здоровья населения Узбекистана, Группа изучения ЛСА обратилась с просьбой о содействии и координации соответствующих узбекских официальных органов.
- 2) Группа изучения ЛСА дала общую информацию по системам финансирования сферы здравоохранения и страхованию здоровья, существующих в других странах.
- 3) В ответ на вопрос члена Координационного комитета в отношении наиболее подходящей модели медицинского страхования в Узбекистане, Группой изучения ЛСА были даны объяснения, что соответствующая модель должна быть подготовлена на основе обмена информацией и анализа результатов полевых исследований, проведенных совместно с узбекской стороной.
- 4) Председатель утвердил содержание Первоначального отчета, который был одобрен Координационным комитетом, и обратился к соответствующим министерствам с просьбой об оказании содействия и помощи в осуществлении изучения.

3.1.3 Круглый стол по Первоначальному отчету

Первая встреча за круглым столом состоялась 25 ноября 2002 года в Пресс-Центре Узбекистана в Ташкенте. Во встрече приняли участие более 30 представителей международных донорских организаций и НПО, работающих в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания в Узбекистане. (см. Таблица 3.2)

(1) Цели

- 1) Достичь понимания по общему содержанию проекта Генерального плана с международными донорскими организациями и НПО.
- 2) Достичь единого мнения между Группой изучения, международными организациями, донорами и НПО в отношении вопросов здравоохранения и медицинских услуг, а также наладить партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами.
- 3) Определить основные проблемы и факторы, влияющие на сферу здравоохранения и медицинских услуг в Узбекистане

- 4) Определить статус введения программы в действие, выгоды от ее внедрения и вопросы участия каждой международной организации/донора/НПО.

(2) Обсуждение и комментарии

- 1) Международные донорские организации выразили большую заинтересованность в проведении изучения ЛСА и дали согласие на участие и оказание помощи в процессе осуществления изучения.
- 2) Представляется особо важным обмен информацией между организациями, имеющими опыт реализации проектов по развитию здравоохранения в Узбекистане, обмен различным опытом в сфере существующих проблем и их решений.
- 3) В прошлом координация деятельности международных проектов была недостаточной. Именно поэтому представляется важным сотрудничество различных донорских организаций в ходе реализации соответствующих проектов.
- 4) Всемирный банк и USAID уже занимались реализацией проектов в Ферганской области, и данный регион должен быть выбран как пилотным районом для исследования ЛСА.
- 5) Для эффективного обмена мнениями рекомендуется проводить рабочие заседания с приглашением международных доноров на рабочем порядке.

3.1.4 Семинар по Первоначальному отчету

Первый семинар по объяснению и обсуждению Первоначального отчета был проведен 30 ноября 2002 г. в зале заседаний Министерства Здравоохранения. В качестве участников были приглашены местные партнеры, директора и/или заместители начальников областных департаментов здравоохранения, начальники финансовых департаментов областей и руководители департаментов здравоохранения пилотных районов. Они являются главными представителями сектора медицинского обслуживания в системе здравоохранения Узбекистана (см. Аппендикс, таблицу 3.3). Была проведена презентация системы финансирования здравоохранения.

(1) Цели

- 1) Достичь взаимопонимания по общему содержанию проекта Генерального

плана.

- 2) Достичь согласия между Группой изучения и участниками семинара, а также наладить партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами.
- 3) Определить основные проблемы и факторы, влияющие на сферу здравоохранения и медицинских услуг в Узбекистане.
- 4) Подтвердить важность укрепления источников финансирования здравоохранения, с проведением презентаций по системам страхования здоровья в крупнейших индустриальных странах.
- 5) Отобрать пилотные районы для изучения.

(2) Обсуждения и комментарии

- 1) Во-первых, были отобраны пилотные районы изучения.

Город Ташкент	: Хамзинский район
Ташкентская область	: Зангиатинский район
Самаркандская область	: Самаркандский район, Нарпайский район
Бухарская область	: Каракульский район, Жондорский район
Навоийская область	: Кизил тепинский район, Канимехский район
Республика Каракалпакистан	: район Беруни, Тахтакупырский район

- 2) Данное изучение предполагает совместную с узбекской стороной оценку результатов внедрения Государственной программы реформирования системы здравоохранения (1998-2005 гг.)
- 3) Узбекская сторона заверила в своей готовности оказать содействие в проведении изучения.
- 4) Для оказания соответствующих медицинских услуг представляется важным обеспечение адекватного финансирования. Разработка системы финансирования здравоохранения, соответствующей местным условиям, должна проводиться путем анализа систем финансирования здравоохранения зарубежных стран и ситуации в Узбекистане.

3.2 Рабочие группы

Группа изучения ЛИСА организовала рабочие группы для того, чтобы провести анализ результатов и данных, определить наилучшие опыты, проблемы и

сдерживающие моменты в нынешнем состоянии здравоохранения Узбекистана. На последнем этапе, эти рабочие группы сформулируют способы разрешения проблем и программ улучшения. Были организованы 12 маленьких рабочих групп, чтобы обеспечить возможность обсуждения актуальных тем в соответствии с подсекторами и программами развития каждого сектора.

(1) Характеристика малых рабочих групп

12 маленьких технических рабочих групп были организованы в соответствии с подсекторами и программами развития каждого сектора, чтобы провести обсуждение актуальных тем.

(2) Специфика малых рабочих групп

- 1) Группа №1 Финансирование здравоохранения, страхование и частная медицина
- 2) Группа №2 Логистика поставки медикаментов и медицинского оборудования
- 3) Группа №3 Охрана здоровья матери и ребенка
- 4) Группа №4 Санитария, гигиена и инфекционные заболевания
- 5) Группа №5 Качество медицинских услуг
- 6) Группа №6 Развитие кадрового потенциала
- 7) Группа №7 Первичное звено здравоохранения и пропаганда здоровья
- 8) Группа №8 Неотложная медицина
- 9) Группа №9 Специализированная медицинская помощь
- 10) Группа №10 Информационная система здравоохранения
- 11) Группа №11 Образование медсестер
- 12) Группа №12 Система управления здравоохранения и законодательная база

(3) Члены рабочих групп

- 1) Министерство Здравоохранения (партнеры, начальник и зам. начальника департамента),
- 2) Другие министерства, имеющие отношение к управлению сектора здравоохранения (Кабинет Министров, Министерство финансов, Министерство макроэкономики и статистики, Министерство высшего и средне специального образования),
- 3) Организации и предприятия, действующие в сфере медицины (РИАЦ, Дори-Дармон, Узтибтехника, Узмедимпорт, Тибтаминот, и т.п.),
- 4) Международные организации (ВОЗ, UNICEF, UNESCO, USAID, CDC, Euro

- Aid, GAVI, Проект «Здоровье», ZdravPlus, и т.п.),
- 5) Негосударственные организации (ассоциация врачей, ассоциация медсестер, и т.п.),
 - 6) Начальники департаментов и специалисты департаментов здравоохранения областей и районов,
 - 7) Директора и специалисты медицинских учреждений и институтов,
 - 8) Группа изучения ЛСА.

Первое пленарное заседание рабочих групп состоялось 31 января 2003 г. в зале заседания Министерства Здравоохранения. Участники одобрили создание 12 маленьких рабочих групп и утвердили их членов, план работы рабочих групп, цели и задачи каждой группы. Каждая группа начала свою работу 3 февраля 2003 г. План и расписание работы показаны ниже:

Таблица 3.1 Расписание рабочих групп

Дата/период	Встреча	Деятельность рабочих групп
31 января 2003 г.	1	Организация рабочих групп
С 3 по 7 января 2003 г.	2	Совещание каждой рабочей группы (по секторам и предмету обсуждения), обсуждение первой фазы исследования
Начало марта 2003 г.	3	Пленарное заседание (для промежуточного отчета)
С середины до конца марта 2003 г.	4	Совещание каждой группы (по секторам и предмету обсуждения), обсуждение промежуточного отчета и результатов основного исследования
Апрель 2003 г.	5	Так же как и выше
Середина мая 2003 г.	6	Пленарное заседание (по результатам исследования первой фазы)
С середины мая до середины июня 2003 г.	7	Совещание каждой группы (по секторам и предмету обсуждения), обсуждение исследования второго основного исследования
С середины июля до начала апреля 2003 г.	8	Совещание каждой группы (по секторам и предмету обсуждения), обсуждение исследования второй базисной линии
С начала до середины августа 2003 г.	9	Совещание каждой группы (по секторам и предмету обсуждения), подведение итогов каждой группы
Середине августа 2003 г.	10	Совместная заключительная встреча

Группа №12 состоит из заместителей Министра Здравоохранения, представителей Министерства Здравоохранения и группы изучения ЛСА. Рабочая группа №12 имеет административную и координационную функцию. Эта координационная рабочая

группа будет рассматривать результаты работы рабочих групп каждого подсектора и предлагать их окончательное решение и план.

3.3 Объяснение и обсуждение Промежуточного отчета

Группа исследования ЛСА предоставила узбекской стороне - г-ну Назирову Ф, Министру здравоохранения, Промежуточный отчет по исследованию первой фазы. Обсуждение Промежуточного отчета проведено 5 и 6 марта 2003 г. Список участников данного обсуждения прилагается в Таблице 3.4.

Семинар для объяснения Промежуточного отчета состоялся 6 марта 2003 г. в зале заседания Министерства Здравоохранения. Участниками этого семинара были члены рабочих групп (заместители министров, партнеры, и/или заместители начальников управлений, доноры, представители Министерства макроэкономики и статистики и т.д.). Список участников этого обсуждения прилагается в таблице 3.5.

(1) Цели

- 1) Ознакомить с содержанием Промежуточного отчета участников семинара.
- 2) Достичь согласия между Группой изучения ЛСА и участниками семинара, а также наладить партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами.
- 3) Определить лучшие практики, проблемные моменты и моменты, препятствующие развитию медицинского обслуживания.
- 4) Подтвердить фундаментальные принципы для разработки схемы будущей работы, основной плановый подход для формулирования Генерального плана и программ по улучшению в соответствии с Генеральным планом.

(2) Дискуссия и комментарии

- 1) И узбекская, и японская стороны согласились с содержанием Промежуточного отчета.
- 2) Узбекская сторона предложила расширить область изучения и включить в изучение Ферганскую долину с учетом ее значимости.
- 3) Необходимость стажировки в Японии узбекского партнера (партнеров) с целью передачи технологии.
- 4) Узбекская сторона согласилась с подходом реформирования

здравоохранения и осуществлением расходования бюджета здравоохранения.

- 5) Профилактическая помощь имеет очень важное значение, чтобы свести до минимума расходы на медицинское обслуживание.
- 6) И узбекская, и японская сторона будут продолжать формулирование программ по улучшению на основе сотрудничества и связей.
- 7) Формулирование программ по улучшению будет осуществлено не только по секторам, но по всестороннему и всеобъемлющему подходу.

3.4 Разъяснение и обсуждение проекта окончательного отчета

В результате проведения изучения для Генерального плана, группа изучения ЛСА предоставила Проекта окончательного отчета узбекской стороне, представителем которого является проф. Назиров Феруз Г., Министр здравоохранения. Обсуждения проекта окончательного отчета проводились 15 и 16 сентября 2003 г. Список присутствующих этих обсуждений прилагается в Аппендиксе (Протокол совещаний для проекта окончательного отчета).

Семинар для разъяснения и обсуждений проекта окончательного отчета состоялся 17 сентября 2003 г. в зале заседания в Министерстве Здравоохранения. Участниками являются члены рабочих групп (заместитель министра, партнеры, директора и/или заместителя директоров департамента, доноры и другие) и представители областных управлений здравоохранения. Список участников прилагается в таб. 3.5, в Аппендиксе.

(1) Цели

- 1) Разделить понимание содержания проекта окончательного отчета с участниками семинара.
- 2) Иметь консенсус между узбекской стороной, донорами, неправительственными организациями и группой изучения ЛСА.
- 3) Подтвердить цели и стратегии Генерального плана, секторальной и региональной программ улучшения, программу приоритетности в рамках Генерального плана.
- 4) Продвинуть реализации программу приоритетности в рамках Генерального плана.
- 5) Провести презентацию географическую систему информации, разработанную

группой изучения ЛСА в процессе изучения Генерального плана.

(2) Обсуждения и комментарии

- 1) Содержание Проекта окончательного отчета одобрено Министерством Здравоохранения.
- 2) Узбекская сторона подтвердила, что реформы финансирования здравоохранения должны быть продолжены с возможностью введения системы медстрахования.
- 3) Узбекская сторона согласилась с тем, чтобы сделать все, что возможно с целью осуществления Генерального плана и программ, предлагаемых в проекте окончательного отчета.
- 4) Проект осуществлен по инициативе узбекской стороны.
- 5) Обе стороны согласились, что узбекская сторона будет послать комментарий к проекту окончательного отчета в письменном виде, если таких имеется.

ЧАСТЬ II. СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ГЛАВА 4
АДМИНИСТРАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Часть II Ситуация в секторе здравоохранения

4. Администрация здравоохранения

4.1 Администрация и организация здравоохранения

В Узбекистане, организация и управление системой здравоохранения находится в ведении Президента, Кабинета Министров, Министерства Здравоохранения, Министерства Финансов, Министерства Экономики и Государственного комитета по статистике. Областные и районные управления здравоохранения осуществляют управление в сельской местности. Министерство Здравоохранения - главное ведомство, которое отвечает за систему медицинского обслуживания в стране.

Кабинет Министров под председательством Президента несет ответственность за проведение политики и стратегии в системе здравоохранения. Финансирование здравоохранения определяется Министерством Здравоохранения. Административный механизм не дает обычным министерствам, включая Министерство Здравоохранения, права принимать окончательное решение по вопросам финансирования и политики. Структура управления в секторе здравоохранения в Узбекистане показана ниже:

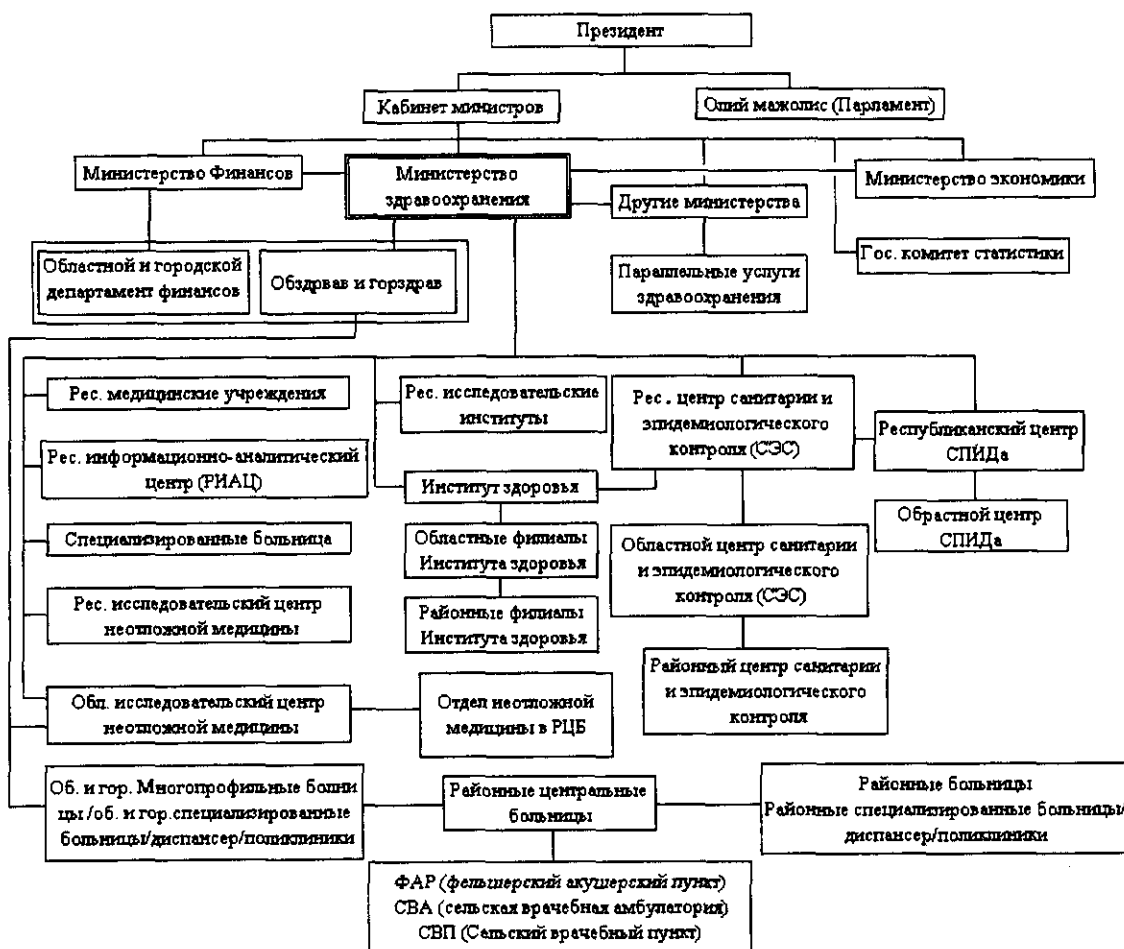


Схема 4.1

Структура управления сектором здравоохранения в Узбекистане

Основные функции Министерства Здравоохранения перечислены ниже;

- 1) Разработка и регулирование законодательства здравоохранения.
- 2) Определение стандартов качества и компонентов медицинского обслуживания.
- 3) Контроль качества здравоохранения.
- 4) Идентификация приоритетов для медицинских научных исследований.
- 5) Контроль здоровья населения.
- 6) Разработка учебного плана для обучения работников здравоохранения.
- 7) Выдача лицензий и удостоверений для лиц, оказывающих медицинские услуги.

Функции основных департаментов в Министерстве Здравоохранения изложены ниже:

- 1) Центральный орган Министерства Здравоохранения, принимающий решения, называется «Коллегией». «Коллегия» состоит из Министра Здравоохранения, заместителей министра и ведущих руководителей Минздрава, которые назначены Кабинетом Министров.
- 2) Главное управление по оказанию лечебно-профилактической помощи несет ответственность за общее управление и проведение контроля за медицинским обслуживанием.
- 3) Главный департамент санитарно-эпидемиологического надзора несет ответственность за всеобъемлющий контроль санитарии и инфекционных заболеваний.
- 4) Главное управление по экономике и финансированию управляет бюджетом Минздрава и государственных медицинских учреждений и проводит мониторинг финансирования здравоохранения.
- 5) Главное управление науки, кадров и медицинского образования выполняет роль по обучению медицинских персонала и подготовки кадров для сектора здравоохранения.
- 6) Главное управление охраны здоровья матери и ребенка осуществляет контроль над учреждениями по охране здоровья матери и ребенка.
- 7) Главное управление материально-технического снабжения материалов управляет программами для медицинского оборудования и медицинских учреждений.
- 8) Главная инспекция по контролю несет ответственность за контроль осуществления реформ здравоохранения, обеспечение законодательной системы поставки медикаментов, проведение инспектирования законодательных документов, предоставленных другими управлениями.

После организационного преобразования у Минздрава имеются полуприватизированные компании, такие как Дори-Дармон и Медтехника. Дори-Дармон является компанией по обеспечению медикаментов, Медтехника является агентством по поставке медицинского оборудования.

После приобретения независимости Правительство Узбекистана приняло систему децентрализации. Бюджетные и административные обязанности были переданы от

центральных органов управления в ведение областных органов. Соответственно в сельских районах также создано управление здравоохранения, находящееся под контролем областной администрации. Областная администрация называется «Хокимият». Руководителя «Хокимията» зовут «Хоким», и его назначает Президент.

Для управления здравоохранением в сельских районах, Минздрав автономной Республики Каракалпакстан исполняет роль по управлению здравоохранением в Каракалпакстане, и областное управление здравоохранения несет ответственность за управление системой здравоохранения в области и городе Ташкенте. Минздрав тесно связано с вышеупомянутыми сельскими организациями. Что касается создания программ здравоохранения в каждой области, согласно программе, сформулированной Минздрава, каждое областное управление здравоохранения готовило программу развития на уровне области и план действия, соответствующий действительным условиям каждой области.

Организации управления здравоохранения на центральном и сельском уровнях показаны на следующих схемах.

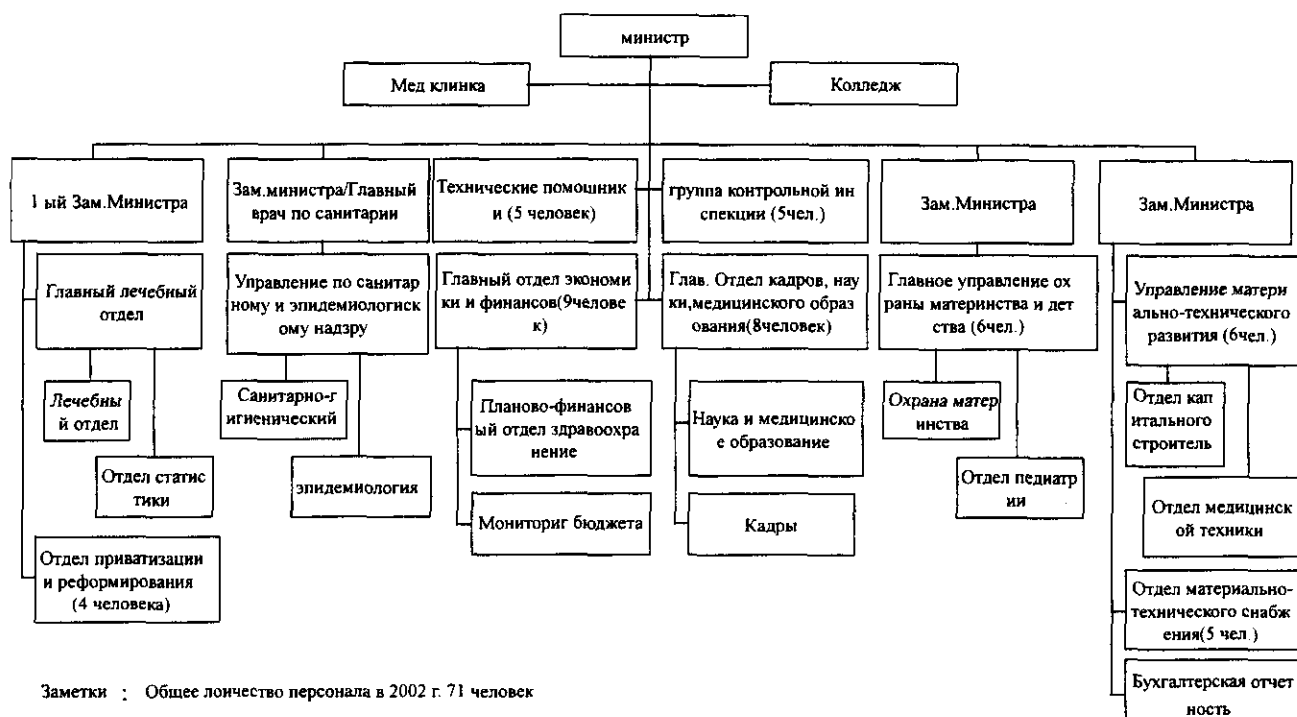


Схема 4.2 Организационная структура Министерства здравоохранения

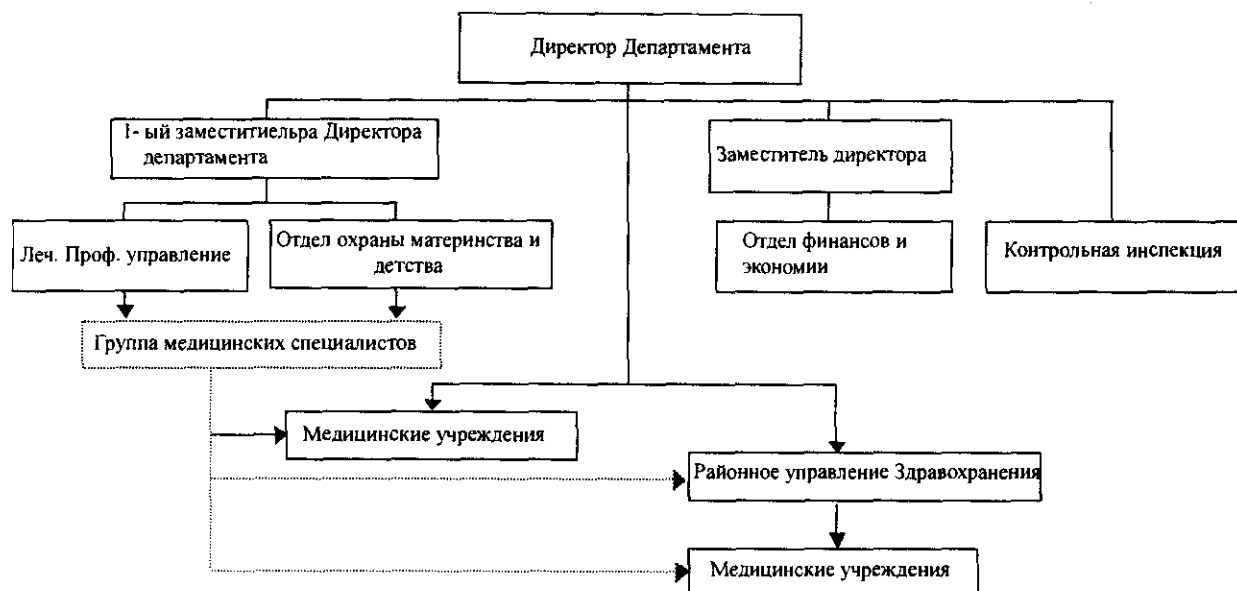


Схема 4.3 Схема структуры областного управления здравоохранения

4.2 Программы развития и соответствующие нормативные акты.

(1) Национальная программа

В соответствии с Конституцией 1992 г. всем гражданам гарантированы права на получение качественного медицинского обслуживания и социальную защиту.

Правительство Узбекистана приняло закон «О защите здоровья граждан Республики Узбекистан» от 29 августа 1996 г. с учетом возникших проблем во времена бывшего Советского Союза. Цель этого закона заключается в обеспечении качественного медицинского обслуживания для населения Узбекистана. Основные концепции этого закона показаны ниже:

- 1) Права граждан на получение медицинского обслуживания.
- 2) Доступность медицинского обслуживания для всего населения.
- 3) Основное внимание уделено профилактике заболеваний.
- 4) Обеспечение социальной безопасности граждан.
- 5) Интеграция теории и практики.

Правительство Узбекистана сформулировало Указ Президента №2107 на основе «Государственной Программы реформирования здравоохранения (1998~2005гг.)» от 10 ноября 1998 г., которая предусматривает укрепление системы здравоохранения и медицины для населения Узбекистана (см. Вспомогательный отчет 4.1). Основные

концепции реформирования здравоохранения приведены ниже:

- 1) Обеспечение лучшего и качественного медицинского обслуживания и социальной защиты.
- 2) Равный доступ к медицинскому обслуживанию.
- 3) Введение рыночных принципов и механизма в систему здравоохранения.
- 4) Создание эффективной системы охраны здоровья матери и ребенка.
- 5) Развитие профилактических услуг здравоохранения.
- 6) Улучшение системы финансирования здравоохранения.
- 7) Обеспечение качественных услуг первичной медико-санитарной помощи.
- 8) Укрепление системы экстренной медицинской помощи.
- 9) Улучшение системы направления (переадресации) пациентов.
- 10) Усовершенствование эффективной системы управления здравоохранением.
- 11) Создание законодательной базы для реформирования здравоохранения.
- 12) Повышение качества обучения медицинских кадров.

В соответствии с вышеуказанной программой реформирования Всемирный банк внедряет пятилетнюю программу проект «Здоровье-1», которая направлена на укрепление первичного звена здравоохранения в сельской местности.

До разработки программы реформирования в мае 1996 г. вышло постановление Кабинета Министров №180 «Программа по развитию инфраструктуры в сельской местности». В этом постановлении предусмотрено улучшение медицинских учреждений первичного звена здравоохранения и переквалификация медицинских кадров.

(2) Программа на уровне областей

Областное управление здравоохранения отвечает за управление здравоохранением и обеспечение медицинского обслуживания в области. Поэтому каждое ОбЗдрав разрабатывает пятилетнюю программу развития и годовой план действия.

(3) Соответствующие законодательные акты

Минздрав разрабатывает законы, положения, стандарты для качественного и количественного улучшения медицинского обслуживания. Кабинет Министров принимает законы в области здравоохранения. Минздрав издает законы для распределения медицинских ресурсов в медицинских учреждениях на уровне

областей и районов.

Областное управление здравоохранения отвечает за управление здравоохранением и медицинским обслуживанием и распределение медицинских ресурсов в медучреждениях на основе директив от Минздрава.

Хотя переход к новому строю идет постепенно, законодательство и прежняя система во времена Советского Союза еще действуют в той или иной части и наблюдается неэффективность. Таким образом, трудно проводить рациональное использование медицинских ресурсов, деятельность медицинских кадров и медицинское обслуживание ограничены существующими стандартами и постановлениями.

(4) Децентрализация и приватизация

Указ Президента №36 был издан 26 января 1994 г. Основной идеей этого указа является стимулирование процесса децентрализации и приватизации. В дополнение к этому указу, Кабинетом Министров были разработаны постановление №378 в июле 1994 г. о децентрализации и приватизации Министерства здравоохранения и постановление №354 в июле 1994 г. о создании частных медицинских учреждений. В результате были созданы частные аптеки и частные медицинские учреждения. Кроме того, управление медицинскими учреждениями в сельских местностях было передано областным администрациям.

Осуществление политики децентрализации, распределение бюджета и назначение медицинских кадров соответствующим образом проводятся с учетом состояния сельской местности. Более того, Минздрав, налаживая тесные контакты с областными администрациями, прилагает усилия, чтобы развивать здравоохранение и медицинское обслуживание. Тем не менее, в вопросе администрирования и управления здравоохранением не хватает всеобъемлющей точки зрения на здравоохранение страны в целом. Кроме того, в зависимости от социально-экономического состояния в некоторых областях не очень эффективно осуществляется управление медицинским обслуживанием. Поэтому эти области должны иметь законодательную базу или осуществлять стратегию при помощи центральной администрации.

В соответствии с политикой приватизации, Министерством Здравоохранения

выдано более 2,500 лицензий терапевтам на частную медицинскую деятельность к 2002 г. и было создано 2,653 частных медучреждений и более 4,000 частных аптек. Однако, частные медицинские организации находятся вне правительственной структуры. На частный сектор стандарты и руководства управления учреждениями и кадрами не распространяются, и контроль за качеством обслуживания часто не проводится.

ГЛАВА 5
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5. Финансирование здравоохранения

5.1 Введение

В Узбекистане, в отличие от стран с более открытой экономической системой, информация о базе данных экономического развития и системы здравоохранения в силу централизованного управления не имеют широкого доступа. Данные, используемые в данной главе, были отобраны из проведенных встреч и предоставлены Правительством Узбекистана. Это показывает, что соответствующий сбор достоверных данных и доступ к ним способен усилить процесс принятия решений в секторе здравоохранения в целом и в области финансирования здравоохранения в частности. Были также использованы отчеты донорских организаций и агентств по содействию с целью восполнения недостающей информации. Этот раздел резюмирует основные положения промежуточного отчета.

Узбекистан в настоящее время вступил в процесс реформирования здравоохранения с целью улучшения состояния здоровья граждан страны. Важной частью процесса реформирования является финансирование здравоохранения, при этом почти половина средств направляется на организацию и строительство материальной базы сектора здравоохранения. Это отражает серьезность намерений правительства продолжить и улучшить все те достижения в здравоохранении, которыми пользовалось население на протяжении длительного времени.

5.2 Объект обсуждения

На рисунке 5.1 представлен обзор той важной роли, которую играют вопросы финансирования в системе здравоохранения. Финансирование в сфере здравоохранения служит связующим звеном между элементами спроса и предложения в рамках структуры рынка. При социалистической системе гарантированность здравоохранения притягивает поток финансирования в сторону предложения. Пациенты и домохозяйства являются пассивными участниками и не формируют покупательную способность при получении медицинских услуг. Структура предложения строится вокруг предполагаемых потребностей населения, при этом основным источником пополнения материальной базы являются налоги и

государственные доходы. Влияние такой системы на использование медицинской помощи, охват населения, организацию системы и качества медицинских услуг является объектом анализа. В этой главе рассматриваются вопросы финансирования, что позволит определить контекст обсуждения плана действий в другой главе данного отчета.

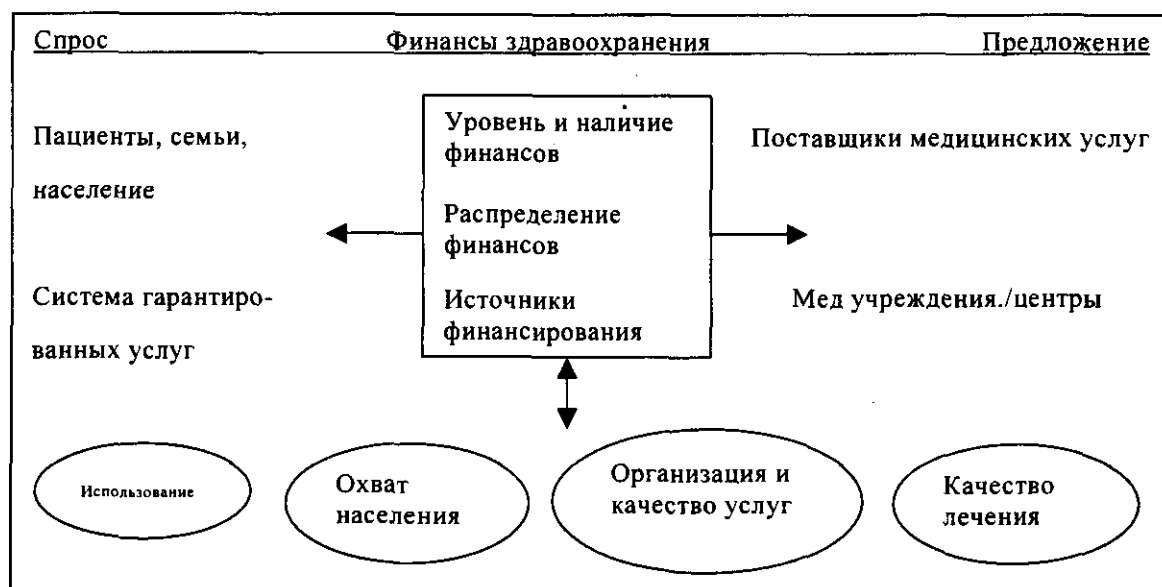


Схема 5.1 Финансирование в сфере здравоохранения: обзор

5.3 Вопросы финансирования в сфере здравоохранения

5.3.1 Уровень финансирования

Правительство Узбекистана выделило 173,5 миллиардов сум на здравоохранение в 2002 г., что в пересчете на душу населения дает 6 831 сум. Это на 45,3 процента превышает бюджетное ассигнование в 119, 4 миллиарда сум в предыдущем (2001г.) году. На макроэкономическом уровне бюджет на здравоохранение составляет 9,3 процента государственных расходов и около 2,4 процентов внутреннего валового продукта (ВВП), что является низким показателем по международным стандартам, обычно это составляет около 5-6 процентов. Согласно рекомендациям Комиссии по макроэкономике и здравоохранению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) уровень расходов государства на здравоохранение должен составлять около 4,5 процентов от ВВП в 2002 г. и повышать этот уровень на 0, 5 процента ежегодно до 5,5 процентов к 2007 году.

При имеющемся текущем дефиците, в качестве приоритета в следующих бюджетных годах следует предусмотреть удвоение доли государственных расходов на здравоохранение. В целом, это возможно, поскольку в последние годы в стране наблюдался прирост ВВП около 4,2 процента.

5.3.2 Бюджетное ассигнование и распределение

Таблица 5.1 показывает, что расходы на зарплату составляют основной компонент бюджета здравоохранения, достигая 63 процентов. На самом деле доля расходов на зарплату возросла на 27 процентов в 1998 г. (год начала реализации реформ). Сокращение расходов на зарплату в 2000-2001 гг. было больше, чем в 2002г привело к представленному уровню в 2002 г. Доля расходов на медикаменты остается устойчивой, составляя 10 процентов и остается неизменной в последние три года, что намного ниже уровня в 12 процентов в 1998 г. За тот же самый период бюджет на оборудование снизился с 8,0 процентов в 1998 г. до 2 процентов в 2002 г. Такое снижение бюджетных ассигнований может быть объяснено переходом на кредитные и гуманитарные источники, которые являются отдельными источниками бюджета.

Таблица 5.1 Распределение бюджета министерства здравоохранения (1998-2002)

(%)

	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Всего (млрд.сум)	41,7	56,7	82,1	119,4	173,5
Зарплата	36,0	58,0	58,0	42,0	63,0
Коммунальные услуги	12,0	12,0	9,0	9,0	7,0
Питание	10,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Медикаменты	12,0	11,0	10,0	10,0	10,0
Оборудование	8,0	2,0	3,0	2,0	2,0
Материальное снабжение	2,0	1,0	1,0	1,0	0,0
Кап. ремонт	3,0	3,0	5,0	4,0	2,0
Разное	17,0	4,0	6,0	23,0	6,0

Отдел экономики, Минздрав Руз.

Данная таблица индикаторов доказывает, что при выделении большей части бюджетных расходов на зарплату, очень мало остается на медикаменты, расходные материалы и оборудование. Несомненно, страдает качество медицинских услуг.

Такой процесс бюджетного распределения демонстрирует модель распределения, в значительной степени основанную на распределении населения. В регионах или провинциях с меньшим количеством населения уровень бюджетных выделений меньше, а в областях с большим населением – больше. Это становится возможным, в основном, потому что региональные бюджеты составляют 89% источников бюджета здравоохранения. По-видимому, бюджетные ассигнования основываются скорее на размере населения, а не потребностях в медицинских услугах. *Бюджетное распределение не отражает различные потребности в услугах здравоохранения.* Регионы с меньшим количеством населения могут быть одновременно и более бедными, с большими потребностями в здравоохранении и требуют больше бюджетных вложений.

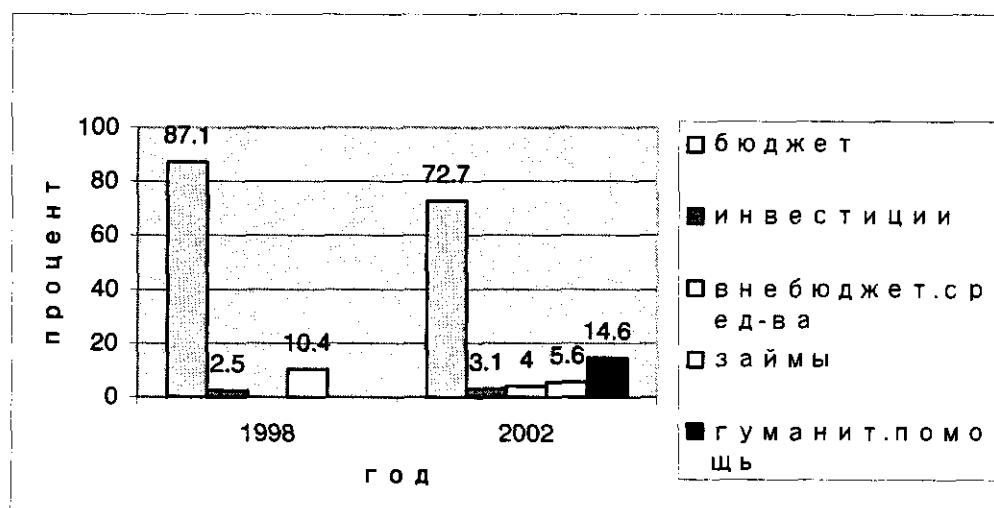
По всей стране инфраструктура системы здравоохранения более или менее сходна. Инфраструктура здравоохранения, которая большей частью была унаследована от бывшего Советского Союза, была запланирована таким образом, что на каждом административном уровне (области, города и районы) имелись медицинские учреждения, которые могли считаться “филиалами” вышестоящих учреждений. Имеются больницы для взрослых, детей и роддома, а также специализированные медучреждения и клиники на каждом уровне по всей стране. Эти медучреждения укомплектованы штатом таким образом, что соотношение количества медработников к населению в стране соперничает с более богатыми странами. Но, *при снижающихся налоговых поступлениях, дублирование и избыточность чрезвычайно велики и их невозможно поддерживать.* Рассмотрение бюджетов областного уровня обнаруживает мало различий в моделях бюджетного финансирования различных областей, и мало отклонений между планируемыми бюджетами и действительными расходами (см. Промежуточный отчет).

Унаследованная бюджетная система предусматривает финансирование на основе пропускной способности и количества больничных коек. Это вызвало не только появление медучреждений все большего и большего размера, но также и *экономически неэффективный коэффициент использования.* Средняя продолжительность пребывания пациента в больнице составляет 12,1 дней. Эта цифра, на самом деле представляет собой улучшение по сравнению с более длительными сроками пребывания до 1998 г. Доля расходов на

госпитализированных пациентов в общих медицинских расходах составляет 45,7 процентов, это намного выше, чем в более богатых странах.

5.3.3 Источники финансирования

Для бюджетных статей, которые претерпели в последнее время резкое снижение фондов, таких как медикаменты и оборудование, правительством Узбекистана все в большей степени использовались в качестве источника займы и гуманитарная помощь (см. схема 5.2). Очевидно, что эти источники неустойчивы и зависят от приоритетов, определяемых за пределами страны. Внебюджетные источники указанные на этой схеме отражают увеличивающуюся долю поступлений от платных услуг медучреждений. Однако, эти средства, по-видимому, будут недостаточны, принимая во внимание высокие фиксированные расходы системы в отношении большого количества медучреждений и людских ресурсов. К источникам инвестирования также относится бюджет капиталовложений, отдельный от бюджета Минздрава и используемый, в основном, для финансирования строительства центров экстренной медицинской помощи и учреждений первичной медико-санитарной помощи, известных как СВП.



Отдел экономики, Минздрав, РУз, май, 2003

Схема 5.2 Источники финансирования сектора здравоохранения и доля в финансировании

5.3.4 Обширная система гарантий

Указ Президента 1998 г., в котором излагаются цели и планы процесса реформирования здравоохранения, определяет следующие гарантированные государством медицинские услуги, предоставляемые бесплатно:

- экстренная медицинская помощь¹;
- учреждения первичной медико-санитарной помощи ;
- специализированная медицинская помощь в случае социально значимых заболеваний, таких как туберкулез, рак, психиатрические заболевания, наркомания, эндокринологические и профессиональные заболевания;
- роды в учреждениях, предоставляющих только бесплатные услуги;
- медицинский осмотр детей в учреждениях, предоставляющих только бесплатные услуги;
- дети подросткового возраста (15-17 лет) и призванные на действительную военную службу;
- лечение льготных групп населения (инвалиды, ветераны войны, сироты) в государственных медицинских учреждениях.

Согласно недавнему отчету Всемирного банка (2003 г.), отбор льготных групп населения, имеющих право на гарантированные и бесплатные медицинские услуги не соотносится с бедностью или статусом дохода. К бедным можно, по-видимому, отнести сельское население и низкооплачиваемые группы населения. Обширные группы и гарантированные права на медицинские услуги отражает то положение, что на государство возложена основная обязанность по предоставлению медицинских услуг для удовлетворения потребностей населения. Однако, в том же самом указе говорится о переходе на рыночную систему, введении платной системы и смешанном финансировании государственных медицинских учреждений. Однако, введение оплаты без одновременного изменения качества услуг вряд ли приведет к улучшению доходной базы. Реализация на практике части указа не ясна ни медицинским работникам, ни пациентам. Реализация части указа, касающейся оплаты медицинских услуг, требует сегментации и так уже сложной системы платных учреждений, учреждений со смешанным

¹ Это относится к медицинским услугам, оказываемым в центрах экстренной медицинской помощи.

финансированием и бесплатных медицинских учреждений. Ожидается, что платежи и пациенты потекут в определенные учреждения, вместо положения, при котором финансирование идет вслед за пациентом. *Необходимо перейти от сфокусированного на учреждении менталитета к мышлению, направленному на выгоды.*

Не имеется никаких финансовых расчетов для определения того, сколько стоит система освобождений от оплаты за медицинские услуги и как она может финансироваться при текущих и потенциальных источниках финансирования. Для того, чтобы гарантировать экстренную медицинскую помощь, правительство создало 218 хорошо оснащенных и хорошо укомплектованных медицинским персоналом учреждений. Бюджет для этого не ясен. Поскольку темп реформ первичного здравоохранения путем сведения 5-уровневой сельской системы в так называемую систему СВП, более медленный, чем реформы в экстренной медицинской помощи, создаются неправильные приоритеты. Может оказаться так, что центры экстренной медицинской помощи “вытеснят” использование и поддержку учреждений первичного звена здравоохранения. Кроме того, экстренная медицинская помощь дорогостоящая. Фокусирование на экстренной медицинской помощи ввело дорогостоящий и неустойчивый элемент в систему здравоохранения. Возможной альтернативой является интеграция областной больницы с центром экстренной медицинской помощи, как это было сделано в Навои.

Проблема далее еще более осложняется по причине широкого диапазона болезней, которые лечатся бесплатно. *Имеется необходимость более четкого очерчивания этого гарантированного пакета, включающего основные услуги и наиболее уязвимые группы населения. Система гарантированных услуг должна также отражать необходимость воспитания у населения первичной ответственности за свое собственное здоровье путем соответствующего поведения и здорового образа жизни.* Очевидно, что необходимо внедрять хорошо продуманную систему мотивации для поддержания желательных изменений в этом направлении.

5.3.5 Наличные платежи и неформальные платежи.

Несмотря на широкую систему медицинской помощи, поддерживаемую государством, пользователям часто приходится платить за медицинские услуги. К наличным платежам относится то, что семьи или пациенты платят при обращении за медицинской помощью. В недавнем отчете Всемирного банка (2003 г.), 81 процент домохозяйств, которые хотя бы один раз обращались за медицинской консультацией, производили наличные платежи. В другом исследовании, в Фергане, цитируемом в том же самом отчете, 86 процентов населения платили за доступ к медицинским услугам. Удивительно, что в более бедных домохозяйствах реже отмечались наличные платежи, чем сравнительно в более состоятельных, и в домохозяйствах более бедных регионов также производилось меньше платежей. Эти наблюдения указывают на то, что место проживания является значительным объясняющим фактором в определении того, кто платит и кто не платит, и определенным образом отражает сравнительную справедливость системы. Однако, для тех бедных домохозяйств, кто имел случаи оплаты медицинских услуг, бремя платежей (измеряемое расходами на здоровье по отношению к расходам на питание) было более значительным по сравнению с более богатыми домохозяйствами.

Место жительства, по наблюдениям, также коррелирует с вероятностью платежа. Вероятность оплаты также увеличивается в медицинских учреждениях более высокого уровня. По-видимому, увеличение наличных платежей является следствием вводимой системы оплаты медицинских услуг, которая не делает различий между богатыми и бедными клиентами. Вместо этого, людям были предоставлена возможность самим делать выбор – при этом бедные выбирают бесплатные медучреждения, а обеспеченные идут в медучреждения более высокого уровня. *Это указывает на необходимость большего инвестирования с целью улучшения услуг тех медицинских учреждений, куда обращаются бедные.*

У людей с хроническими заболеваниями повышается вероятность оплаты лечения. У них также больше вероятность расходов на лекарства, на которые, как уже отмечалось выше, в национальном бюджете отпущено мало средств. Очевидно, что наличные платежи не отражают несостоятельность всей системы в целом, а

лишь несостоятельность бюджета. Бюджет предоставляет мало ассигнований на медикаменты и поэтому пациентам приходится платить за них.

Проведенное JICA изучение показало, что лишь четверть респондентов ответили, что они платили за медицинские услуги. Было также много путаницы в отношении источников платежей. Большая часть респондентов указала, что оплата происходила через систему страхования. Для работающих медицинская помощь бесплатна, потому что они платят налоги и их выплаты в фонд социального страхования воспринимается как медицинское страхование. *Очевидно, что бесплатная медицинская помощь является единственной воспринимаемой системой.* Освобождения от платы за медицинскую помощь и системы страхования понимаются хуже, что указывает на важность деятельности по информации и просвещению, взаимосвязанную с реформами в области здравоохранения.

Феномен неформальных платежей или неофициальной платы за услуги наблюдался донорскими организациями во многих странах региона. Как отмечается в отчете Всемирного банка (2002 г.), если бы эти неформальные платежи и наличные платежи были включены в общие расходы на здравоохранение, это бы составило 6-8 процентов от ВВП. Возможно, это является преувеличением, но как таковое оно указывает на настоятельную необходимость реформ с целью прекращения этих утечек из системы здравоохранения. *Оно также подчеркивает важность системы национальных счетов сектора здравоохранения, которая сейчас принимается даже развивающимися странами для отслеживания источников и путей использования фондов здравоохранения.*

Отсутствие системы медицинского страхования для покрытия катастрофических затрат, связанных с болезнью, вероятно, тоже отражается на росте неформальных платежей. Пилотные проекты по обязательному медицинскому страхованию в Кыргызстане показали, что страхование играет позитивную роль в сокращении неформальных платежей (Куцин и др., 2003). Эти платежи производились для обеспечения более качественных услуг. Но страхование само по себе не искоренит неформальные платежи; оно только предоставит альтернативную структуру для покрытия возрастающей стоимости медицинской помощи. В отсутствие такой системы, неформальные платежи, по-

видимому, будут неформальными и скрытыми получателями и, таким образом, не будут вливаться в систему здравоохранения для необходимых инвестиций. Вместо этого, они пойдут в карманы медицинских работников и подорвут всю систему медицинской помощи, которую государство гарантирует своим гражданам.

5.3.6 Другие вопросы

Преимущественно государственная система здравоохранения в Узбекистане, несмотря на ее экстенсивность, не предоставляет достаточного выбора своим жителям. Более чем в одной четверти ответов в отношении выбора медицинского учреждения в изучении ИСА отмечается, что они выбрали данное медучреждение “поскольку оно было единственным имеющимся в наличии”. Поэтому в реформах системы здравоохранения следует предусмотреть расширение выбора медучреждений. Поскольку реформы требуют от пользователей, чтобы они делали определенные вклады на свое здоровье, то очевидно, что когда будет полностью введена система оплаты за медицинские услуги, поведение домохозяйств, обращающихся за медицинской помощью, будет определять насколько привлекательными окажутся те или иные медучреждения для пациентов.

С другой стороны, доходов, поступающих только от пациентов, для выживания некоторых медучреждений недостаточно. Часть медицинских учреждений, например, сельские учреждения ПМСП, нуждаются в поддержке местных общин. Поскольку эти учреждения исторически ассоциировались с системой коллектива в сельских регионах, *предоставление механизмов для этих общин (н-р махаллинскому комитету) для поддержки их медучреждений могут стать ключевым моментом для продвижения пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний в этих районах.* Следует ввести некоторые механизмы для стимулирования поддержки и участия местных общин для активного воздействия на процесс реформ первичного звена здравоохранения.

Развитие частного сектора в здравоохранении значительно отстает, что отражает ситуацию и в других секторах. Лицензии на частную практику сами по себе не создадут частный сектор здравоохранения. Если частный сектор призван участвовать в здравоохранении, участники должны быть уверены, что инвестиции окупятся путем достаточных доходов. Неопределенность на рынке, жесткий

финансовый контроль, нехватка финансов и непомерные пошлины на импорт, и таможенная политика не предвещают ничего хорошего для частного сектора. Слияние и объединение, столь необходимые выше уровня учреждений ПМСП, могут осуществляться только посредством мощных стимулов и либеральной финансовой политики. До настоящего времени усилия по приватизации в основном ограничивались небольшими аптеками и стоматологическими клиниками. Тенденция, направленная на создание небольших предприятий, потребует таких нормативно-правовых рамок, которые позволят легко осуществлять мониторинг качества. Следует рассмотреть *возможность альтернативных продаж или контрактных механизмов для привлечения больших инвестиций в этот сектор.*

5.4 Новые инициативы в финансировании здравоохранения

В последнее время были предприняты ряд инициатив в реформировании финансирования здравоохранения. Важнейшей частью реформ по усилению первичного звена здравоохранения является применение подушного финансирования (фиксированная оплата, исчисляемая из расчета на одного человека). Это первый шаг для того, чтобы обеспечить положение, при котором бюджеты больше отвечали бы потребностям и эта инициатива особенно направлена на стимулирование соответствующего поведения среди поставщиков медицинских услуг. Подушное финансирование гарантирует, что услуги будут предоставляться тогда, когда они нужны населению и обеспечивает поставщикам медицинских услуг постоянный и прогнозируемый доход. Основной сложностью остается мониторинг качества предоставляемых услуг во вновь организованных или реформированных учреждениях ПМСП. Программа ЗдравРеформ и ЗдравПлюс лидировала в данной инициативе и продолжает развивать реформы, теперь в сторону следующего уровня, посредством усовершенствования больничной системы.

Система подушного финансирования на уровне СВП является началом процесса, направленном на исправление положения, при котором более низкие уровни финансировались по остаточному принципу и изменение ситуации посредством создания общего фонда из административных источников (районных, городских, областных и республиканских) на областном уровне с последующим распределением поставщикам медицинских услуг. Имеется необходимость

развернуть бюджетный процесс от остаточной системы к более всеобъемлющему распределению. Формула старой советской системы распределения бюджетных средств была основана на койко/дней и обороте койки и не была гибкой в отношении перераспределения средств между бюджетными статьями. Частью реформ СВП было сокращение бюджетных статей от 18 до 4 (Всемирный банк, 2002 г.).

Замена ныне имеющегося процесса бюджетного распределения таким, который бы был направлен на продвижение альтернативных систем оплаты услуг поставщиков и включал бы страховые функции, содействовала бы столь нужному динамизму в секторе здравоохранения Узбекистана. Вопрос о том, возможно ли инкорпорировать эту структуру в ныне существующую бюджетную систему или ее следует развивать независимо, рассматривается в главе о новых направлениях Генерального плана.

Подводя итоги, реформы в секторе здравоохранения Узбекистана не были достаточно успешны по причине того, что финансовая система страдает от низкого уровня государственных расходов, нерациональных критериев распределения финансов и нестабильности источников финансирования. Реформы, направленные на введение рыночных элементов, таких как система ценообразования и частное предоставление медицинских услуг не поддерживаются соответствующими механизмами защиты уязвимых групп населения. Реформы также необходимы в процессе бюджетного распределения; следует установить альтернативную систему финансирования, которая объединяет риски и затраты для всего населения, подверженного социальным изменениям. Эти реформы должны стремиться к введению необходимой подотчетности; не только в отношении использования ресурсов, но также продвижения здорового образа жизни среди населения. Эти реформы обязательно должны сохранять справедливые свойства “старой” системы, но в то же время предоставлять ресурсы и системы, необходимые для того, чтобы справиться с растущими запросами нового века в области здравоохранения.

ГЛАВА 6
СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

6. Система направления пациентов

6.1 Медицинские услуги

Во времена бывшего Советского Союза, система медицинского обслуживания была стандартизирована независимо от характеристик областей. Поэтому, число и масштаб медицинских учреждений не всегда отвечали требованиям больных и фактическому состоянию здравоохранения

Несмотря на приобретение независимости, влияние советского периода все еще имеет место; излишнее число медучреждений и врачей и сильно сегментированные подразделения здравоохранения. С другой стороны, бюджет выделяется каждому медучреждению только в соответствии с количеством коек, в результате чего число медучреждений осталось больше чем положено. Короче говоря, система переадресации пациентов до сих пор подразделена и имеет сложную структуру. Необходимо установить систему предложения медицинских услуг с учетом характеристики Узбекистана.

В соответствии с «Государственной программой по реформированию здравоохранения (1998~2005гг.)», в настоящее время осуществляется реструктуризация системы переадресации пациентов. В частности, особое внимание уделяется медучреждениям первичного уровня. Всемирный банк внедряет проект «Здоровье-1» в Ферганской, Сырдарьинской, и Навоийской областях для усиления первичного здравоохранения в сельской местности. Программа направлена на упрощение сложной структуры первичной медико-санитарной помощи и создание учреждений первичного обращения пациентов СВП (сельский врачебный пункт) в соответствии с числом населения в охватываемой местности.

Национальная программа стремится отстроить или отремонтировать 2 800 СВП к концу 2005 г. До настоящего времени, 1 950 СВП уже существовало. Структура реформированной системы направления пациентов на медучреждениях первичного и вторичного уровня показана ниже.

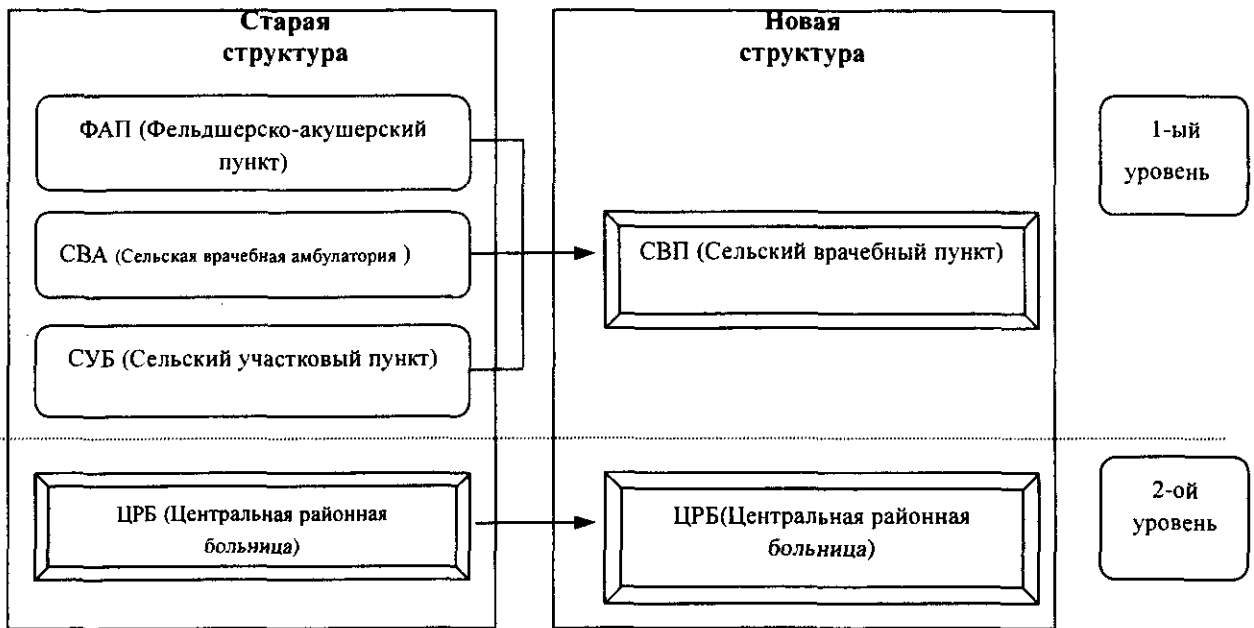


Схема 6.1

Реформа системы направления пациента на первичном и вторичном уровнях

СВП подразделяется на три типа:

Таблица 6.1 Тип СВП

	Численность населения
Тип 1	1 500~2 500
Тип 2	2 500~3 500
Тип 3	3 500~

С другой стороны, Всемирный банк рекомендовал, чтобы СВП типа 4 был установлен для образовательных целей. Они будут функционировать главным образом как учреждения для врачей общей практики и медсестер. Тем не менее, поликлиники в городской местности имеют более сложный вопрос. Концепция реформирования первичного уровня в городской местности еще не разработана. Она должна указывать на две основные функции в существующей системе городских поликлиник: городские врачи и семейные врачи обеспечивают первичную медико-санитарную помощь, тогда как специализированные врачи обеспечивают специализированное медобслуживание на вторичном уровне. С другой стороны к медучреждениям вторичного уровня относятся и амбулаторные и стационарные учреждения. В соответствии с концепцией реформирования на районном уровне планируется переорганизация специализированных больниц на центральные районные больницы с целью обеспечения обстоятельной координации и подходящего механизма переадресации

пациентов между СВП и ЦРБ. Что касается другого уровня, как вторичного, так и третичного, реорганизация медучреждений еще не спланирована.

В настоящее время существует три уровня в системе переадресации пациентов: первичный, вторичный и третичный (см. Аппендикс, схема 6.1 «Структура медобслуживания в Республике Узбекистан»).

К первичному уровню относятся следующие типы учреждений а) в сельской местности ФАП (фельдшерско-акушерский пункт), СВА (сельская врачебная амбулатория), СВП (сельский врачебный пункт) и районные больницы, б) в городской местности семейные поликлиники, городские поликлиники, районные больницы, районные детские поликлиники, которые разделяется на вторичном уровне.

К вторичному уровню относятся центральные городские больницы (ЦГБ), центральные районные больницы (ЦРБ) и районные специализированные диспансеры и поликлиники. Специализированные медучреждения районного уровня подразделяются на четыре типа по видам заболеваний: дерматологические и венерические заболевания, психиатрические, туберкулезные и эндокринологические. Пропускная способность ЦГБ и ЦРБ насчитывает от 100 до 300 коек и охватывает жителей в районе обслуживания. Такие больницы имеют связь со специализированными больницами/диспансерами, особенно с детскими больницами и инфекционными.

Учреждения третичного уровня разделены на учреждения государственного уровня и областного. Учреждениями третичного уровня являются республиканские больницы, институты, специализированные институты и больницы при мединститутах, которые представляют собой головные медучреждения в системе переадресации пациентов по всей стране. Они обеспечивают медицинской помощью высокого уровня и проводят медицинские исследования и обучение для специализированных врачей. На областном уровне находятся областная многопрофильная больница, городская многопрофильная больница, областные специализированные больницы /диспансеры и городские специализированные больницы/ диспансеры. Они обеспечивают медицинскими услугами высокого уровня людей, проживающих в областях, как головные учреждения на уровне области.

Количество медицинских учреждений представлено ниже;

Таблица 6.2 Количество медицинских учреждений

	1994г.	1997г.	2000г.
Областная и Республиканская больница	12	18	20
Городская больница	166	112	98
Центральная районная больница	192	238	197
Сельская участковая больница	464	299	197
Педиатрическая больница	47	41	35
Родильный дом	43	11	10
Другие больницы (включая специализированные)	68	45	56
Отделение Поликлиники /диспансера	250	247	241
Поликлиника не областного уровня	1 678	2 309	2 653
СВП	0	701	1 522
СВА	1 400	1 217	831
Самостоятельные стоматологические учреждения	157	109	100
Центр неотложной помощи	0	0	12
Всего	3 271	3 333	3 679

Источник: РИАЦ, статистические данные о деятельности медицинских учреждений

6.2 Система экстренной медицинской помощи

6.2.1 Введение

Система экстренной медицинской помощи за последние годы претерпела существенные изменения. Раньше неотложных больных обслуживали различные специализированные подразделения в больницах, при этом в каждом отделении в обязательном порядке дежурил врач. Больные поступали в приемный покой, в составе которого дежурили врач и 1-2 медсестры. При этом приемный покой в основном выполнял диспетчерские функции, объем обследований ограничивался общим анализом крови и мочи. Зачастую, при неясном или спорном диагнозе, больные вынуждены были посещать несколько отделений, или приемных покоев или даже больниц. Это создавало большие неудобства пациентам, и увеличивало расходы на транспортировку. Нередко бывало случаем, что больные после поступления проходили полное обследование за 3-5 дней, и только после этого выставлялся клинический диагноз.

Реформирование системы экстренной медицины началось в соответствии с Указом Президента в 1998 г. Основной идеей реформирования службы стала централизация

экстренной помощи в районных центрах и крупных городах с целью создания единой системы как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах с тем, чтобы в этих отделениях пациенты любого профиля могли получить неотложную помощь при любых ситуациях. Экстренная помощь, в соответствии с Указом Президента, должна оказываться бесплатно.

6.2.2 Центры экстренной помощи

Республиканский центр экстренной помощи с его 13 региональными филиалам создан на базе самых крупных клиник в Ташкенте и областных центрах. Центр обеспечивает медобслуживанием третичного уровня. Центр и его филиалы к настоящему времени достаточно хорошо оснащены новым медицинским оборудованием как за счет государственного бюджета и кредитных линий, так и по грантам.

Более чем в 170 центральных районных больницах созданы отделения экстренной помощи путем реструктуризации коечного фонда, которые оказывают экстренную помощь вторичного уровня. В эти отделения в большинстве ЦРБ переведены все реанимационные койки и функция интенсивного лечения. Здесь развернуты экстренные операционные и перевязочные, а также по 20-30 круглосуточных коек.

Такая централизация экстренной помощи позволила повысить оперативность службы, а также упростить менеджмент и повысить управляемость службой. Однако в службе имеются ряд проблем.

Ключевой проблемой является организационная и кадровая. За основу создаваемой модели экстренной медицины в Узбекистане была взята модель экстренной помощи в развитых странах, однако она к настоящему моменту внедрена лишь частично и не была адаптирована. Обязательным условием современной модели экстренной медицины является наличие особой специальности - врач и медсестра экстренной помощи. Только в этом случае обеспечивается соответствующая организационная и затратная эффективность данной службы. В последнее время вокруг этого вопроса развернулась дискуссия, однако реально пока не подготовлена концепция этих специальностей, нет соответствующих учебных программ и стандартов, не создана система подготовки кадров экстренной медицины.

Важным условием эффективного функционирования системы экстренной помощи является четкое определение «категории» неотложных больных, а также связанная с этим система финансирования. На сегодня нет четкого определения, что такое экстренная, неотложная, скорая помощь, отсюда проистекают различные проблемы.

Одной из таких проблем являются сроки госпитализации и бесплатного лечения. На сегодняшний день они ограничены в большинстве случаев 5-7 днями. Хотя данные сроки являются среднестатистическим стандартом, однако на местах врачи подвергаются определенному давлению с тем, чтобы в каждом конкретном случае сроки госпитализации не превышали это значение.

Это создает сложности для наиболее тяжелых больных, нуждающихся в более длительном лечении. Нужны более четкие критерии для определения сроков бесплатного лечения экстренных больных, основанные не на среднестатистических цифрах, а связанные с состоянием больного, характером поражения и другими медико-социальными факторами.

Одна из серьезных проблем – финансовая. Так, отмечается существенный дефицит финансовых средств на лекарственное обеспечение, которое покрывает не более 40-70% от необходимых медикаментов. Эта проблема при нынешнем уровне и модели финансирования экстренной помощи практически неразрешима.

Хотя областные центры экстренной помощи получили в последние годы новое оборудование, в большинстве районных центрах испытывают недостаток медицинского оборудования. Самой острой проблемой в плане оборудования является отсутствие современных средств радиотелефонной и пейджерной связи. Как и в других типах медицинских учреждениях, в центрах и отделениях экстренной медицинской помощи сохраняются проблемы лекарственного обеспечения, хотя правительство уделяет этой сфере повышенное внимание.

Все вышеуказанные проблемы приводят к организационным сложностям, которые вызывают неудобство для больных и персонала, создают почву для различных жалоб со стороны населения. Так, в областном центре экстренный больной в течение 3-5-7 дней находится в хороших условиях на бесплатной основе. Сразу после этого его

переводят в другую больницу на долечивание, где условия по сравнению с центром экстренной помощи хуже, а лечение платное. Требуется иногда и дополнительных расходов на транспортировку, так как этот вопрос законодательно не решен, а в ряде случаев перевозить больных приходится за счет больниц. В ЦРБ ситуация похожая, хотя с несколько иным ракурсом. Там больной находится на бесплатном лечении в отделении экстренной помощи несколько дней, а затем переводится в профильное отделение на платной основе. Это вызывает непонимание и негативную реакцию у пациентов, создает неудобства для пациента и персонала.

В РНЦЭМП и его региональных филиалах большинство больных находятся в приемном отделении несколько часов, проходя полноценное обследование и при необходимости неотложные лечебные мероприятия. После этого больные сразу переводятся в профильные отделения и там проводится основной этап лечения.

В ЦРБ отделения экстренной помощи принимают больных и проводят им лечение несколько дней, затем переводят в профильное отделение. При этом в отделении экстренной помощи зачастую существует самостоятельный приемный покой, отдельно хирургические койки, отдельно детские, отдельно терапевтические (обычно по 10). Фактически внутри ЦРБ создается как бы мини-больница со своими подразделениями. Это не совсем рационально с позиций эффективной организации. Особо следует отметить, что в разных районах, в зависимости от ситуации, отмечается разная схема оказания экстренной помощи. В ряде случаев основной контингент находящихся в отделении больных преимущественно хирургического профиля, в ряде случаев – преимущественно терапевтического профиля. Нередко дети обслуживаются либо в другой районной больнице, либо в другом отделении. Гинекологические больные обслуживаются в экстренном отделении ЦРБ, в ряде случаев в акушерско-гинекологическом отделении. Все это позволяет утверждать, что к настоящему времени унифицированной модели экстренной помощи на районном уровне нет, и нет унифицированных подходов к организации экстренной помощи на районном и областном уровнях.

Особая ситуация по экстренной помощи сложилась в крупных городах, в частности, в Ташкенте. Центры экстренной помощи не могут обеспечить все население города экстренной помощью, поэтому она оказывается также рядом городских больниц. Но в городских больницах отделения экстренной помощи еще даже не создавалось.

Что касается оказания экстренной помощи больным в учреждениях ПМСП, то пока из-за недостаточной квалификации и недостаточного оснащения врачей общей практики объем ее незначительный. Здесь снова встает вопрос о том, что считать экстренной помощью, какие категории пациентов, заболеваний, состояний относить к экстренным.

6.2.3 Служба скорой помощи «03»

(1) Структура и организация

Служба «03» существует в составе Центров экстренной помощи и ЦРБ на областном и районном уровнях. В областных центрах центральная станция функционирует при региональном филиале РНЦЭМП, и как правило есть еще несколько городских подстанций. В районах служба представлена отделениями при ЦРБ. Служба «03» г. Ташкента является самостоятельным учреждением с главной станцией и 13 подстанциями, причем гараж с машинами является самостоятельным учреждением, а бригады медперсонала – отдельным учреждением.

Функционально служба 03 разделена на 2 части: линейные бригады выезжают на обычные вызовы, т.е. выполняют функции учреждений ПМСП, и отдельно существуют бригады для взрослых и для детей. Специализированные бригады, которые обслуживают наиболее тяжелых больных и критические случаи, называются реанимобилями. Диспетчерская служба «03» пока существует самостоятельно и отдельно от диспетчерской службы санитарной авиации, однако планируется их объединение.

В течение многих лет сложилась ситуация, когда служба «03» обязана выполнять все поступающие заявки, независимо от степени опасности состояний для жизни пациента. Из-за этого возникает перегрузка скорой помощи вызовами, не представляющими опасность для жизни пациента, которые могли бы быть обслужены учреждениями ПМСП. Наиболее сложные и неотложные случаи обслуживаются в городских условиях в течение 15-30 минут, в сельской местности до 0,5-1,5 часов, в зависимости от расстояния. Остальные случаи обслуживаются в течение 2-3 часов. Какой-либо сортировки вывозов в зависимости от срочности, тяжести состояния и других медицинских факторов не проводится.

Основная часть скорой помощи представлена государственной службой, находящейся на бюджете. В последние годы появилась и частная скорая помощь. Следует отметить, что несмотря на достаточно высокую для населения цену, количество вызовов в частную скорую помощь имеет тенденцию к увеличению, что связано с более оперативной помощью, более широким спектром имеющихся препаратов и, возможно, более высоким уровнем сервиса.

(2) Оснащение и лекарства

В соответствии со стандартом на 10 000 населения положена 1 бригада линейной скорой помощи. Однако практически повсеместно количество машин и бригад значительно отстает от нормативного. В настоящее время основной парк машин скорой помощи составляют автомобили «Дамас». Этот автомобиль по своим физическим параметрам мало приспособлен для таких функций, хотя его внедрение позволило в основном решить проблему дефицита машин. Имеются также специальные машины скорой помощи типа РАФ, ГАЗЕЛЬ, появились современные машины марок «Форд», «Мерседес», однако их число пока невелико.

Машины скорой помощи не имеют в большинстве достаточного оснащения, практически повсеместно нет современных средств транкинговой радиосвязи. Имеющиеся средства связи относятся к морально и физически устаревшим видам радиотелефонной связи, и только часть машин оснащена ими. Диспетчерские не оборудованы современными компьютерными и телекоммуникационными средствами, нет звукозаписывающей аппаратуры.

Страдает также лекарственное обеспечение, не всегда у выездных бригад имеется необходимый по стандартам перечень лекарств. Линейные бригады не имеют противошоковых средств и современных средств транспортной иммобилизации. Даже специализированные бригады не имеют возможности у больных с травматическим и кардиогенным шоком применять наркотические препараты из-за строго ограничения по их применению. Нередко врачи покупают лекарства в аптеках и перепродают их пациентам для того, чтобы обеспечить необходимую помощь на дому, из-за чего у населения возникает подозрение, что медперсонал продает им государственные препараты. Из-за недостаточного оснащения медикаментами часто МСП (медико-санитарная единица) выполняют функции перевозчика, не оказывая

необходимой помощи на месте.

(3) Нормативно-правовая база, функции

В настоящее время отсутствует законодательная база, четко регламентирующая обязанности и права работников службы «03» в катастрофах и чрезвычайных ситуациях, их взаимодействие с представителями других служб. Не разработана система социальной защиты персонала при ситуациях, связанных с получением травм, увечий или гибели работников скорой помощи при исполнении служебных обязанностей, в том числе при катастрофах и ЧП.

Имеется дублирование или нечеткое определение функций службы «03», например, при вызовах в ЛПУ. В частности, не определено, должна ли служба 03 проводить внутригородские перевозки больных из одних ЛПУ в другие, если в этих учреждениях есть свой санитарный автотранспорт. В ряде регионов машины «03» выполняет функции трупоперевозки, так как последние были сокращены из-за недостаточного финансирования.

(4) Финансы

Финансирование службы осуществляется на бюджетной основе. В г. Ташкенте служба скорой помощи имеет внебюджетные доходы за счет обслуживания массовых мероприятий типа крупных концертов или спортивных соревнований. Однако в большинстве случаев служба скорой помощи вынуждена дежурить на различных массовых мероприятиях бесплатно, по постановлению местных органов власти, хотя такая ситуация ни в каких документах не регламентируется.

В настоящее время отсутствует дифференцированный подход к нормативам по количеству бригад службы в зависимости от обслуживаемого населения и радиуса обслуживания.

Отсутствует система достаточной материальной стимуляции работников, в частности, надбавок за напряженность и сложность работы. Не учитывается индивидуальная нагрузка отдельных работников и качество их работы.

(5) Кадры

В настоящее время врачи скорой помощи никаким ВУЗом не готовятся специальным

образом. Имеется одна кафедра анестезиологии и реаниматологии совместно с курсом скорой помощи при ТаШИУВ (Ташкентский институт по усовершенствованию врачей). Действующая кафедра не в состоянии обеспечить подготовку всех врачей скорой помощи. Кроме того, необходима специальная система подготовки и для фельдшеров скорой помощи. Не внедрены современные программы подготовки врачей скорой помощи, учитывающие передовой международный опыт, так как это требует изменения оснащения и характера работы всей службы. Хотя в стране развивается система медсестер с высшим образованием, но пока это не стало достоянием службы экстренной медицины.

6.2.4 Служба «аварийной медицины»

В настоящее время существует служба, называемая медицинской службой гражданской защиты (МСГЗ). Она относится к системе Минздрава и имеет в основном внештатные подразделения – бригады экстренной медицинской помощи (БЭМП) и бригады экстренной специализированной медицинской помощи (БЭСМП). Концепция этих бригад создавалась в 60-70-е годы, в эпоху ядерного противостояния, и была рассчитана на случаи ядерного нападения. Однако эта концепция и эта служба еще в советское время не оправдалась, что проявилось в Чернобыльской катастрофе и при Спитакском землетрясении. Современная концепция и модель «аварийной медицины» еще не создана, находится на этапе обсуждения.

6.2.5 Санитарная авиация

Служба санитарной авиации представлена Республиканской санавиацией при РНЦЭМП и областными санавиациями при региональных филиалах РНЦЭМП. Республиканская санавиация обслуживает, как правило, областные учреждения, областные – как правило, ЦРБ и районные больницы. Основная функция – оказание специализированных врачебных консультаций больным, находящимся в указанных лечебно-профилактических учреждениях.

Данная служба оказывает консультативную помощь как отложным, так и неотложным больным, находящимся на лечении в больницах. Доля экстренных больных при этом составляет 45-50%, а доля больных, которым было произведено оперативное вмешательство, – 8-9% для областных санавиаций и 15-16% для республиканской.

Врачи-консультанты выезжают на места либо на санитарных машинах, либо авиарейсом по специально забронированным местам (республиканская санавиация). Осуществляется также перевозка больных, но не в большом числе случаев – до 2-3 % для республиканской и до 3-5% для областных санавиаций.

Специального оснащения в машинах санавиации как правило, нет, хотя машины относятся к категории санитарных. Норматив машин – 1 на 100 000 населения.

Штатных врачей в системе санавиации немного, обычно привлекаются специалисты из ведущих учреждений. За выезд врачам проводится специальная оплата. Однако дополнительная оплата проводится только за те часы, которые врачи-консультанты работали вне рабочего дня. Уровень дополнительной оплаты низок, из-за чего возникает проблема привлечения специалистов на консультации.

Следует заметить, что большее количество вызовов приходится на так называемые «страховочные» (по приблизительным оценкам, до 50-70%), когда врач по своему квалификационному уровню не нуждается в консультации другого специалиста, но вызывает его по требованию родственников для консилиума.

6.3 Система специализированной медицинской помощи

6.3.1 Ситуация и проблемы

Исторически система специализированной помощи начала развиваться в 30-40-е годы прошлого столетия путем создания отдельных видов диспансеров для оказания амбулаторной специализированной помощи. В дальнейшем эти диспансеры на областном и республиканском уровне стали оказывать и госпитальную помощь. В настоящее время существуют следующие типы диспансеров – кожно-венерологические, туберкулезные, онкологические, эндокринологические, психиатрические. В дальнейшем, по мере развития здравоохранения, стали создаваться поликлиники для оказания амбулаторной поликлинической помощи, а также многопрофильные и специализированные стационары. Дальнейшее развитие амбулаторной специализированной помощи привело к созданию так называемых консультативно-диагностических центров, хорошо оснащенных различным диагностическим оборудованием. В последние годы появились также центры

репродуктивного здоровья и центры скрининга.

Все указанные типы учреждений сохранились до настоящего времени, что уже отвечает сложившейся ситуации, создает дублирование функций и затрудняет управление. Естественно, увеличивается количество этапов обслуживания при оказании специализированной помощи и для пациентов.

На республиканском уровне существует ряд научно-исследовательских институтов по отдельным отраслям медицины и специализированных центров на базе соответствующих отделений ведущих республиканских клиник. В 2003 году соответствующим Указом Президента провозглашено начало реформирования специализированной помощи и созданы 4 республиканских специализированных центра – хирургии, урологии, кардиологии, микрохирургии глаза.

Специализированная помощь финансируется смешанным образом – частично за счет бюджета для социально уязвимых слоев населения и социально значимых групп заболеваний, и за счет оплаты пациентами. Некоторые виды специализированной помощи, например, стоматологическая помощь, почти целиком финансируется за счет пациентов.

6.3.2 Понимание и функция специализированного ухода

Диспансеризация - это комплекс мероприятий по обслуживанию пациентов, осуществляемых персоналом медицинских учреждений с профилактической и реабилитационной целью. Диспансеризация проводится как среди здоровых, так и среди больных.

6.1 Группы учета диспансеризации

Д1 – диспансеризация практически здоровых лиц, целевая группа: *дети до 14 л., подростки, женщины фертильного возраста, работники отдельных предприятий и др.*

Д2 – диспансеризация практически здоровых, но ослабленных лиц и лиц группы риска

Д3 – диспансеризация больных: *предотвращение хронизации острого заболевания, утяжеления хронического заболевания,*

ДР – *диспансеризация реабилитационная или медицинская реабилитация*

- 1) Первичная профилактика – меры, предотвращающие возникновение болезни, или программы здорового образа жизни.

Это деятельность, направленная на предотвращение болезни и причиняемого ею вреда. К мерам первичной профилактики могут быть отнесены природоохранная деятельность.

Исполнители: учреждения ПМСП, служба Госсанэпиднадзора, ин-т «Здоровье»

- 2) Вторичная профилактика – выявление и эффективное лечение ранних стадий болезни для предотвращения ее развития и возникновения серьезных осложнений.

Это меры ранней диагностики и лечения заболевания, желательно еще в доклинической стадии, чтобы предотвратить осложнения.

Исполнители: учреждения ПМСП, специализированные амбулаторные и госпитальные учреждения

- 3) Третичная профилактика – предотвращение осложнений и инвалидности или нежелательных последствий, восстановление оптимальных функций организма после перенесенного заболевания, стабилизация и предотвращение ухудшения заболевания.

Исполнители: специализированные амбулаторные и госпитальные учреждения

- 4) Медицинская реабилитация - это меры по максимально возможному восстановлению функций организма после перенесенного заболевания или травмы и их осложнений.

Исполнители: учреждения ПМСП, специализированные амбулаторные и госпитальные учреждения, специальные реабилитационные центры, в том числе по линии Министерства труда и социального обеспечения.

- 5) Первичный скрининг, массовый профилактический осмотр – часть первичной и вторичной профилактики, направленная на выявление заболеваний и групп риска.

Исполнители: учреждения ПМСП

- 6) Периодический, мониторинговый профилактический осмотр – часть первичной и вторичной профилактики, направленная на выявление заболеваний и групп риска у декретированных категорий пациентов.

Исполнители: учреждения ПМСП

- 7) Периодический, мониторинговый осмотр – часть первичной и вторичной профилактики, направленная на контроль заболеваний.

Исполнители: учреждения ПМСП, специализированные учреждения, в основном диспансеры

- 8) Основные задачи первичной медико-санитарной помощи:

- Первичная профилактика, первичный скрининг (профилактические осмотры);
- Проведение вторичной профилактики;
- Диагностика и лечение наиболее часто встречающихся заболеваний при типичных вариантах течения;
- Общая реабилитация после наиболее часто встречающихся заболеваний;
- Анализ заболеваемости и качества медицинской помощи на обслуживаемых территориях.

- 9) Основные задачи специализированной медицинской помощи:

- Надзор врачей первичного звена;
- Специальные виды диагностики и лечения, требующие применения специального оборудования и/или методов, включая пребывание пациента на стационарной койке;
- Диагностика и лечение различных заболеваний при любых вариантах течения;
- Специальные виды третичной профилактики и реабилитационного лечения, требующие специального оборудования и/или госпитализации;
- Анализ заболеваемости и качества медицинской помощи на обслуживаемых территориях.

6.4 Система переливания крови

6.4.1 Структура и функция

В Узбекистане Республиканская станция переливания крови (РСПК) играет роль главного центра крови. Также в каждой области и/или городе имеются станция переливания крови (СПК) и отделение переливания крови (ОПК) в пределах общественной больницы (область, район, город).

Имеется 23 СПК, включая одну Республиканскую СПК и 235 ОПК по всей стране. ОПК - один из отделов, которому помогает больница. Республиканская СПК осуществляет руководство и оказывает техническую поддержку СПК; СПК то же самое делает для ОПК. Кроме того, Республиканская СПК предлагает обучение для персонала СПК и ОПК в различных областях.

СПК собирает и поставляет всю кровь, и производит различные продукты из компонентов крови и продукты из фракций плазмы, которыми обеспечиваются все медицинские учреждения; главный пункт поставки – медицинское учреждение, где нет ОПК. ОПК собирает необходимый объем крови по заказу больницы, и поставляет его отделениям внутри больницы, а также производит концентрат из эритроцитов и свежезамороженную плазму. Большинство СПК производят продукты из фракций плазмы.

По структуре, все СПК и ОПК находятся под наблюдением Республиканской СПК, однако, в действительности, они в некоторой степени независимы в своих собственных действиях. СПК и ОПК подразделяется на четыре типа, согласно их ежегодному объему собранной крови.

Возраст донора ограничен, он должен быть старше чем 18 лет, и пожертвование должно быть в пределах 400мл (+20мл), хотя время от времени сдается 200мл .

Таблица 6.3 Категория по ежегодному объему собранной крови

Категория	Объем (л)	Кол-во сдачи крови (400мл при каждой сдаче)
=СПК=		
1	6 000-8 000	15 000-20 000
2	4 000-6 000	10 000-15 000
3	2 000-4 000	5 000-10 000
4	1 200-2 000	3 000- 5 000
=ОПК=		
1	1 001-1 500	2 500-3 750
2	701-1 000	1 750-2 500
3	501-700	1 250-1 750
4	251-500	625-1 250

6.4.2 Перестройка системы переливания крови

В принципе, центры переливания крови (ЦПК) должны быть разделены на 4 уровня, как показано в следующей Таблице:

Уровень	Функции				
	Сбор крови	Поставка (хранение)	Исследование	Подготовка	Отслеживание результатов
1	○	○	○	○	○
2	○	○	Х	○	○
3	○	○	Х	Х	○
4	○	Х	Х	Х	(○)
(ДПК) СПК	Х	Х	Х	Х	(○)

Если в недавно сданной донорской крови будут обнаружены маркеры, указывающие на инфицирование, то следует проверить ранее сданную донорскую кровь, а также установить наблюдение за пациентом/пациентами, которому/которым донорская кровь была перелита, на предмет развития неблагоприятной реакции.

Рекомендуется, чтобы на каждые 5 млн. чел. населения имелся 1 ЦПК 1-го уровня. Что касается ЦПК 2-го и 3-го уровней, то при их создании следует руководствоваться, помимо упомянутого требования, также численностью доноров крови и удаленностью (с точки зрения, прежде всего, времени на транспортировку) от соседних ЦПК. При этом необходимо предусмотреть, чтобы ЦПК 1-го уровня должен быть в состоянии за ночь выполнить анализ крови и передать к утру следующего дня результат по факсу или электронной почте в ЦПК другого уровня. Следует также предусмотреть, чтобы имелась возможность без затруднений доставлять из

отдаленных ЦПК мелко расфасованные анализы крови в ЦПК 1-го уровня автомобильным, железнодорожным и воздушным транспортом (в последнем случае – с использованием национальных авиалиний Узбекистана).

Цель консолидации ЦПК состоит в обеспечении более высокой безопасности поставки донорской крови на общегосударственном уровне. Ныне имеющиеся станции переливания крови (СПК) неплохо справляются с удовлетворением клинических потребностей, однако качество крови остается весьма сомнительным. При этом выравнивание качества работы всех СПК на высоком уровне и поддержание такого высокого уровня является затруднительной задачей. Кроме того, в случае экстренной необходимости в крови для переливания вопрос о ее безопасности нередко ставят на второй план. На деле, однако, это может приводить к очень серьезным проблемам: например, когда пациенту в экстренной ситуации переливают кровь, сбор и анализ которой были выполнены на СПК неадекватно (хотя имелась возможность поставки крови из ЦПК), и когда в дальнейшем у этого пациента развивается вызванное перелитой кровью осложнение, от которого он будет страдать в течение длительного времени.

СПК, находящиеся в структуре медучреждений, не собирают донорскую кровь, а запрашивают ее у ЦПК, формируют запас донорской крови и выполняют типологию крови, обследуют пациентов на непредвиденные антитела, выбирают более безопасную кровь для некоторых специфических категорий пациентов, с проверкой крови на перекрестную совместимость, а также обследуют пациентов, которым перелита кровь, на возникновение неблагоприятной реакции, и отчитываются перед ЦПК о результатах (система «бдительности при переливании крови», hemovigilance).

Рассматриваемая система переливания крови будет успешной при адекватной численности добровольных доноров крови (как минимум 3% населения). Добровольная донорская активность должна поощряться по двум причинам: во-первых, для обеспечения поставки безопасной крови – известно, что добровольные доноры могут дать более безопасную кровь, чем члены семьи пациента и его родственники, или платные доноры.

Во-вторых, это позволяет собирать больше крови. Тогда как донорские возможности членов семьи пациента, родственников и платных доноров ограничены, добровольное донорство может охватывать очень большое количество людей. Кроме того,

добровольное донорство более предпочтительно по этическим причинам – кровь получается непосредственно от человека.

6.4.3 Доноры и количество сбора крови

И в СПК и ОПК донорами являются главным образом семья пациента, знакомые и, частично, продавец крови. Число анализов на ВИЧ в национальном Центре СПИДА может показать количественную тенденцию доноров за последние 5 лет; 275 000 чел. в 1997 г, уменьшилась на 60 000 чел. и составила 215 000 чел. в 2002 г, поэтому процент пожертвования крови - приблизительно 1%. Пожертвование крови в Узбекистане привязано к пациенту, однако, трудно расценить это как просто «направленное пожертвование», потому что пожертвованная кровь принимается так или иначе, независимо от того, соответствует ли она группе крови пациента или нет. Врач сообщает семье пациента относительно объема крови, необходимой для сдачи (другими словами, сколько доноров необходимо, если один может сдать 400мл за раз), а также ведет переговоры с ОПК. Доноры приобретаются исключительно пациентом или его семьей.

Как СПК так и ОПК принимают доноров крови от продавцов: 1л (объем двойного пожертвования) продавался за 1 500 сум, но в 2003 г. он повысился до 2 100 сум. Доноры крови зарегистрированы в регистрационной карточке пожертвования, и если анализ на инфекционную болезнь окажется положительным, то близлежащие СПК и ОПК будут информированы.

Проблема состоит в том, что семейное пожертвование полностью отвечает ли спросу на кровь. Пожертвование крови сильно зависит от семьи, что лежит в основе потенциальной нехватки крови в этой стране. Нехватка может предполагаться широко известным фактом, что объем необходимый для достаточной поставки крови должен быть эквивалентен 3% от нормы пожертвования крови. Механизм, ориентированный на семью, сжимает систему поставки здоровой крови в Узбекистане.

6.4.4 Продукты из замороженных эритроцитов и фракции плазмы

Республиканская СПК хранит 5 000 пакетов замороженных эритроцитов в жидком азоте в случае чрезвычайного бедствия, и в настоящее время работают несколько больших хранилищ. Большинство СПК имеют оборудование для производства продуктов из фракций плазмы, но Республиканская СПК все еще использует

10-летнее старое оборудование (изготовленное в Советской время), и мощность его очень мала.

6.4.5 Меры безопасности (анализ)

Принять меры для обеспечения безопасной крови: провести медицинское освидетельствование донора посредством опроса, проверить собранную кровь, строго контролировать процесс производства, инактивизировать продукт из крови, и наблюдать за пациентом после переливания крови. Для инфекционных болезней, проводятся анализы на HBV (вирус гепатита В), HCV (вирус гепатита С), ВИЧ, STS (стандартная реакция на сифилис) и бруцеллез. ВИЧ проверяется с ELISA в СПК или ОПК. Если результат положителен или подозрителен, снова проводится тот же самый анализ. Тогда, если результат все еще положителен или подозрителен, он будет послан в Центр СПИДА для другого анализа. Заключительный результат подтверждается с использованием западного метода Блота. Однако, надежность результата анализа сомнительна, потому что качество устройства для анализа, чувствительность реактива и навык лаборантов оставляют вероятность пропуска критических значений данных.

Положительная норма анализа на инфекцию у донора, для антигена HBs 2-3 %, антигена HCV от 11% до 6,8% в 2002 г., антигена ВИЧ 2-3/1 000 проб. Как показано в таблице ниже, число носителей ВИЧ за последнее время быстро увеличилось, и поэтому гарантия безопасности крови должна стать главной и неотложной для внимания проблемой.

Таблица 6.4 Последняя тенденция положительных норм ВИЧ среди доноров

Год	Но.испытуемых	Но. положит-х.	Но. дефинитивных	Положительные./100,000
1998 г.	261 723	71	2	0,76
1999 г.	247 908	78	0	0
2000 г.	224 345	87	6	2,68
2001 г.	233 517	198	22	9,40
2002 г.	215 287	343	100	46,05

Источник: Отчёт Центра СПИДА г. Ташкента Июнь 17, 2003г.

Результат анализа донора на ВИЧ Май 2003г. (положительный по ELISA, дефинитивный по методу Блота)

Примечание:1) * Общее число положительных : 1140, из которых 343 были донорами.

2) До ноября 2002г, чувствительность реагентов была слабой, но специфичность хорошая (согласно недавнего отчёта из офиса CDC).

Затем должно быть верным дефинитивное количество, которое может являться по крайней мере минимумом положительных случаев, и большим количеством необнаруженных случаев в распространении инфекции ВИЧ пациентам посредством переливания крови.

ГЛАВА 7
МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
И ОБОРУДОВАНИЕ

7 Медицинские учреждения и оборудование

7.1 Общая ситуация

7.1.1 Условия доступа

В областных столицах Бухаре, Самарканде, Навои и Каракалпакии, включая Ташкент, главные дороги поддерживаются на должном уровне. СВП обслуживает население на территории в радиусе 2 км., и большинство пациентов обычно посещает СВП пешком. Амбулаторные больные местных медучреждений пользуются маршрутами местных автобусов. В областных центрах амбулаторные больные используют 1) пригородный автобус, 2) трамвай, 3) метро и 4) такси или частные автомобили.

7.1.2 Состояние здания медицинского учреждения: областное, районное и СВП

(1) План комплекса здания областной и районной больницы

СВП подразделяются на три категории. В каждом областном городе имеется «Поликлиника», которая называется СВП №4.

Областные и районные больницы построены в «сложном стиле», некоторые здания из этих медучреждений занимают относительно большой участок. Отделы не расположены в том же самом здании, а скорее рассеяны по территории больницы. Не имеется плана расположения стандартной больницы. Некоторые планы были разработаны еще в Советское время и все еще существуют в настоящее время.

(2) Уровень стабильности подачи электропитания, электрические устройства, перебои питания и аварийный генератор

Номинальная норма напряжения в областных, районных больницах и в каждом медучреждении составляет 220 вольт однофазного тока и 50 гц. и 380 вольт трехфазного тока и 50 гц. Когда группа изучения выборочно проверила фактическое напряжение в некоторых учреждениях, в большинстве случаев измеренное напряжение оказалось в допустимых пределах. Однако, что касается уровня фактического напряжения в некоторых учреждениях, то оно имеет 230-238 вольт переменного тока, что намного превышает номинальную величину напряжения при 220 вольт переменного тока. Измеренное напряжение было на 10% выше номинального напряжения, что указывает, что напряжение колеблется в часовых

поясах. Обычно, неисправность медицинского оборудования случается, когда напряжение подаваемого электричества повышается на $\pm 10\%$. Что касается фактического напряжения трехфазного тока в каждой больнице, то здесь проблем не отмечалось. Измеренное напряжение было в пределах допустимой нормы ($\pm 5\%$).

В СВП нет электростанции. Подача электропитания устойчива, хотя некоторое колебание напряжения происходит из-за чрезмерного потребления электроэнергии. Во время исследования во всех учреждениях отключения электропитания не наблюдалось. По информации инженеров в двух больницах, отключение электропитания происходит один-два раза в год из-за аварии. Эти учреждения не имеют собственных электрических генераторов в качестве источников аварийной подачи электропитания. Они имеют различные аварийные системы подачи электроэнергии в случае отключения электропитания, которые были доступны еще с Советского периода.

Система подачи электропитания Советского периода показана ниже:

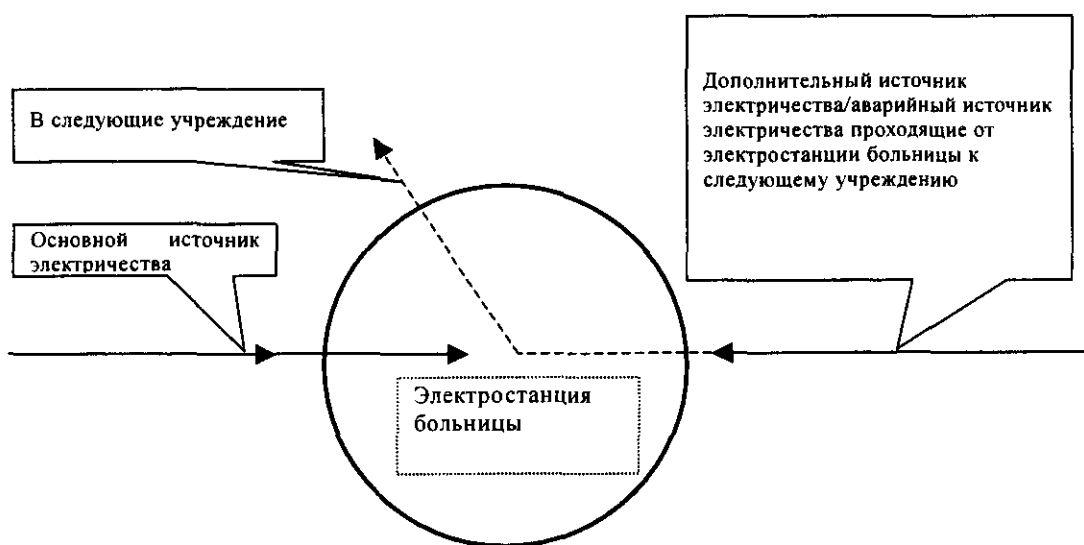


Схема 7.1 Система электроснабжения.

Как описано выше, в больницах имеются главный блок электроснабжения и подстанция. Обычно, в действии находится главный блок питания, но в случае отключения электропитания, активизируется аварийная подача электроэнергии. В Навои в районной больнице, наблюдался особый случай. Поскольку подача электропитания недостаточна, особенно тогда, когда происходит снабжение водой

сельского хозяйства, и огромный насос, расположенный поблизости, потребляет большое количество электричества для подачи воды, подача электропитания для больницы переключается на генератор (380 кВА) как источник для аварийного электропитания на регулярной основе.

(3) Существующая ситуация со снабжением водой, канализацией и качеством воды

Несколько СВП подключены к системе центрального водоснабжения, однако некоторые не имеют к ней доступа. Сточные воды собираются в резервуаре для грязной воды на участке и регулярно направляются на очистное сооружение специальной машиной. Ни одно СВП не оборудовано системой канализации. Туалеты находятся вне здания.

Некоторые районные больницы имеют центральную систему водоснабжения. Вода в большинстве учреждений сливается непосредственно в общественную канализацию. Все областные больницы имеют центральное водоснабжение и канализацию, и в течение года проблем с водой нет.

Водоснабжение связано непосредственно с центральной службой водоснабжения, поскольку большинство учреждений не имеют приемного водного резервуара. НИИ эндокринологии в Ташкенте является единственным учреждением, которое сбрасывает сточные воды в общественную канализацию после собственного очищения. Однако, в распоряжении учреждений не имеется практически никакого дренажного оборудования, и все сливается непосредственно в общественную канализацию.

Давление подачи воды - 2.5 кг/с. или больше в большинстве медицинских учреждений, и этот показатель достаточен для использования медицинского оборудования.

Имеются два типа воды, жесткая и мягкая, в зависимости от областей. Использование воды с высокой концентрацией солей в северной части Аральского моря (Республика Каракалпакстан) наносит ущерб медицинскому оборудованию. Почва в Нукусе (Республика Каракалпакстан) сильно засолена. Вследствие этого, подача воды затруднена, так как водопроводные трубы ржавеют. Поскольку вода жесткая, мыло не пенится. Если налить воду в стакан, на следующий день в нем

образуется осадок ила.

(4) Кислород

В районной больнице, которую мы посетили в ходе изучения, отсутствует централизованная система подачи медицинского газа. Баллон с кислородом установлен в операционной и в реанимационном отделении. На областном уровне некоторые учреждения оборудованы централизованной системой подачи медицинского газа.

Централизованная система подачи медицинского газа имеется в больнице третичного уровня, в центре экстренной медицинской помощи и учреждении родовспоможения. Поставка газа - только кислород, и он предназначен для операционной комнаты и реанимационного отделения.

(5) Оборудование для отопления

Для обогрева зданий используются отопительные системы, доставшиеся по наследству с Советского периода. В каждом регионе имеется много котельных, из которых горячая вода подается по трубам в больничные учреждения.

Большинство СВП используют газовое отопление. СВП, которое мы посетили, использовали и газ, и центральное отопление.

Большинство районных больниц используют центральное отопление, но некоторые используют газовое отопление.

Центральное отопление используется во всех областных медицинских учреждениях.

(6) Связь

Коммуникационное оборудование на данный момент обслуживается правильно и не представляет никакой проблемы.

В СВП, имеется телефонная линия для местных звонков, но не для междугородних.

Большинство больниц областного и районного уровней имеют только одну междугороднюю линию. Внутренний телефон имеется в каждом отделении.

(7) Защита от излучения

Все помещения для проведения рентгеновского обследования изолированы защитными стенами, покрытыми бариевой штукатуркой. До настоящего времени в Узбекистане вообще использовалась защита от излучения этим методом, и это

одобрено в соответствии с инструкциями защиты от излучения (ГОСТ) РУз. Свинцовое защитное покрытие устанавливается на двери, а утечка радиации на потолке и полу защищена бетоном. Государственный «Радиолог» несет ответственность за действие инструкций по защите от излучения и осмотр рентгеновских средств обслуживания два раза в год.

(8) Оборудование для транспортировки пациента

Районные больницы не оснащены лифтами. В больницах областного уровня существуют лифты для транспортировки пациентов.

(9) Больничные отходы

Вывозом мусора и отходов больницы занимается специальная контора по очистке мусора. Специальная государственная торговая организация занимается сбором и утилизацией использованных пластмассовых шприцев и игл.

Группа исследования наблюдала в 2-х больницах работу установки для сжигания отходов.

(10) Отработанная вода и сброс сточных вод

Медицинская отработанная вода и сточная вода сливаются непосредственно в канализацию.

7.1.3 Состояние медицинского оборудования в настоящее время.

Поставки медицинского оборудования осуществлялись в Советское время с 1965 года. В тот период одинаковое оборудование распределялось центральным органом (Минздрав) в Москве по всем больничным учреждениям всех союзных республик. Это оборудование используется по настоящее время. Большинство оборудования было изготовлено в СССР в период с 1980 по 1990гг.

Настоящее состояние медицинского оборудования является следующим:

(1) Рентген отделение

- а) Поскольку рентгеновская трубка и главный корпус устарели, нельзя сделать четкий снимок. Рентгеновская трубка не заменялась с 1986г., и объем рентгеновского излучения может резко снизиться из-за срока годности.

Большинство рентгеновских аппаратов - из России.

- б) Рентген- аппараты устарели в большинстве больниц.
- в) Пленочный процессор (ручной тип) сильно заржавел и устарел.
- г) Пленочные светильники также устарели. Большинство больниц использует единственный проектор для просмотра пленок.

(2) Лаборатория

- а) Вместимость дистиллированной воды - 4 л/ч, что является недостаточным.
- б) Инструменты типа стеклянных пробирок, штативов для пробирок и стеклянных пипеток устарели.
- в) Половина микроскопов выведена из строя, и их невозможно использовать. Большинство больниц используют единственный микроскоп.
- г) Необходимы инкубатор и водяная баня. Имеющиеся модели сухожарового шкафа и стерилизатора слишком устарели.

(3) Акушерство и гинекология

- а) Столы для обследования беременных женщин устарели.
- б) Недостаточное количество медицинских инструментов.
- в) Необходимо оборудование для обследования: внутриутробный монитор, вакуумный экстрактор, кольпоскоп.
- г) Стерилизатор и отсосы устарели.

(4) Общая практика, внутренние болезни, малая хирургия

- а) ЭКГ устарели и оборудования недостаточно.
- б) Необходимы: медицинская тележка, бак, ящик для хранения ваты, даже мелкие детали для унитазов.
- в) Нет в наличии ни подставки для сбора крови, ни емкости для дезинфекции

(5) Экстренная медицинская помощь

- а) Необходимы небольшие приборы, предметы и инструменты для экстренной медицинской помощи (тележка).
- б) Необходимо оборудование для реанимации: дефибриллятор, кислородная маска.
- в) Носилки для больных и кресла-каталки устарели.
- г) Стерилизаторы устарели.

д) Необходима ванна для дезинфекции

(6) Машина скорой помощи

- а) Машина скорой помощи не оборудована дефибриллятором, кислородными подушками.
- б) В машине грязно и не соблюдаются санитарные нормы.
- в) Отсутствует оборудование для (радио-) связи между машиной скорой помощи и центром неотложной медицинской помощи.

7.1.4 Эксплуатация и техобслуживание

(1) Тибтехника

Тибтехника является акционерной компанией при Министерстве Здравоохранения, образованной в 1996 г. Они занимаются продажей медицинского оборудования, установкой оборудования, управлением и тех. обслуживанием, ремонтом, и его испытанием. Они имеют контракт с Министерством Здравоохранения Узбекистана. 10-15 инженеров находятся в каждом областном отделении под руководством Ташкентского офиса. Ремонт, и тех. обслуживание выполняются ими в областной больнице и СВП. Ташкентская Тибтехника имеет 53 инженера. 32 из этих инженеров имеют университетский диплом. Остальные 21 инженера являются выпускниками колледжа медицинского оборудования со средним техническим образованием. Инженеры Тибтехника закончили курсы по тех. обслуживанию медицинского оборудования в зарубежной стране (см. приложенную структурную схему организации Тибтехника: Схема 1).

(2) Метаролог

Что касается оборудования, установленного в Советское время, технический осмотр проводился один раз в год инспектором, которого называют Метарологом. Метаролог принадлежит к ГОСТу Узбекистана (подобная организация JIS в Японии). Когда медицинское оборудование прошел эксплуатационное тестирование, печать ставится на главном корпусе. Инспекция ГОСТ проводится в каждой области регулярно.

7.1.5 Мобилизация скорой помощи

Ташкентский центр экстренной мед. помощи был создан в 1999 г., а больница экстренной мед. помощи была создана в каждой области. В городском и сельском районе при этой организации был установлен телефонной службы "03" для вызова машины скорой помощи. Отделение скорой помощи принимает вызовы в течение 24 часов и доктор, медсестра, и другое необходимый персонал направляются на место с необходимым оборудованием.

7.1.6 Местные агентства и местное производство медоборудования.

Местные агентства и производители медицинского оборудования. Основная продукция каждой компании показаны ниже:

Местные представительства

№	Название агентства	Страна происхождения	Медицинское оборудование
1	Siemens	Германия	Рентген установка, ультразвуковая диагностическая установка, стоматологический стол и т.п.
2	Dina	Германия	Операционные, стоматологические, хирургические, кардиологические, лабораторные медицинские инструменты и т.п.
3	Pribory Oy	США	Лабораторное оборудование
4	Fresinius	Германия	Оборудование для гемодиализа
5	Altonika	Россия	Система тестирования стресса, кардиомонитор, ЭКГ, гематкрит и т.п.
6	Philips	Германия	Рентгеновская установка, ультразвуковая диагностическая установка, стоматологическое кресло и т.п.
	Drager	Германия	Анестезиологический аппарат, вентилятор и т.п.
7	Schiller	Швейцария	Кардиологическое оборудование, оборудование для интенсивной терапии, оборудование неотложной медицины
8	PTO "Medtechnika" Russia	Россия	Медицинский инструменты
9	Hospitex	Италия	Кардиологическое оборудование, оборудование для интенсивной терапии, оборудование неотложной медицины, лабораторное оборудование и т.п.

Компании, производящие медицинское оборудование

№	Название агентства	Страна происхождения	Медицинское оборудование
1	Частная производственная компания «Медия»	Узбекистан	Медицинская подставка, кровать, подставка для инфузомата, экраны, измеритель роста, бактерицидная рентгеновская установка, функциональная кровать, столы для инструментов и т.п.
2	Научно производственная компания «Супромед»	Узбекистан	Оборудования для физиотерапии, медицинская подставка, функциональная кровать и т.п.
3	Научно производственное предприятие «Тиббий Асвов Сервис»	Узбекистан	Пластмассовый ночной горошок, гинекологическое зеркало Куско, акушерский стетоскоп, щипцы.

7.1.7 Приобретение нового медицинского оборудования

Для областного управления здравоохранения выделяется бюджет, в случае, если больница покупает новое медицинское оборудование. Когда его невозможно купить в пределах суммы бюджета областного управления здравоохранения, областное управление здравоохранения представляет дополнительное письмо-заявку в Минздрав. Обычно медицинское оборудование может быть куплено на средства ташкентского департамента здравоохранения, и Минздрав при нехватке средств запрашивает у Министерства финансов средства для специального бюджета. В некоторых случаях, при высокой цене оборудования типа рентген-аппарата, оно было куплено по кредиту или займу другой страны.

7.1.8 Медицинское оборудование, предоставленное донорами

СВП и районные больницы в Навои получили следующее медицинское оборудование от Всемирного Банка в августе 2002 г.

Медицинское оборудование:	Бинокулярный микроскоп, холодильник, центрифуга, шкаф для инструментов, лабораторный стол, ЭКГ (3-х канальный), дистиллятор, вертикальный стерилизатор, подставка для гинекологического осмотра
1) Навоийская область:	Канимех, Кизилтепа, Навои, Нурата, Навбахор, Учкудук, Хатирчи, Тамди
2) Сирдарьинская область:	Город Гулистон, Хаваст, Мехнатобод, Сирдарья, Рашидов, Ок-Олтын, Баявут, Гулистон, Саихуновод

3) Ферганская областб: Багдад, Риштон, Веш-Арик, Сух, Бувайда, Риштон, Кува, Кувасай, Охунбобоев, Зарафшан, Уч-Куприк, Фергана, Узбекистан, Ташлок, Фуркат

Диагностический центр районной больницы Навои расположен в 4 км от районной больницы. Следующее медицинское оборудование установлено Всемирным банком в августе 2002 г.

Оборудование для диагностики: Оборудование для ЭКГ (3-х канальный), ультразвуковой аппарат/V&W, Дефибриллятор и эргометр
Оборудование для лаборатории: Счетчик крови, бинокулярный микроскоп, холодильник, вытяжной шкаф, центрифуга, шкаф для инструментов, лабораторный стол и биохимический анализатор с принтером и дистиллятор

Медицинское оборудование, предоставленное безвозмездно, имеет 2-х годичную гарантию по эксплуатации, и все необходимые расходуемые материалы предоставляются бесплатно.

7.2 Инвестиция для следующего этапа

Большая часть медицинского оборудования, используемая в больнице, была установлена в Советское время.

Оборудование после 10-15 лет становится устаревшим. Кроме того, строение больницы и система все еще остаются такими же, как в Советское время. Необходимо исследовать систему больницы так, чтобы затраты были уменьшены путем улучшения эффективности при управлении больницей. Исходя из данного полевого изучения, следующие моменты будут снова исследованы и обсуждены с Минздравом, чтобы они были включены в следующее изучение.

- 1) План медицинского оборудования
 - Медицинское оборудование, подлежащее замене
- 2) Соотношение масштаба медучреждения и уровня медоборудования
 - Количество медицинского оборудования в больнице и число пациентов должны быть сопоставлены, и должно быть подобрано необходимое оборудование.

- Уровень медицинского оборудования, отвечающий потребностям больницы.
- Медицинское оборудование для диагностики и тестирования, необходимое для больницы в настоящее время.

3) Скорой помощи

- Необходимое медицинское оборудование и его количество для машины скорой помощи.

4) Эксплуатация и техобслуживание

- Техническая проблема относительно медицинского оборудования в больнице.
- Улучшение качества ремонта и тех.обслуживания инженерами больницы
- Количество и виды минимальных запасных частей и расходуемых материалов, подлежащих хранению в больнице

5) План по коммунальным услугам

- Измерение нестабильного электрического потока
- Измерение жесткой воды
- Очистка и содержание туалета в больнице

