

ГЛАВА 8
РАЗВИТИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА

8. Развитие кадрового потенциала

8.1 Введение

Реформы в области здравоохранения привели к изменению рынка труда, что в свою очередь, диктует необходимость изменений в концепции медицинского образования, управлении образованием, пересмотра кадровой политики и использовании человеческих ресурсов. Все это привело к тому, что в данной области сложилась во многом новая, неоднозначная ситуация. Подходы к подготовке кадров, система медицинского образования стали меняться, начали изменяться модели обучения. Таким образом, данные нововведения привели к новой и неопределенной ситуации, возникшей в этом секторе. Подходы к подготовке кадров, к системе медицинского образования в общем и к стандартам образования постоянно пересматриваются. Считается целесообразным изучить степень влияния данных реформ на занятость медицинского персонала и на социальную организацию здравоохранения, также как и на будущее самой медицинской практики в стране. Необходимо тщательно изучить данные факторы с целью выявления общего положения по кадровому потенциалу отрасли, состоянию медицинского образования в стране, а также для определения ключевых проблем для дальнейшего планирования последующих этапов реформ. Целью данной главы отчета является:

- Изучить исходные ресурсы и состояние системы распределения кадров.
- Изучить нынешнее состояние системы медицинского образования.
- Изучить структуру, финансирование и управление системой медицинского образования.
- Изучить нормативно-правовую базу реформ медицинского образования.
- Определить достижения и проблемы, возникшие в ходе реформирования.

8.1.1 Методология

Изучение включает в себя различные интервью, обзор документов, прямые наблюдения и исследования, проведенные с целью изучить настоящую ситуацию и разработать Генеральный план. На момент подготовки данного отчета данные, полученные в результате изучения, не были обработаны на должном уровне, чтобы быть включенными в отчет. Особо тщательно были изучены следующие документы

и справочные источники:

- 1) Законодательные и подзаконодательные акты, и законодательные документы, разработанные Кабинетом Министров Республики Узбекистан.
- 2) Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан.
- 3) Полезные и доступные статистические данные, полученные из Республиканского информационно аналитического центра (РИАЦ), из отдела экономики и финансов Минздрава, отдела по кадрам, образованию и науке Минздрава и Государственного комитета по статистике Республики Узбекистан.
- 4) Отчеты, подготовленные экспертами различных международных организаций.
- 5) Данные различных интервью, проведенных с принимающими политики здравоохранения, специалистами, врачами и преподавателями в области здравоохранения.
- 6) Данные изучения, проведенного на местах.

8.1.2 Рамка изучения и объем

Развитие кадрового потенциала (РКП) подразумевает процесс образования и подготовки кадров, набора и развитие людских ресурсов и удержания их посредством создания условий труда или практики. Развитие человеческих ресурсов играет решающую роль в процессе реформирования сектора здравоохранения, так как уровень подготовленности кадров, их рациональное использование на рынке труда, заинтересованность, трудоустройство и качество образование имеют огромное влияние на достижение глобальных целей, направленных на обеспечение продуктивности, эффективности и справедливости в секторе здравоохранения. Вопросы развития кадровых ресурсов оказывают влияние на производительность труда на рынке здравоохранения, являясь наиболее необходимым вкладом в укрепление здоровья населения. Однако основная часть процесса подготовки кадров проходит вне сектора здравоохранения, а в секторе образования. Взаимодействие между рынком образовательных услуг и рынком здравоохранения, а также социальное партнерство между основными заинтересованными сторонами, включая представителей правительства, медицинских работников, административный и руководящий составы является

ключевым и необходимым условием для продуктивной и эффективной деятельности как рынка здравоохранения, так и рынка образования.

Блок 8.1 Взаимодействие между рынком образования и здравоохранения

Факторы спроса

Образование:

- Привлекательность медпрофессии.
- Денежные затраты на медобразование.
- Финансовые затраты: длительность образования.
- Экономическая обоснованность профессии.
- Экономическая обоснованность профессии.

Рабочая сила в секторе:

- Необходимость поддержания здравоохранения.
- Необходимость в администрации
- Преподавание.
- Исследование.



Факторы обеспечения

- Доступность обучения в школах.
- Другое: учителя, материалы.
- Бюджет образования.

- Организация здравоохранения.
- Бюджет здравоохранения.

8.2 Кадровый потенциал в области здравоохранения Республики Узбекистан

8.2.1 Типы и распределение рабочей силы в секторе здравоохранения

Медицинские работники в системе практического здравоохранения подразделяются на 3 категории в зависимости от уровня образования: врачебный персонал, средний медперсонал без высшего образования, а также младший медперсонал, к которому относятся работники, закончившие училища или специализированные курсы по соответствующим медицинским услугам, такие как санитары, лаборанты. Эти квалификации однако не отражают специализацию медицинской практики.

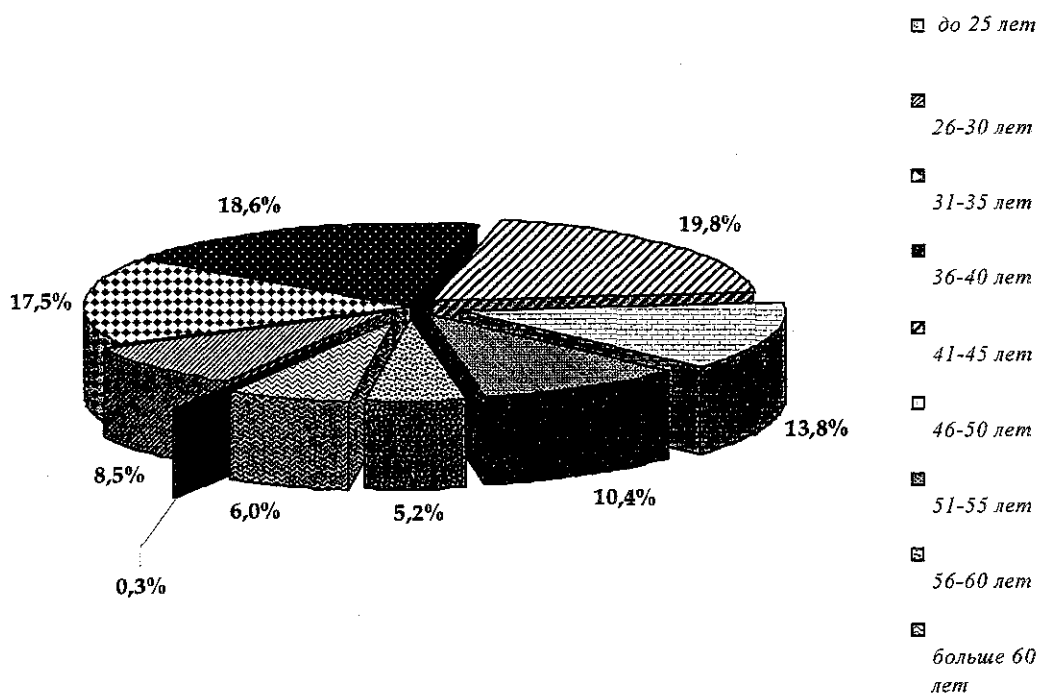
Врачи

По статистическим данным, представленным Республиканским информационно-аналитическим центром (РИАЦ), показывает, что в 1999 г. на каждые 10 000

населения проходило 29,9 врачей. Коэффициент незначительно уменьшился в 2000 г., когда на 10 000 населения проходило 29,6 врачей. В течение последних пяти лет количество врачей в стране оставалось достаточно стабильным. Так количество врачей в Республике в 1997 г. составляло 73 540, а в 2000 г. это цифра составила 73 389. Эти цифры не включают данные о врачах, работающих в медицинских учреждениях вне ведомства Минздрава.

Анализ возрастных континентов врачей на протяжении последних лет в целом по республике указывает на естественную замену стареющей части рабочих кадров и достаточно стабильный уровень численности рабочей силы средней возрастной группы. Однако в период с 1999 г. по 2000 г. отмечается некоторый количественный спад врачей с опытом работы менее 5 лет (с 5,1 врача до 4,7 врача на каждые 10 000 населения).

Рисунок 8.1. иллюстрирует достаточно равномерно распределение врачей по возрастному фактору.



**Рисунок 8.1 Распределение врачей по различным возрастным группам
(данные на 1 января 2003г.)**

Однако численности врачей до 25 лет, составляющая 0,3% достаточно мало, что является потенциальной проблемой в будущем, особенно учитывая тот факт, что работающие пенсионеры уже составляют 6% рабочей силы.

Средний медицинский персонал

К среднему медицинскому персоналу в Узбекистане относятся медицинские сестры различных специальностей, фельдшеры, акушерки, помощники фармацевтов, медицинские техники. В отличие от врачей, количество которых немного снизилось, количество сестринского медицинского персонала с 1991 г. по 2001 г. увеличилось с 228 тыс. чел. до 252 тыс. чел., составив в настоящее время 100,5 на 10 000 населения, что по данным ВОЗ, значительно больше, чем в большинстве стран СНГ и сопоставимо с количеством средних медработников в ряде развитых западных стран.

В период с 1995 г. по 2001 г. не наблюдается серьезных изменений в коэффициенте соотношения врачей к медицинским работникам среднего уровня. Коэффициент варьирует от 1:3,3 до 1:3,5. Основываясь на отчете, подготовленном в рамках Национальной программы подготовки и переподготовки кадров, существует ежегодное ощутимое увеличение количества абитуриентов, принимаемых в средне-специальные профессиональные учреждения (ССПО). Однако в 2003 году прием предполагалось сократить до 18 000 принятых абитуриентов в средне-специальные профессиональные учреждения.

Медицинские техники

На данный момент не существует определенной официальной информации по количеству медицинских техников, так как данный сегмент обычно включается в категорию "другие" медицинские работники. Большинство медицинских техников являются непрофилирующими специалистами и в большинстве случаев проходят неофициальную подготовку на месте работы, так как во время поставки новых моделей оборудования обычно проводится бесплатное обучение поставщиком.

Фармацевты

За последние годы в рамках реформы сектора здравоохранения аптечная сеть была почти полностью приватизирована и сейчас не существует достоверных официальных данных по количеству работающих фармацевтов. Отчет Ташкентского фармацевтического института определил обеспеченность населения провизорами, что составило 27,5 на 100 000 населения. Нынешняя обеспеченность ниже чем нормы обеспеченности аптечной сети 46 провизоров на 100 000 населения. Поскольку развитие фармацевтической промышленности очень

нестабильно, возможность ежегодного приема в фармацевтическое училище составляет 40 человек недостаточно для полного удовлетворения потребности в фармацевтических кадрах, особенно промышленных фармацевтов. В настоящее время существуют 68 предприятий, более 16 совместных предприятий, торговые предприятия в Узбекистане и странах СНГ. Эти предприятия покрывают 12-15% от предложения на рабочее место от провизоров.

В таблица 8.1. представлены данные о распределении провизоров с полным высшим образованием в розничной аптечной сети по Узбекистану.

Таблица 8.1. Обеспеченность аптечной сети провизорами с высшим образованием на 100 тыс. населения

Область	Население (от 1.01.2002)	Количество провизоров с полным высшим образованием	Количество провизоров на каждые 100 000 населения
Республика Каракалпакстан	1546,1	382	24,7
Андижанская	2265,3	590	26,0
Бухарская	1464,3	455	31,0
Джизакская	1012,0	2,9	21,6
Кашкадарьинская	2274,2	434	19,0
Навоийская	797,6	229	28,7
Наманганская	1997,8	441	22,0
Самаркандская	2769,2	537	19,3
Сурхандарьинская	1817,9	402	22,1
Сырдарьинская	660,6	291	44,0
Ташкентская	2401,4	642	26,7
Ферганская	2747,3	599	21,8
Хорезмская	1379,9	275	20,0
г. Ташкент	2137,7	1471	68,8
Всего по республике	25271,3	6967	27,5

Финансовые менеджеры

В связи с переходом на подушевое финансирование в пилотных областях по проекту «Здоровье-1» и при содействии проекта «ЗдравПлюс» была начата подготовка финансовых менеджеров на краткосрочных тренингах, главным образом, из числа среднего медицинского персонала. Квалификационная характеристика финансового менеджера определена в Приказе Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан №169 от 16 марта 1999 г. В процессе проведения интервью с рядом руководителей лечебных учреждений, преподавателей и специалистов и ознакомления с квалификационной характеристикой был выявлен ряд проблем: степень приемлемости предусмотренного широкого спектра функциональных обязанностей и задач, особенно по стратегическому планированию деятельности учреждения, тактике, политике и рабочим процедурам в СВП; отсутствие единого мнения относительно того, кого следует обучать на менеджера, и этапа, когда должна проводиться такая подготовка – в ходе обучения студентов или в аспирантуре. Кроме того, эти специалисты не включены ни в Регистр специальностей, ни в Тарификатор Министерства Финансов. Документом, регламентирующим их деятельность, являются Приказы Министерства Здравоохранения, касающиеся деятельности СВП в пилотных областях, а также инструктивные письма.

8.2.2 Система трудоустройства

Предварительный анализ данных и интервью, проведенных со специалистами, выявил определенное количество значительных диспропорций в распределении рабочей силы по территориальным и возрастным факторам. В городах, например, наблюдается большое количество акушеров-гинекологов и дерматологов. В то время как в отдаленных областях и районах существует нехватка врачей-фтизиатров, инфекционистов, врачей скорой помощи, врачей-лаборантов, рентгенологов, акушеров-гинекологов, врачей-анестезиологов и др. Например, данные РИАЦа показывают, что за последние 10 лет (1992-2001 гг.), к примеру, в Сурхандарьинской области наблюдалась значительная нехватка врачей. Общая занятость кадров составила 64% в 1992 г., а в 2001 г. данный показатель был несколько улучшен и возрос до 80% по всей области. Данная тенденция является похожей и в других областях. Дефицит медицинских кадров показывает, что для медицинских кадров сверхурочная работа и совместительство – обычное дело.

Однако количество персонала может быть уменьшено за счет сокращения медучреждений, особенно стационарных отделений и коечного фонда.

8.2.3 Разработка кадровой политики

Обширные реформы в системе здравоохранения, начавшиеся в 1998 г. явились причиной радикальных изменений, которые привели к глобальной реструктуризации организации охраны здоровья в стране. Основным ключевым моментом явилось усиление первичной структуры здравоохранения в стране. Данный фактор оказал огромное влияние на развитие кадрового потенциала. Однако, к сожалению, процесс развития осуществлялся без налаженного социального партнерства в данной сфере, базирующегося на основе государственной кадровой политики, которая представляет собой стратегию формирования, развития и рационального использования трудовых ресурсов страны.

Непосредственным результатом данных реформ явилось активное распространение обучения специалистов общего профиля, а также разработка новой области образовательной специализации: семейная медицина или врачи общей практики. За последние 2 года наблюдается излишек в количестве врачей общей практики, заканчивающих медицинские учреждения. В лучшем случае они могут работать только в поликлиниках. Интервью, проведенные в областях показали дефицит таких специалистов в амбулаторных медучреждениях, как акушеры-гинекологи, врачи-гастроэнтерологи, подростковые врачи, областные педиатры, отоларингологи и кардиологи. Тем не менее, в этих областях врачи общей практики могут быть обучены более интенсивно, чем это делалось до сих пор. Фактическое отсутствие специализированности первичной медицины привело к недостатку опыта среди выпускников. Более того различный уровень знаний и отсутствие утвержденных квалификационных требований, а также стандартов медицинского обслуживания делает невозможным оценку потребности в кадрах.

Существующий дефицит рабочей силы и сокращение медицинских учреждений привели к необходимости переподготовки и переобучения многих медицинских работников. Например, нехватка анестезиологов в Республике Каракалпакстан привела к необходимости 20 врачам пройти 3-х месячные курсы в ТашМИ 2 в области анестезиологии, реанимации и курса по оказанию экстренной помощи. Магистратура (или клиническая ординатура, пятый уровень международных

стандартов классификации образования (ISCED), определенный ЮНЕСКО, проводимое в Республиканских научных центрах обеспечивает необходимый уровень переподготовки. Однако количество медицинских работников, направляемых на обучение, не является достаточным для обеспечения в будущем необходимого количества специалистов.

Другие ключевые моменты:

- 1) Отмена квоты на зачисление учащихся в/из регионов привела к ограниченному доступу в образовательные учреждения для детей из сельских местностей.
- 2) Предоставление компенсаций медицинским сотрудникам. Данные, предоставленные Министерством Экономики, указали, что медицинские работники находятся в категории наименее оплачиваемых кадров на рынке труда в Республике Узбекистан, несмотря на самые высокие затраты, выделяемые на медицинское образование. Официальная статистика показывает, что в течение последних 10 лет более 30 000 работников сектора здравоохранения, в том числе 7 000 врачей, покинули сектор здравоохранения. Около 3 000 врачей и 7 000 медсестер (братьев) перешли в частный сектор, многие покинули здравоохранение с целью трудоустройства в других секторах рынка труда, а также значительное количество специалистов уехали за рубеж. Так как образование предоставляется государством, уход кадров из сектора здравоохранения означает потерь капиталовложений для страны. Для того, чтобы удержать работников и привлечь новых квалифицированных специалистов в сектор здравоохранения для поддержания здоровья населения, очевидно важно, что приоритетно пересмотреть систему оплаты в секторе здравоохранения;
- 3) Данные, полученные из Министерства Образования и Министерства Труда, показали, что 50% медицинских сотрудников не работают по приобретенной специальности. Причиной неэффективного использования ресурсов может быть отсутствие тесной координации между производителями (образовательными учреждениями), основными потребителями (отделами здравоохранения) и работодателями. На данный момент невозможно говорить о социальном партнерстве, так как не существует соответствующих форм регулирования, которые бы содержали

государственную политику по развитию рабочих сил и стратегию для подбора, развития и рационального использования человеческих ресурсов. Существует необходимость определения и установления критериев для отбора, оценки и ротации рабочих сил, разработки программ для подготовки и переподготовки кадров, повышения квалификации персонала и усиления потенциала рабочей силы.

8.3 Система медицинского образования и подготовки

8.3.1 Структура медицинского образования

Таблица 8.2 иллюстрирует структуру медицинского образования на степень бакалавра и магистра по сравнению с международными стандартами ISCED, определенными ЮНЕСКО. До недавних пор наблюдалось снижение приема поступающих в высшие учебные заведения. Однако за последнее время наблюдается увеличение количества студентов благодаря открытию новых ВУЗов и отделений. На данный момент существует 7 медицинских ВУЗов, 3 региональных отделения медицинских ВУЗа и институт переквалификации медицинского образования. Также существуют факультеты повышения квалификации в мед. ВУЗах в г. Самарканда и г. Андижана. Существует также отдельный Педиатрический медицинский институт в г. Ташкенте. Каждое региональное высшее учебное заведение имеет лечебный, медико-педагогический, педиатрический, стоматологический и фармацевтический факультеты, а также факультет санитарии и гигиены. 4 ВУЗа имеют терапевтические отделы. Все вышеперечисленные отделы организуют подготовку специалистов. Существует экзамен или так называемая аттестация по 4 предметам, которую необходимо сдать для поступления в ВУЗ. Количество мест, представляемых для поступления на данные факультеты строго контролируется. Общая структура образования в стране показана на Таблице 8.3.

Уровень по ISCED	Типа образования		Уровень образования
6	Образование после получения степени кандидата наук (продолжительность срока не больше 3 года)		После высшего образования
	Рынок труда		
6	Докторантура (продолжительность срока не больше 3 года)		После высшего образования
	Рынок труда		
4-5	ISCED 5a Магистратура (степень магистра) (2-3 года)	ISCED 5a Магистратура (степень магистра) (2-3 года)	Последипломное образование
	Рынок труда		
4-5	Медсестринское дело (Медсестра высшего образования) 3 года	Медобразование врачей (дантисты, терапевты, врачи санитарии и гигиены, педиатры) (5-7 лет)	Додипломное образование
	Рынок труда		
3	ISCED 3a <input type="checkbox"/> Проф. колледж (3 года) <input type="checkbox"/> Медсест. училище (3 года)	ISCED 3a • Академ. Лицей (3 года), • Средняя школа (11 лет) • Проф. колледж (3 года) • Медсест. училище (3 года)	Элементарное профессиональное образование
	Рынок труда		



Нотация



Образование

по своему желанию



Обязательное образование

образование



Нет высшего уровня образования

образование

Схема 8.2 Структура медицинского образования последиplomного и додипломного

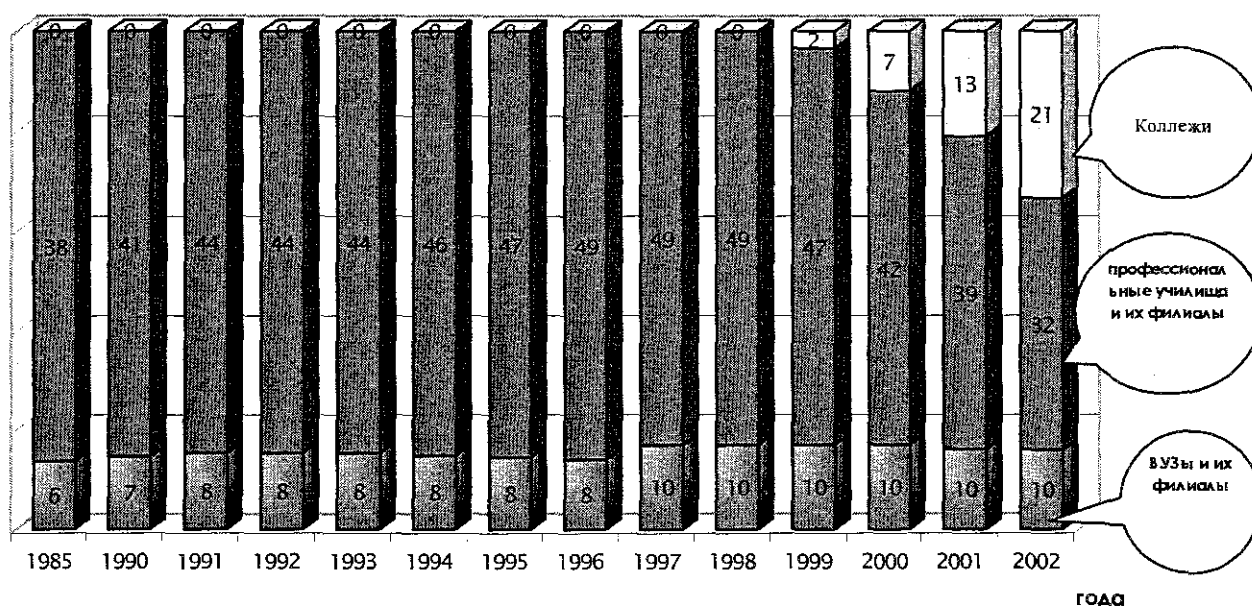


Схема 8.3 Распределение медицинских учебных заведений,
1985 г., 1990-2002 гг.

На данной диаграмме показано, что количество ВУЗов и их филиалов осталось неизменным с 1997 г. Количество профессиональных училищ и их филиалов снижается и компенсируется за счет возрастания количества колледжей.

(1) Подготовка врачей

В Республике подготовка врачебных кадров проводится в 7 медицинских ВУЗах и 3-х филиалах, а также в Ташкентском институте усовершенствования врачей и перечислены ниже:

- 1) Ташкентский государственный медицинский институт №1 (факультеты – лечебный, медико-педагогический, стоматологический, медицинских сестер с высшим образованием, факультет повышения квалификации преподавателей).
- 2) Ташкентский государственный медицинский институт №2 (факультеты – лечебный, медико-педагогический, медико-профилактический, медицинских сестер с высшим образованием).

- 3) Ташкентский педиатрический медицинский институт (факультеты – педиатрический, медико-педагогический, медицинских сестер с высшим образованием).
- 4) Ташкентский фармацевтический институт (факультеты - фармацевтический, биотехнологический, агро-экологический, фармацевтико-педагогический, промышленной фармации).
- 5) Самаркандский медицинский институт (факультеты – лечебный, педиатрический, медико-педагогический, медицинских сестер с высшим образованием, факультет повышения квалификации).
- 6) Бухарский медицинский институт (факультеты – лечебный и стоматологический, 2 отделения – медико-педагогический и медсестер с высшим образованием).
- 7) Андижанский медицинский институт (факультеты – лечебный, педиатрический, факультет повышения квалификации и отделение медсестер с высшим образованием)
- 8) Ферганский филиал ТашМИ-2 (факультет медико-профилактический).
- 9) Нукусский филиал Ташкентского педиатрического медицинского института (педиатрический факультет).
- 10) Ургенчский филиал ТашМИ-1 (лечебный).
- 11) Ташкентский институт усовершенствования врачей (факультеты терапевтический, педиатрический, хирургический, медико-профилактический).

Подготовка врачей должна проходить в 2 этапах: в бакалавре в течение 5 лет (стоматологи) и 7 лет (по другим специальностям). Второй этап обучения в магистратуре, продолжительность которого 2-3 лет в зависимости от профиля кафедры. Параллельно с новой системой последиplomной подготовки пока сохраняются и ранее существовавшие формы, в частности клиническая ординатура, где принимаются выпускники ВУЗов или специалисты, проработавшие не менее 3-х лет в лечебно-профилактических учреждениях.

1) Проблемы обучения врачей

Имеющаяся двухэтапная система обучения имеет свои недостатки. Срок додипломного образования составляет на настоящий момент 7 лет для всех специалистов за исключением стоматологии. Однако это не соответствует

принятым в мире образовательным стандартам, где в основном продолжительность додипломного образования составляет 4-5 лет с получением степени бакалавра. После этого в течение 2-5 проходит последипломная подготовка по специальности. В России студенты получают базовое медицинское образование за 4 года, проходят специализацию на 5-6м курсах и завершают программу интернатурой. В Узбекистане срок обучения для получения степени бакалавра 7 лет. Профессиональное образование приобретается на следующем этапе после бакалавра в медицинских институтах/интернатуре/резидентуре. Это очень важный этап обучения, поскольку врачи обучаются под руководством наставника для самостоятельной работы по завершению основного медицинского образования и включает предлицензионное обучение, специализацию по вторым специальностям и другие образовательные программы. После семи лет обучения не существует инфраструктуры для занятости выпускников. Приказом Кабинета Министров учреждено получение диплома ВОП выпускниками, прошедшим семилетнее обучение.

Для решения проблемы дефицита кадров в регионах, с наступающего учебного года Минздравом решено ввести ряд изменений в систему додипломной подготовки и распределения врачебных ресурсов, вводятся отдельные программы обучения по 3-м направлениям: акушерство-гинекология (25% студентов), хирургия (25% студентов), обще-врачебная практика (50% студентов), начиная с 6 курса. При этом критериями отбора будут служить исходное место проживания студента (на хирургию и акушерство-гинекологию будут приниматься в основном студенты из регионов республики), наличие контракта о приеме на работу по окончании обучения с областными управлениями здравоохранения, а также успеваемость и рейтинг за предыдущие курсы. Однако, данное нововведение нельзя рассматривать, как внедрение института первичной специализации.

К сожалению, желание поддержать обогащению кадровых ресурсов и внедрению новых образовательных концепций без соблюдения всех перечисленных выше этапов формирования государственной кадровой политики может привести к дискредитации идеи в целом из-за неразработанности механизмов реализации и контроля над исполнением. Внедрение учебных программ, пересмотренных и подготовленных ВУЗами для обучения студентов

6-х курсов по указанным направлениям, могут послужить тому примером. В концепции, разработанной Советом ректоров упоминается о внедрении ризедентуры/интернатуры на 6-7 курсах и это подразумевает этап образования, как это было сказано ранее, где врачи работают под руководством наставника и готовятся к самостоятельной работе после завершения их базового медицинского образования, в т.ч. предлицензионную подготовку, подготовку по первой специальности и второй специальности, а также другие формальные образовательные программы по смежным специальностям. Однако сравнение старой и новой образовательных программ показало, что это фактически было перераспределение часов для студентов, обучающихся по различным профилям без тщательно подготовленного института наставничества, и реструктуризации системы образования в целом. Примером может служить вновь разработанная программа для студентов 6-го курса по курсу терапии, который в значительной мере повторяет предметы, которые изучались на предыдущих семестрах. Анализ учебных планов показывает не всегда рациональный подход к использованию учебного времени и периодический повтор в изучении дисциплин, к примеру, лучевая диагностика изучалась на лечебном факультете студентами на 4 курсе, и вновь она включена на 6 курсе, блок «инфекционные болезни» разбит на 2 для прохождения на 5 и 6 курсе. И таких примеров достаточно много.

Кроме того, хотелось бы отметить, что предметы из гуманитарного и социально-экономического блоков занимают 12,64% учебного времени на начальных курсах, что отнимает достаточно большое время от всего учебного времени. Изучение учебных планов и программ показывает, что необходима оптимизация предметов из вышеуказанных блоков и создание более рационального плана обучения.

К критериям эффективности образования, сформулированным Т. Парсонсом и Н. Сторером относится профессиональная ответственность за приумножение знаний, когда в деятельности преподавателя ВУЗа совмещаются функции обучения и исследования, при этом в этот процесс должны быть вовлечены обучаемые, как со-исследователи. Хотелось бы отметить, что медицинские ВУЗы взяли данный принцип, что должно положительно сказаться на дальнейших результатах работы и обучения. Для поддержания этого процесса необходимы более тесные контакты с другими учебными и научными

центрами, как внутри республики, так и за рубежом, что позволит значительно обогатить систему образования в целом.

(2) Обучение среднего медицинского персонала

Согласно Государственному образовательному стандарту, утвержденному в Республике, в колледжах готовят по 11 специальностям, которые отнесены к младшему медицинскому персоналу согласно Государственному образовательному стандарту. На сегодняшний день в Республике функционируют 53 средне-специальных учебных заведений (ССУЗов). Приемы в ССУЗы были резко увеличены за последние 2 года, что возможно связано с открытием новых медучилищ и медицинских колледжей, согласно графику 8.3 (см. выше). Согласно Национальной программе подготовки кадров среднее специальное образование является обязательным, при этом 90% выпускников 9-х классов должны будут продолжить обучение в колледжах, где смогут приобрести профессию и закончить среднее образование. Для охвата школьников ССПО, планируется дальнейшее увеличение приема абитуриентов в ССУЗы. Система оплаты в ССУЗах за обучение: школьники после 9-х классов обучаются бесплатно, после 11 классов – на контрактной основе.

Рост количества поступивших в средне-специальные и высшие учебные заведения показан на рисунке 8.4.

Обучение среднего медицинского персонала происходит в 2 этапа.



Подготовка среднего медперсонала на сегодняшний день проводится двухэтапной системой. Первый этап соответствует третьему и четвертому уровням образования по классификации ISCED. Первый этап обучения обеспечивается на базе техникумов, колледжей и высшей техникумов. Согласно закону «об образовании», ССПО относится к обязательному, поэтому вступительные экзамены в целом не должны сдаваться школьниками. Медицинские колледжи и училища пользуются большей популярностью, поэтому ежегодно по разным специальностям конкурс составляет от 1,5 до 4 человек на место. Внутренние экзамены подготавливаются самими преподавателями училищ и колледжей. В настоящий момент из 3-х лет обучения примерно 1-1,5 года отводятся на общеобразовательные предметы для завершения общего среднего образования. Остальные 1,5 года студенты ССУЗов проходят подготовку по специальности. Однако, преподаватели, организаторы здравоохранения и представители Минздрава отмечали, что этот период обучения слишком краток. В качестве примера приведена учебная программа медсестер. Продолжительность времени общеобразовательных предметов составляет 1 958 часов из 4 463 часов, отведенных на весь срок обучения. Обучение специальности, продолжительность времени которого составляет 641 час, включает в себе общемедицинские предметы и новые учебные дисциплины, как «навыки общения с пациентами», «здоровый образ жизни», «общественное здравоохранения» и др. Обучение на клинической основе продолжается 432 часа.

С 1999 г., при лечебных факультетах ВУЗов открыты отделения по подготовке медсестер с высшим образованием, что является вторым этапом по подготовке среднего медперсонала. В прошлом году состоялся первый выпуск 120 медсестер, которые получили диплом бакалавров по сестринскому делу. По приказу МЗ №300 от 26 июня 2002 г. были созданы специальные рабочие места для таких медсестер. Учебные программы по ряду направлений повторяют некоторые моменты программ медицинских колледжей.

1) Подготовка специалистов в области медицинских технологий

Еще до распада СССР подготовка инженеров и медицинских техников осуществлялась на базе Ферганского филиала Ташкентского государственного университета и на факультетах кибернетики и медицинской техники медицинских институтов Ленинграда и Киева. Средний медицинский персонал также обучался в филиалах ташкентских ВУЗов. В начале 90-х годов обучение

этой категории специалистов было прекращено. И только в прошлом году было принято решение о восстановлении набора в республиканское медицинское электротехническое техническое училище на специальность «специалист по эксплуатации медицинского оборудования». Кроме того, было решено начать подготовку специалистов по производству медицинской техники и оборудования на степень магистра в Ташкентском государственном политехническом университете. Подготовка специалистов на степень бакалавра до сих пор не начата, и вопрос находится в стадии рассмотрения. Передовые системы обучения (официальное образование) для вышеупомянутой категории специалистов отсутствуют.

2) Высшее фармацевтическое образование

Обучение фармацевтов проходит на базе фармацевтического института и предусматривает 2-х уровневую подготовку: в бакалавре 5 лет и 2 года в магистратуре, но еще не все направления представлены, в частности, пока не открыта магистратура по фармации. Руководство института проводит большую работу по усовершенствованию учебного процесса и приведение его в соответствие с требованиями развивающегося рынка и фармацевтической промышленности, в настоящее время студенты обучаются по 5 направлениям: фармация, профессиональное образование – фармацевт, промышленная фармация, биотехнология и агрономия. Институт сотрудничает как с зарубежными учебными заведениями, так и с коммерческими организациями, при этом к исследовательской работе наравне с аспирантами привлекаются студенты и магистры, что значительно повышает качество учебного процесса.

(3) Повышение квалификации

Повышение квалификации осуществляется в системе Минздрава Республики Узбекистан. Ташкентским институтом усовершенствования врачей (ТИМРЕ), где ежегодно обучается 10-12 тысяч врачей, а также на факультетах повышения квалификации врачей в Самаркандском и Андижанском медицинском институтах. Кроме того, часть врачей проходят повышение квалификации в Российских ВУЗах и клиниках. Также ряд международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ, USAID и др.) организуют тренинги и семинары для работников здравоохранения на местах по различным проблемам. Ранее существовавшая система повышения квалификации врачей и среднего медперсонала была добровольной. В настоящее

время действует Постановление Минздрава об обязательном прохождении обучения врачами и наборе 288 образовательных кредитов в каждые 5 лет. Пока действует система добровольного прохождения аттестации с получением квалификационной категории. В настоящее время идет работа по внедрению системы обязательного лицензирования, создан Республиканский центр по лицензированию и аттестации врачей и фармацевтов. Однако в настоящее время не совсем ясно, будут ли учитываться как академических часов тренинги и курсы негосударственных учебных заведений.

Данные представленные РИАЦ, свидетельствуют о том, что значительная часть ныне практикующих врачей не проходили повышение квалификации по 10 лет и больше. Кроме того, согласно существующему положению, повышение квалификации в институте усовершенствования врачей и на ФПК (факультетах повышения квалификации) могут проходить специалисты со стажем не менее 3-х лет, что не совсем соответствует современной стратегии непрерывного профессионального обучения. В этой связи необходимо пересмотреть концепцию ГИМРЕ и ФПК, их цели и задачи и развитие их учебных программ. Содействовать внедрению современных методов обучения, в том числе дистанционного метода обучения. Необходимы такие программы и подходы, которые учитывали бы индивидуальные потребности каждого специалиста.

Достаточно серьезные проблемы существуют в области повышения квалификации среднего медперсонала. На настоящий момент недостаточная методическая работа и отсутствие учебной, учебно-методической литературы, а также низкое качество учебных программ и отсутствие подготовленных преподавательских кадров приводят к низкому качеству обучения курсантов. В ходе посещения региональных медицинских училищ было выяснено, что помимо решения вопросов материально-технического обеспечения и приведения в соответствие с современными требованиями, необходимо провести огромную работу по подготовке педагогических кадров, созданию института наставничества, подготовке учебной и учебно-методической работы. Необходим тщательный анализ сложившейся ситуации для определения дальнейшей стратегии по созданию данного вида профессионального образования в целях определения возможностей поддержки, оказанной при низком финансировании.

Одной из ключевых проблем дальнейшего реформирования образовательного

процесса является учреждение последовательности между всеми уровнями образования и усиление социального партнерства. Очень важно поддерживать работу по улучшению статуса среднего медицинского персонала, как среди работников здравоохранения, так и среди населения, что было упомянуто в созданной концепции реформы здравоохранения.

Проблема повышения квалификации медицинских сестер связана с отсутствием гибкости официального образования и недостаточной доступностью его как из-за географической удаленности, так и в связи с экономическими трудностями. Для решения этих проблем на местах при поддержке руководителей медицинских учреждений организуется неформальное образование. Примером тому может служить организация Совета медсестер в Ферганском филиале РНЦЭМП, в задачи которого входят непрерывное повышение квалификации медицинских сестер, как самого Центра, так и районных медицинских учреждений, находящихся в его введении. За основу были взяты материалы месячного курса обучения, организованного совместно Ассоциацией медсестер и кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения ТашМИ для старших медсестер ведущих лечебно-профилактических учреждений в стране.

(4) Общая оценка обучения и учебные программы

Министерство Здравоохранения и учебные заведения проводят большую работу по разработке и внедрению учебных программ и систем оценок знаний, используя международный опыт и собственные обработки. Как уже отмечалось выше, при ТашМИ-1 создан Центр методических разработок и учебных технологий, коллектив ТашМИ-2 постоянно разрабатывает и выпускает учебные, методические и учебно-методические пособия для преподавателей медВУЗов. к настоящему времени уже выпущено 13 наименований учебных пособий по методологии преподавания и оценки знаний. Постепенно внедряется такая система оценки знаний

Однако есть ряд проблем, которые необходимо решить на последующих этапах реформирования медицинского образования.

- 1) Существует необходимость тесного взаимодействия с основными заказчиками (лечебно-профилактическими учреждениями), чтобы определить потребности практического здравоохранения в высоко-квалифицированных кадрах, и приведение в соответствие с ними учебных программ и планов, а также

систем оценок знаний.

- 2) Необходимо ознакомление преподавательского состава специальных средних профессиональных училищ с учебными программами медицинских ВУЗов для оптимизации учебного опыта и определения структуры и времени обучения необходимого при подготовке персонала. В настоящее время Министерство Здравоохранения обсуждает с ректорами ВУЗов выпуск программы додипломного образования студентов-медиков, основанного на блочно-модульном принципе.
- 3) Необходимо развитие и обогащение учебных программ и планов по подготовке медсестер с высшим образованием. При этом необходимо определить цели и задачи для данной категории специалистов и формулирования миссии учебных заведений в данной сфере.
- 4) Ознакомление с системой тестирования и тестовыми вопросами показал, что их основная часть предназначена для оценки знаний 1 уровня (запоминание), иногда на понимание (2 уровень) и очень редко на умение пользоваться своими знаниями (3 уровень знаний). Причем данная проблема характерна для всех вузов и учебных заведений республики, что можно проследить, если проанализировать тесты для вступительных экзаменов.
- 5) Преподаватели не всегда владеют методологией составления тестовых вопросов. Если говорить об объективном структурированном клиническом экзамене (ОСКЭ), то пока в медВУЗах сделан акцент на форме экзамена, но не всегда адекватно воспринята содержательная часть этого экзамена. Для восполнения этих пробелов необходима большая и постоянная работа с преподавательским составом по ознакомлению и разъяснению современных принципов и методов, как обучения, так и оценок знания.

8.3.2 Управление в системе образования

Система управления образованием остается централизованной. В управлении мед. ВУЗом задействованы Кабинет Министров, Минздрав, Министерство высшего и средне-специального образования. В управлении средними специальными учебными учреждениями участвуют Кабинет Министров, Минздрав, Министерство высшего и средне-специального образования. а также областные хокимияты, из бюджета которых финансируются мед. училища и колледжи. Есть неправительственные организации, такие как совет ректоров медицинских ВУЗов и совет директоров медицинских колледжей и техникумов.

К компетенции Кабинета Министров Республики Узбекистан в области образования в соответствии с законом «Об образовании» отнесено:

- а) осуществление единой государственной политики в области образования,
- б) руководство органами управления образованием,
- в) разработка и внедрение образовательных программ,
- г) становление порядка создания, реорганизации и ликвидации образовательных учреждений,
- д) определение порядка аккредитации образовательных учреждений,
- е) аттестация педагогических и научных кадров,
- ж) выдача лицензий на право занятия образовательной деятельностью образовательным учреждениям других государств на территории Узбекистана,
- з) утверждение документов об образовании государственного образца и др.

Управление кадров, науки и учебных заведений Минздрава является основным уполномоченным органом, руководящим и контролирующим медицинским образованием. В соответствии со статьей 26 Закона «Об Образовании» к компетенции управления относится:

- а) реализация единой государственной политики в области медицинского образования,
- б) координация деятельности и осуществление методического руководства образовательными учреждениями, контроль додипломного образования врачей, фармацевтов, среднего медперсонала, последипломного образования

- врачей и фармацевтов, и инженеров мед-техников, после ВУЗовское образование (аспирантура, докторантура), повышение квалификации всех категорий медработников,
- в) обеспечение исполнения государственных образовательных стандартов, требований к уровню образования и качеству профессиональной подготовки,
 - г) внедрения в учебный процесс прогрессивных форм обучения и новых педагогических технологий, технических и информационных средств обучения,
 - д) организация разработки и издания учебной и учебно-методической литературы,
 - е) утверждение итоговой государственной аттестации обучающихся и об экстернате в образовательных учреждениях,
 - ж) организация подготовки, повышения квалификации и переподготовки педагогических работников и др.

Система управления медицинским образованием является довольно сложной и осуществляется различными учреждениями, главным образом, на республиканском уровне, с которым Управление кадров Минздрава координирует свою деятельность. Руководство учебными заведениями осуществляют ректора (ВУЗы) или директора (ССУЗы). Ректоры ВУЗов и директора колледжей назначаются Кабинетом Министров на конкурсной основе, по представлению Минздрава. Ректоры институтов и директора колледжей находятся в двойном вертикальном подчинении, так как они подчиняются Кабинету Министров и Минздраву. Директора медицинских профессиональных училищ назначаются приказом Минздрава.

В целом, в Республике Узбекистан принят ряд нормативно-правовых документов в области образования. Основными документами являются Закон «Об образовании» и Национальная программа по подготовке кадров, принятые Олий Мажлисом в 1997 г. В 2001 г. принято Постановление Кабинета Министров «Об утверждении государственных образовательных стандартов высшего и среднего образования». Государственный образовательный стандарт является одним из основных документов для разработки учебных программ. При ознакомлении с этими документами для разных специальностей были выявлены ряд неточностей в стандартах, разработанных для средне-специального профессионального образования, что было подтверждено преподавателями и руководителями

медицинских училищ и колледжей. Поэтому есть необходимость в коррекции этих документов во избежание проблем при составлении учебных программ.

На момент проведения изучения проходил процесс по проверке соответствия положениям Закона. Кроме того, существует ряд внутриведомственных приказов, положений, постановлений и других нормативных документов, регулирующих процесс образования. Предварительное знакомство с нормативно-правовой базой, регулирующей вопросы медицинского образования, показало необходимость отдельного изучения и анализа с целью разработки ряда взаимоисключающих положений в различных документах и последующего приведения их в соответствие друг с другом.

Для обеспечения качества образования все учебные заведения должны получить аккредитацию, на основании которой должна выдаваться лицензия на образовательную деятельность. В настоящее время во время регистрации учебных заведений в соответствующий институт лицензия на образовательной деятельности выдается хокимиятом. Аккредитация должна быть проведена Управлением аттестации образовательных учреждений и контроля качества подготовки кадров при Государственном тестовом центре Республики Узбекистан. Однако на настоящий момент до сих пор не разработаны критерии аккредитации учебных заведений и ни один ВУЗ еще не получил соответствующего документа. По стране была проведена аттестация ВУЗов – это процесс проверки ВУЗов.

Важным фактором, позволяющим повысить качество образования, может стать конкуренция на рынке образования, как среди ВУЗов и ССУЗов, так среди профессорско-преподавательского состава. В настоящий момент она не существует, и качество образования зависит от географического расположения учебного заведения.

В настоящее время программы медицинского образования унифицированы во всех ВУЗах и утверждены Управлением кадров, науки и учебных заведений Минздрава, а также Министерством высшего и среднего специального профессионального образования. В 2001 г. на базе ТашМИ-1 советом ректоров медицинских ВУЗов был основан центр методологических разработок и информационных технологий, для усовершенствования и разработки нормативных документов в области высшего образования. Центр получил полномочия для выполнения Постановления Кабинета

Министров №343 от 16 августа 2001 г., позволяющий проводить оценку множества образовательных программ: 7 000 программ для степени бакалавра (или высшего додипломного образования), более 3 000 программ для подготовки медсестер высокой квалификации и 71 программа в 32 направлениях на степень магистра. Центром будут утверждены нормативы и учебные планы.

8.3.3 Финансирование медицинского образования

(1) Финансирование ВУЗов

Финансирование ВУЗов осуществляется из статей бюджета Минздрава и внебюджетных фондов. Главным образом, бюджетные средства покрывают расходы на зарплату, стипендию, пособия матерям, отчисления работодателям, а также другие расходы на коммунальные услуги, электричество и т.д. В 1999 г. эта сумма составила 1 610,3 тыс. сумов, в 2000 г. 2 286,2 тыс. сумов, в 2001 г. 3 186,4 тыс. сумов, в 2002 г. 4 462,9 тыс. сумов. Основным внебюджетным источником поступлений являются платежи за получаемое образование. В этом году стоимость обучения студента в течение 1 года составила 482 000 сум, и это является единой расценкой для всех медицинских вузов.

Согласно существующим нормативно-правовым документам (Указ Президента №1213 от 16 августа 1995 г., Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан №414 от 3 сентября 1999 г. «О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций» и Постановление Кабинета Министров № 490 от 31 декабря 2001 г. «О прогнозе основных экономических показателей и параметрах государственного бюджета Республики Узбекистан на 2002 г.), ВУЗы, как и другие бюджетные организации, могут проводить дополнительные выплаты и поощрения профессорско-преподавательского состава за счет внебюджетных средств: из фонда материального стимулирования до 25% и из фонда развития бюджетной организации до 15% могут расходоваться на эти цели. Так ТашМИ-1 ввел рейтинговую систему оценки преподавателей. При соответствии разработанным критериям, в том числе в зависимости от успеваемости студентов, преподаватели регулярно оцениваются, и по результатам годовых аттестаций получают прибавки к зарплате. Похожие системы поощрения практикуются в Самаркандском мединституте, где в декабре объявляется конкурс среди профессорско-преподавательского состава. Дополнительные выплаты производятся

дифференцировано (до 100% доплаты от основного оклада), при наборе определенных баллов по соответствующим критериям в течение всего учебного года.

Почти все расходы на ремонт и модернизацию образовательной и технической базы, публикацию методической литературы и прочие затраты в процессе образования покрываются из внебюджетных средств. Однако, далеко не все ВУЗы находятся в подобной ситуации.

(2) Финансирование колледжей и профессиональных медицинских училищ

Финансирование колледжей осуществляется за счет бюджета Центра ССПО, а медицинских училищ - из бюджета местных органов управления (областных хокимиятов). У колледжей и училищ за счет студентов-контрактников также имеются внебюджетные средства. Учреждения образования подразделяются на категории в зависимости от объема их деятельности и уровня финансирования. Стоимость 1 года обучения составила в 2002 г. 80 000 сум. В этой связи, зарплата преподавателя зависит от того, к какой образовательной категории относится колледж. Зарплата преподавателя колледжа может превышать уровень зарплаты в профессиональном училище более чем в 1,5 раз.

В отличие от этих типов учебных заведений, медицинские училища повышения квалификации среднего медперсонала финансируются из бюджета Минздрава. В связи с этим, зарплата является основной статьей расходов. Внебюджетные поступления незначительны, так как лечебные учреждения часто не могут оплатить обучение своих работников на курсах повышения квалификации, так как в их бюджете не предусмотрена данная статья расходов. Хотя и бюджет любого учреждения содержит специальную статью «затраты на образование» (код 01765), Министерство Финансов фактически не выделяет средств для этих целей. Такая же ситуация наблюдается и в сфере повышения квалификации врачебного персонала. В последние годы в связи с сокращением финансирования ЛПУ не всегда могут даже выплатить командировочные расходы своим сотрудникам на их переподготовку. Таким образом, медицинским работникам приходится тратить свои деньги в этих целях. Это является одним из главных препятствий для прохождения повышения квалификации работниками здравоохранения, наряду с реальными экономическими факторами стимулирования работников повышать свою

квалификацию. Материально-техническая база этих учебных заведений не отвечает современным требованиям и потребностям учащихся.

Состояние зданий и переоснащение медицинских колледжей и специализированных профессиональных училищ так же является серьезной проблемой. Даже вновь построенные здания не всегда отвечают стандартам учреждений среднеспециального образования. Также является серьезной проблемой недостаток медицинского оборудования для целей обучения во многих колледжах и проф.тех.училищах. Качество обучения студентов страдает из-за этих проблем, особенно в части практических занятий.

(3) Частное финансирование медицинского образования

Все больше появляется студентов, оплачивающих свое образование, что становится источником внебюджетных средств, используемых медицинскими учебными учреждениями для повышения зарплат и увеличения материальной базы преподавания. В настоящее время финансирование магистратуры и учебных клиник в значительной степени проводится за счет студентов. Сейчас имеется значительное количество выпускников, получивших додипломное образование, и не продолжающих свое обучение в области специализации. С ростом цен и спадом общественного благосостояния обнаружилась вероятность, что произойдет спад в наборе в медучилища и ВУЗы. А это, в свою очередь, отразится на возможности получения населением медицинской помощи.

В настоящее время не существует соотношения между теми, кто будет обучаться на средства из бюджета и теми, кто не может платить самостоятельно. В других странах используется система грантов и кредитов. Те, кто получил возможность приобретения медицинского образования без оплаты имеют возможность подавать заявки на гранты организаций, преимущественно неправительственные организации или специальные государственные программы, например для каких-либо меньшинств. Эта грантовая поддержка выплачивается обратно преимущественно в сельской местности. С другой стороны кредиты предполагают заем денег у организации и выплату его в установленный срок.

8.3.4 Медицинская наука и подготовка научных кадров

В системе Минздрава функционировало на сентябрь 2002 г. 15 научно-

исследовательских институтов (НИИ), 20 научных центров и 11 ВУЗов. По данным Управления кадров, науки и учебных заведений в период с 1992 г. по 2001 г. в целом по Республике защищено 226 докторских диссертаций и 1 350 кандидатских диссертаций. Распределение научного потенциала по учреждениям, а также по возрастным группам представлены в графиках в Аппендиксе.

На 1 января 2003 г. в указанных учреждениях работают 560 докторов наук и 2 315 кандидатов наук. Научно-исследовательскую работу в высших медицинских учебных заведениях ведут 428 аспирантов, 75 докторантов. В 2000-2002 годах в медицинских ВУЗах подготовлено 42 доктора наук и 189 кандидатов наук, в НИИ и центрах 23 доктора наук и 271 кандидата наук. Всего 65 докторов наук и 460 кандидатов наук. Количество диссертаций, защищенных за 10 лет в периоде с 1992 г. по 2001 г. приведены в таблице 2.

Таблица 8.2 Количество диссертаций, защищенных в системе Минздрава Республики Узбекистан с 1992 по 2001 гг.

Годы	Докторские диссертации	Кандидатские диссертации
1992-1993	18	123
1994	35	192
1995	31	178
1996	18	123
1997	9	111
1998	28	138
1999	32	168
2000	32	145
2001	23	172
Всего	226	1350

Сравнительный анализ профессорско-преподавательского состава и научных кадров в ВУЗах, НИИ и научных центрах показал, что в большинстве из них стоит проблема старения кадров и недостаточного притока молодых специалистов.

Этот процесс мотивирован в основном возможностью карьеры, так как на большинство руководящих постов как в учреждениях здравоохранения, особенно в крупных городах, так и в системе управления здравоохранения, с большим предпочтением отбирают кандидатов и докторов наук.

Научные работы утверждают в ученых советах ведущих научных центров и институтов, защищают в ряде специализированных советов, организованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК). Окончательное присуждение научных званий и степеней проводится ВАКом по отдельным направлениям и научным

отраслям. Эта система многоступенчатой экспертизы в целом оправдана, так как направлена на поддержание необходимого уровня научных работ.

Следует отметить, что многие прикладные научные исследования не имеют широкого внедрения и используются только в том учреждении, где были разработаны.

В научной сфере широко распространена система наставничества, когда научные консультанты и руководители работы обучают молодых ученых как проводить исследование. Однако для этих наставников нет никакой специальной мотивации, кроме моральной. Нет специальных курсов, которые обучали бы соискателей правильному планированию, проведению, анализу научных работ в медицине, и уровень подготовки молодых научных кадров в большой мере зависит от научного наставника. Одной из проблем научных исследований является также ограниченный доступ к научной медицинской информации и литературе, в том числе по Интернету, в частности из-за отсутствия материальных возможностей и невысокого уровня владения английским языком большинства исследователей.

По указу Президента Республики Узбекистан от 20 февраля 2002 г. «О совершенствовании организации научно-исследовательской деятельности» бюджетное финансирование научных учреждений будет выделяться на основании грантового контракта с организацией или исследовательским коллективом. Таким образом, в текущем году будет профинансировано 156 проектов на сумму 962 млн. 486 тыс. сумов. В целом по финансированию медицинской науки надо отметить 3 главные проблемы: недостаток финансовых средств на научные исследования, недостаточно эффективное использование выделяемых средств, с точки зрения клинической практики, недостаточно эффективная система планирования и распределения выделяемых средств. За редким исключением основная часть средств на научные исследования выделяется из государственного бюджета. Иные источники финансирования пока не задействованы в достаточном объеме, к примеру, степень развития отрасли в целом такова, что предприятия, коммерческие структуры Узбекистана не заинтересованы в финансировании научных исследований для внедрения их в своей работе, как это принято во многих странах мира.

Однако научное образование ставит много проблем, в том числе:

- а) Отсутствие отдельных направлений научной деятельности, например семейной медицины, первичного здравоохранения, особенности медицинского образования – реформируемых в настоящее время сфер здравоохранения, настоятельно важных не только для Узбекистана, но и для всего мирового сообщества.
- б) Неудовлетворительное качество некоторых вспомогательных работ из-за отсутствия информации о методологии, принятой в мировой практике и дефицита научной периодической литературы.
- в) Развитие практической деятельности при внедрении научных исследований.
- г) Недостаточное финансирование как научных исследований, так и материальной базы для их осуществления.
- д) Отсутствие интереса в обществе к проблеме финансирования исследований в здравоохранении, недостаточность социального партнерства.

8.3.5 Учебная литература и другие информационные ресурсы

Обеспечение учебного процесса высококачественной учебной литературой является одним из приоритетов программы реформирования образования. В этой области учебными заведениями проведены определенная работа. Общий фонд литературы институтов составляет 58,9 тысяч наименований, 2 млн. экземпляров, из них количество учебников и учебных пособий составляет 969 тысяч экземпляров, художественная литература – 133 тысяч экземпляров, зарубежная литература 127 тысяч экземпляров, научный фонд 66 тысяч экземпляров. Для обогащения библиотечного фонда медицинских институтов соответствующей литературой используются бюджетные и внебюджетные средства, а также приобретены учебники из США, Великобритании, Германии, Японии, Кореи, России и других развитых стран.

В течение с 1995 г. по 2000 г. медицинскими институтами приобретено 1,4 тысяч наименований учебников из них, 118,5 тысяч экземпляров изданных в Республике Узбекистан, 639 наименований (5,3 тысяч экземпляров) изданных в странах СНГ а также литература по 1 287 наименований (7,5 тыс. экземпляров) изданных за рубежом. Из них учебники полученные по гуманитарной помощи на сумму 2,4 млн сум. В 2001 г. библиотеки институтов обогащены учебниками, подаренными

фондами “СОРОС”, PERCA, Центром развития науки и культуры Азии. Приобретена учебная литература издательских домов “Практика”, “Бином”, “Гэотар”, “Медицина” города Москвы. Ежегодно фонды библиотек институтов пополняется журналами на английском языке полученными в дар из Японии, Бразилии, США, Турции и других стран.

В институтах за 2001 – 2002 учебный год изданы 12 монографий, 20 учебников, 26 учебных пособий, 146 конспектов лекций. В институтах созданы специальные учебные залы для иностранной литературы. Ежегодно медицинские институты и колледжи проводят подписку на 20-25 разновидностей научных и научно-популярных журналов.

Анализ аналогичных работ в исследуемых медицинских колледжах показал, что библиотечные фонды всех медицинских колледжей обогащены за счет внебюджетных средств колледжей и областных управлений ССПО.

Общий библиотечный фонд средних медицинских училищ и медицинских колледжей составляет 2,7 млн. экземпляров книг на 35,7 млн. сум. За последние 3 года медицинскими колледжами приобретены 103 тыс. экземпляров литературы на 23,6 млн. сумов, а также приобретена литература государств СНГ на 850 тыс. сумов.

Вопросами написания и издания соответствующих учебников, необходимых медицинским колледжам занимается методический кабинет Минздрава. По 31 вновь введенным предметам написаны учебные пособия, а также по 26 предметам тексты лекций. Кроме того, с целью создания учебников нового поколения между Центром ССПО и авторами учебников составлены 22 авторских договора. По данным отдела образования Минздрава с целью обеспечения дидактической базы преподавателями медицинских колледжей создано: 1 361 учебно-методических комплексов, 38 518 раздаточных материалов, 572 пособий для педагогов, а также 6 068 пособий, 2 214 конспектов лекций для учащихся. В прошлом году педагогами медицинских колледжей готовилось к изданию 4 учебника. Подготовленные для медицинских колледжей 232 учебных программы прошли экспертную оценку комиссии при Совете директоров и были сданы для издания в Центр ССПО.

Однако, по ряду специальностей проблемы качественной учебной и учебно-методической литературы, доступной всем преподавателям и обучаемым по-прежнему существует. Другим важным моментом должно стать использование принципов и методов доказательной медицины при разработке собственных учебников, монографий, руководств и другой учебной литературы.

8.3.6 Деятельность международных организаций и сотрудничество

Узбекистан с момента приобретения независимости стал активно сотрудничать с различными международными организациями и фондами, в том числе в области медицинского образования. На настоящий момент в республике в области здравоохранения и медицинского образования работают такие международные организации, как Всемирный банк, Азиатский Банк Развития, USAID, ЮНИСЕФ, ВОЗ, Институт открытое общество, Фонд Сороса, ТАСИС, CDC и другие. Они организуют и проводят обучающие семинары и тренинги для врачей и среднего медперсонала по различным вопросам. Эта работа очень важна для развития здравоохранения в Республике и уже оказала немалый положительный эффект, позволив врачам и среднему медперсоналу улучшить свои знания и повысить квалификацию.

Однако в ходе проведения изучения стало очевидным, что, к сожалению, эти мероприятия не скоординированы с Управлением кадров Минздрава, а также с отделами кадров на местах. В работу вовлекаются в основном главные специалисты Минздрава, областных и районных управлений здравоохранения в качестве организаторов слушателей для тренингов. В ходе изучения на местах выяснилось, что у соответствующих отделов и управлений кадров нет возможности участвовать в качестве равноправных партнеров в данных программах, с целью планирования взаимовыгодного сотрудничества в области медицинского образования.

8.4 Общая оценка

Данный раздел содержит общую оценку медицинского образования с точки зрения стратегического планирования. В январе 2003 г. на семинаре рабочей группы по

обсуждению вопросов развития человеческих ресурсов были определены сильные и слабые стороны имеющейся ситуации.

Ниже приведено резюме ключевых вопросов, содержащихся в данном отчете и в протоколах обсуждений рабочей группы.

8.4.1 Достигнутые результаты в медицинском образовании в Республике Узбекистан

- Были разработаны и утверждены государственные стандарты образования.
- Были разработаны образовательные программы (на русском и узбекском языках).
- Были составлены 7 000 программ по 350 предметам для степени бакалавра (по всем направлениям).
- Были разработаны более 3 000 программ по 74 предметам для подготовки специалистов по междисциплинарному делу в сфере высшего образования.
- Была разработана 71 программа по 32 направлениям для степени магистра.
- На уровне магистратуры внедряется курс доказательной медицины.
- Был установлен тесный контакт с международными учебными заведениями, участвующими в процессе реформирования ВУЗов.
- Были введены новые системы оценки знаний учащихся, особенно система ОБСЕ (OSCE).
- Несколько институтов перешли к системе рейтинга оценки работников факультетов и финансовому поощрению за качество работы.
- Были разработаны новые образовательные и методологические пособия и директивы для преподавательского состава и студентов.
- Был установлен процесс широкого применения современных образовательных технологий в процессе обучения.
- Был увеличен фонд библиотек медицинских учебных заведений за счет внебюджетных средств и грантовой поддержки.
- Наблюдается постепенное открытие в медицинских ВУЗах информационных и ресурсных центров с доступом к интернету для преподавательского состава и учащихся.
- Самаркандский медицинский институт предложил и внедрил в жизнь новую систему самоуправления, где студенты по собственной инициативе

организовали Ассоциацию студентов-медиков.

8.4.2 Проблемы

- Прием в ВУЗы и ССУЗы идет без учета и оценки потребностей рынка труда.
- Полная переориентация выпускников мед. ВУЗов к врачам общей практике может привести по прогнозам к дефициту других специалистов.
- Структура здравоохранения в основном основывается на специализированной основе, поэтому острой проблемой остается вопрос о трудоустройстве выпускников.
- Отсутствует институт, где можно провести специализации первичной медико-санитарной помощи для получения практики и лицензии во всех уровнях медучреждений.
- Времени, выделенного на самостоятельную работу студентов с пациентами и практическую подготовку на старших курсах, недостаточно.
- Серьезной проблемой является соответствие дипломов. До сегодняшнего дня выпускники 7 курсов получают дипломы врачей-специалистов в соответствии с ежегодным распоряжением Кабинета Министров. Однако, необходимо решать эту проблему, так как она находится в противоречии с Законом «Об образовании».
- Одной из ключевых проблем является концепция медицинского образования, которая детально не разработана. Так как она не учитывает изменившиеся требования рынка труда и необходимости развития социального партнерства между всеми заинтересованными сторонами, что приведет к несоответствию квалификация выпускников с реальным требованием.
- Низкое качество подготовки специалистов в региональных ВУЗах и ССУЗах.
- Существует проблема противоречия между законодательными и актами. А также необходимо внести некоторые изменения в связи с изменившимися условиями в ходе реформ.
- Важной проблемой, подлежащая разрешению в этом году, является отсутствие учебных пособий для студентов. В настоящее время не имеются медицинские учебники на узбекском языке, но написанными латинской письменностью.
- Из-за слабости технической и клинической баз в медицинских ВУЗах

отсутствуют оценочные критерия и возможности выбора более эффективного режима в деятельности.

- Недостаточное знание и компетентность профессорско-преподавательского состава в области современных принципов оценки знаний и правил составления и проведения подобных оценок.
- Проблемы с информационно-методическим обеспечением учебного процесса.
- На рынке труда отсутствует система определения спроса и распределения медицинских кадров. А в сфере медицинского образования отсутствует реального социального партнерства.
- Низкая мотивация студентов, преподавателей и работников здравоохранения.
- Недостаточно установлена система непрерывного профессионального обучения и система аккредитации и лицензирования специалистов.
- Отсутствие научных исследований в области медицинского образования.
- Фактическое отсутствие института оценки и самооценки ВУЗов и ССУЗов.

ГЛАВА 9
ЛОГИСТИКА ПОСТВКИ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

9. Логистика поставки лекарственных препаратов.

9.1 Законодательные вопросы

9.1.1 Правовые рамки

В периоде проведения реформ здравоохранения в Узбекистане была создана законодательная база фармацевтики. В качестве первого шага этой схемы издаются следующие Указы Президента:

- “О создании Государственного Акционерного Концерна «Узфармсанот» от 2 июня 1993 г..
- “Дополнительные меры по насыщению внутреннего рынка лекарствами и лекарственными препаратами”, № 985 от 8 ноября 1994 г.
- “Налаживание торговли медикаментами в республике” от 14 июля 1994 г., ПФ-016.

Последовательно законодательные акты и постановления, принятые в Республике Узбекистан в области фармацевтики следующие:

- “Сертификация товаров и услуг”, 1993 г.
- “Защита потребительских прав”, 1996 г.
- “О рекламе”, 1998 г.
- “Импорт и экспорт продукции”, 1998 г.
- “Регулирование продажи лекарственных препаратов”, 1999г.
- “Об охране здоровья граждан”, 1996г.
(Отрывок с поправками и дополнениями, 1999г.)
- “ О фармацевтиках и фармацевтической деятельности”, 1997г.
(с поправками и дополнениями, 1999г.)
- “О наркотических и психотропные средствах”, 1999г.
- “Лицензирование некоторых видов деятельности”, 2000г.

Среди вышеуказанных актов всеобъемлющим, в частности для деятельности фармацевтики, является закон “О фармацевтиках и фармацевтической деятельности”, включающий следующие 16 аспектов.

- Законодательство Республики Узбекистан по фармацевтике и фармацевтической деятельности
- Государственная гарантия в сфере фармацевтического обеспечения населения
- Полномочия государственных органов в сфере фармацевтического обеспечения
- Юрисдикция Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан
- Регистрация фармацевтических и медицинских препаратов
- Производство фармацевтической продукции
- Производство фармацевтической продукции в аптеке
- Маркировка, упаковка и дизайн фармпрепаратов.
- Клиническая апробация фармакологических средств
- Права пациента-добровольца, участвующего в клиническом апробировании
- Продажа фармацевтической продукции и лекарственных препаратов промышленными предприятиями и оптовыми торговыми компаниями
- Продажа фармацевтической продукции
- Продавец экспортируемой или импортируемой фармацевтической продукции
- Обязанности медицинских служб сообщать о побочной реакции фармацевтической продукции
- Информация по фармацевтическим и лекарственным препаратам
- Наказание при нарушении законодательства

Отсюда можно видеть, Указы Президента и подзаконные нормативные акты были созданы, однако, возникли две главные задачи, которые должны быть решены.

Сначала, необходимо пересмотреть закон в соответствии с существующей ситуацией фармацевтического сектора, так как фармацевтический рынок радикально изменился в этом десятилетии.

Во вторых, должно быть усилен контроль за осуществлением законов. Нет никакой инспекционной системы за соблюдением закона. Например, хотя имеется распоряжение, что лекарства не должны продаваться без рецепта, в действительности, лекарства могут быть куплены 100 % без рецепта. Другой пример - то, что, хотя реклама лекарств должна проводиться после получения разрешения от Минздрава, никто не думает о законе, и реклама размещается без ограничения.

9.1.2 Государственная лекарственная политика.

С целью укрепления правовых норм, в мае 1999 г. Республика Узбекистан определила Государственную лекарственную политику как национальную основу управления фармацевтической деятельностью в стране. Она направлена на обеспечение населения высококачественными, эффективными и безопасными лекарствами, а также их правильное назначение и применение. Основная суть данной политики Узбекистана состоит в следующем:

- Обеспечение населения высококачественными, эффективными и безопасными лекарствами.
- Установление единой национальной системы по контролю качества, регистрации и назначению лекарств.
- Развитие отечественной фармацевтической промышленности и создания рабочих мест в фармацевтическом секторе.
- Повышение рационального применения назначенных лекарств.
- Профессиональные учебные программы для повышения квалификации фармацевтического персонала.

Тем не менее, эта государственная лекарственная политика определена только на уровне Минздрава и она еще не была утверждена Кабинетом Министров, и потому не имеет законной силы. Правительственные должностные лица планируют пересмотреть эту государственную лекарственную политику и получить одобрение от Кабинета Министров.

9.1.3 Планы

Для формирования данной национальной политики пересмотрен или все еще пересматривается список жизненно важных лекарств, справочник лекарственных средств, фармакопея и регистрация лекарств, а также стандартное руководство по лечению. Краткий обзор дается по каждому вопросу приводится ниже:

(1) Перечень жизненно важных лекарств

Концепция “жизненно важных лекарств” (ЖВЛ) занимает центральное место в национальной политике о лекарственных препаратах. Всемирная организация

здравоохранения (ВОЗ) определила необходимые лекарственные препараты как «обязательные и необходимые для здоровья населения. Они должны быть доступны в любое время в соответствующих дозировках всем слоям общества». Введение и выполнение необходимой концепции ЖВЛ является важным для лучшего снабжения лекарств, так как помогает врачам выбрать лекарств для более эффективного, разумного и рационального лечения пациента. По существу, ЖВЛ должен быть подготовлен для широкого круга населения, чтобы лечить широко распространенные болезни, в рамках концепции первичного звена здравоохранения.

В Узбекистане, список жизненно важных лекарств был издан в мае 2001 г. и включен в себе 351 наименований лекарств.

(2) Справочник/фармакопея.

Опубликован «СПРАВОЧНИК» по использованию лекарственных средств. Он содержит информацию о лекарственных формах, действии лекарства, дозе, побочном действии, противопоказаниях, предупреждениях и взаимодействии. Кроме того, фармакопея Узбекистана, истоки которой все еще относятся ко времени СССР, находится на стадии разработки.

(3) Регистрация лекарственных препаратов

Минздрав издает буклет «Государственный перечень фармацевтических препаратов и изделий медицинского назначения» каждые 5 лет с целью регистрации всех лекарств, используемых в Узбекистане. Более 3 500 видов фармацевтической продукции зарегистрированы, разделены по категориям: импортируемые лекарства, лекарства, применяемые в СНГ, отечественно производимые лекарства, диагностические лекарства и изделия медицинского назначения. Также здесь имеется следующая информация по каждому фармацевтическому препарату и медицинскому изделию: патентованное название, форма (таблетки, флакон и т.д.), генерическое название, страна изготовителя, компания производителя, категории (антибиотик, витамин и т.д.), дата и номер регистрации.

(4) Стандартные руководства по лечению (СРПЛ)

В настоящее время существует семь видов СРПЛ. Они включают руководства: по экстренной медицинской помощи, хирургии, кардиологии, микрохирургии глаза,

урологии, заболеваниям передающимся половым путем, гастроэнтерологии и для СВП.

Можно видеть, как много усилий было предпринято, чтобы сформулировать законодательную основу. Однако, имеются проблемы и со списком ЖВЛ и со стандартными руководствами по лечению.

Является сомнительным вопрос относительно отбора лекарственных препаратов в существующем списке ЖВЛ в Узбекистане по следующим двум причинам: он включает слишком большое количество лекарств, используемых на третичном уровне; имеется тенденция к отбору современных лекарств, а не проверенных временем медикаментов с доказанной эффективностью и безопасностью, а также разумной ценой. Это объясняется простым фактом, что понятие жизненно важных лекарств более или менее неправильно истолковано. Список ЖВЛ Узбекистана включает максимальное число лекарств, мыслимых для любой возможной болезни, не принимая во внимание сути болезни, эффективности препарата, безопасности и цены. Следовательно, это создает неразбериху при использовании препарата на первичном уровне.

Поэтому, нужно срочно составить список ЖВЛ для уровня СВП (первичного звена здравоохранения) в частности.

Можно также отметить, проблемы в СРПЛ на уровне СВП: лекарство описывается не под генерическим наименованием, а под коммерческим, торговым названием; приводятся препараты, которые не включены в государственный список ЖВЛ. Наряду с пересмотром списка жизненно важных лекарств, СРПЛ для уровня СВП также должно быть пересмотрено и лучше разработано в дальнейшем.

Кроме того, следует подчеркнуть, что в Узбекистане нет закона о генерических названиях. И врачи, и фармацевты обычно используют наиболее популярные торговые названия, когда они характеризуют лекарства. Фармацевты (провизоры) могут отличать генерические названия от торговых, но немногие ассистенты аптеки (фармацевты) могут это делать, хотя они - те, кто продает лекарства в аптеках.

В заключение, Правительство и Министерство Здравоохранения прикладывают все возможные усилия по формированию правовой основы, однако, должны быть выполнены некоторые обязательства в будущем. Во-первых, должны быть

пересмотрены законы в соответствии с существующим положением фармацевтического рынка. Во-вторых, должна быть создана система контроля по выполнению законов. В-третьих, необходимо срочно утвердить национальную лекарственную политику, чтобы она получила законную силу, уделив в этом плане серьезное внимание жизненно важным лекарствам и генерическим названиям препаратов.

9.2 Система закупки и распределения лекарственных препаратов

9.2.1 Бюджет на лекарственные препараты и финансирование поставки лекарственных препаратов

Годовой бюджет страны, выделяемый на лекарственные препараты представлен ниже в таблице. Говоря о пропорциях, бюджет на лекарства в 2001 г. составил 12% всего бюджета.

Таблица 9.1 Бюджет на закупку лекарственных препаратов

Год	2000	2001	2002
Сумма (в миллионах сум)	8 400	12 300	16 600
Сумма* (в тыс.долл.)	21 000	15 375	16 600

Примечание: Сумма в долл.США была рассчитана государственными служащими Минздрава с использованием приблизительно следующего обменного курса.

Год	2000	2001	2002
Курс иностр. валюты (отношение сума к 1 долл.США)	400	800	1 000

Кроме национального бюджета МЗ также получил кредит на закупку лекарственных препаратов в 1999, 2000 и 2002 годах, и сумма каждого года составляла пять миллионов долларов США. Этот кредит был использован на приобретение лекарств, которые бесплатно были предоставлены пациентам.

Кроме того, несколько международных организаций делают пожертвования в виде лекарственных препаратов, которые в основном были переданы СВП через центральные районные больницы. Гуманитарная помощь на здравоохранение составила 14,6% от общих затрат на здравоохранение в 2002 г.

В том числе, 2 293 300 000 сум (13,8% от общего бюджета) было выделено республиканским больницам для закупки лекарства в 2002 г.

Таблица ниже показывает объем затрат на лекарственные препараты в 2002 г. в исследуемых областях. Затраты на лекарства из расчета на душу населения различаются по областям.

Таблица 9.2 Сумма расходов на закупку лекарственных препаратов по области в 2002 году

Область	Население	Затраты на лекарства(сум)	Затраты на лекарства на душу (сум)
ККП	1 552 500	681 000 000	438,6
Фергана	2 776 749	1 121 200 000	403,8
Навои	1 105 527	270 000 000	244,2
Самарканд	2 797 315	1 048 500 000	374,8
Бухара	1 472 346	636 200 000	432,1
Ташкент	2 401 400	805 000 000	335,2
г. Ташкент	2 157 900	830 000 000	384,6

9.2.2 Кадровый потенциал в фармацевтическом секторе

Имеются два уровня утвержденных положений в фармацевтическом секторе: 'Провизор' и 'Фармацевт'; Провизор - с 4-летним образованием, в то время как Фармацевт имеет 3-летнее образование. Ташкентский фармацевтический институт является единственным учреждением для подготовки Провизора. Институт готовит 1 100 специалистов-фармацевтиков каждый год и 80 % дипломированных специалистов выбирают работу в частном секторе. Кроме того, имеются 10 колледжей для подготовки Фармацевтов.

Институт также имеет программу повышения квалификации. Провизоры, которые работают и в государственном и частном секторах, должны проходить курс повышения квалификации каждые 5 лет после окончания учебного заведения. Если они не проходят курс повышения квалификации, в государственном секторе не будет предоставлено никакого продвижения по службе; более того, в частном секторе, они будут лишены лицензии на аптеки. Кроме того, эта программа переподготовки для Провизоров хорошо подготовлена, в то время как нет подобной систематической переподготовки для Фармацевтов. Институт признает, что знания Фармацевтов в области лекарственных препаратов недостаточны.

9.2.3 Система распределения лекарств (Дори Дармон)

Следующая схема описывает систему распределения лекарств в Узбекистане

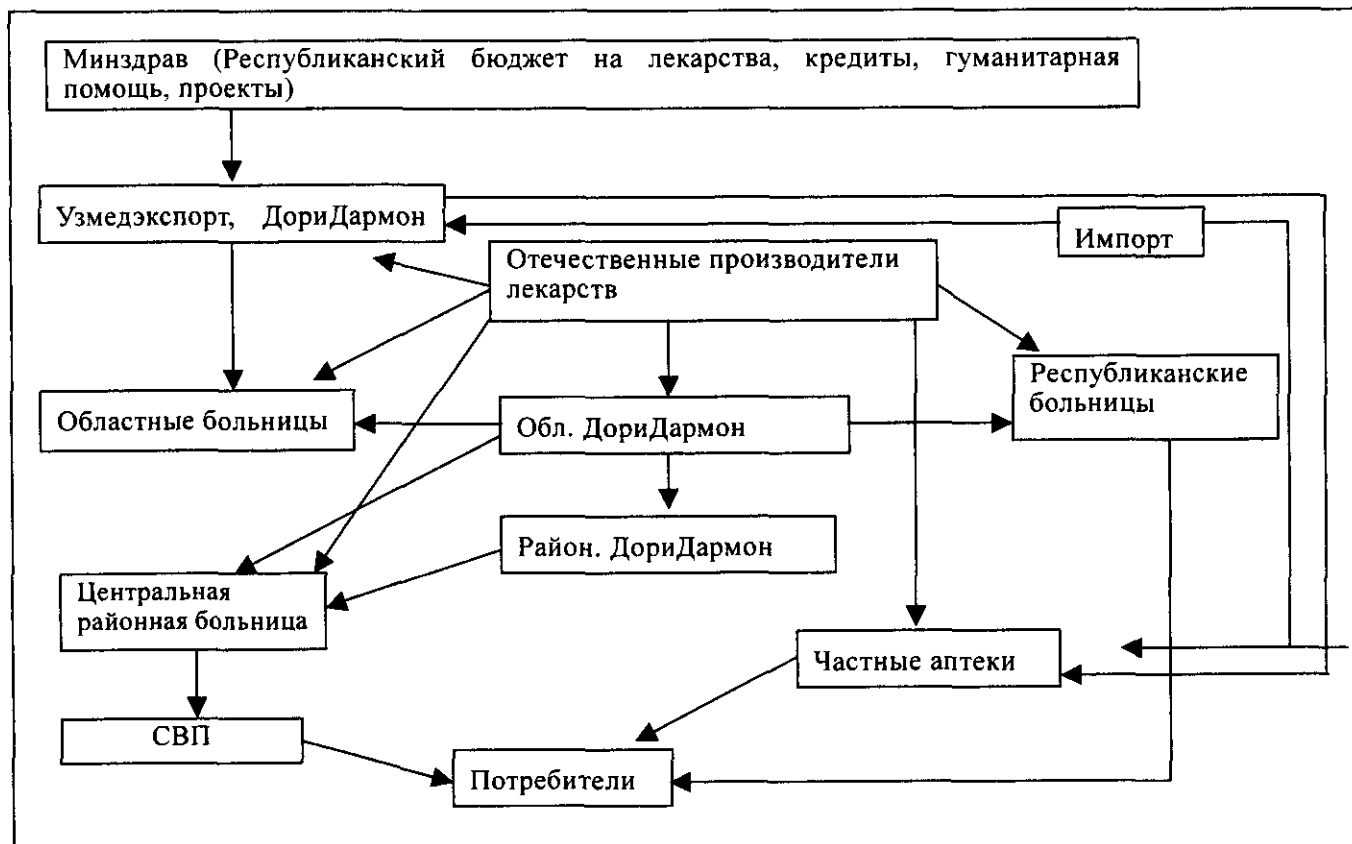


Схема 9.1 Система распределения лекарств

(1) Основное положение Дори Дармон

Дори Дармон является акционерной компанией, которая играет важную роль дистрибьютора в поставке фармацевтической продукции медицинским службам и потребителям. Они располагают товарными складами с центральной аптекой, расположенной в Ташкенте и филиалами в каждой области и лабораториями, в которых апробируется качество лекарств как импортируемых, так и производимых внутри страны.

Доходы и расходы Дори Дармон следующие:

Таблица 9.3 Доходы и расходы Дори Дармон

Доходы	(Сумма в миллионах)							
	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г. (на сентябрь)
Банк. перевод	2 035,2	2 730,2	4 297,0	4 146,8	6 413,2	12 466,5	22 910,4	20 442,4
Наличные	338,6	1 261,2	571,5	544,6	960,6	1 709,7	2 464,7	3 307,5
Итого	2 373,8	3 991,4	4 868,5	4 691,4	7 373,8	14 176,2	25 375,1	23 749,9

Расходы	(на сентябрь)						
	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	
Внутренние (миллион сум)	812,0	945,0	1 403,7	1 577,0	2 117,7	1 683,3	
Импорт (тысяч долл.США)	4 500	7 940	7 940	7 940	7 940	6 255	

Также в каждой области имеется областное Дори-Дармон. Его основные обязанности - поставка медикаментов в медицинские учреждения области, проверка контроля качества лекарств, поставляемых в медицинские учреждения и произведенных в аптечном отделении больницы, и предоставление информации о лекарствах. Например, лаборатория Дори Дармона в Ферганской области провела проверку контроля качества в 2002г. они проверили 12 585 наименований лекарств, среди которых 146 лекарственных препаратов оказались негодными.

В настоящее время областному Дори Дармон, так же как и Ташкентскому офису, разрешено самостоятельно и свободно импортировать лекарства. Импортируя большое количество лекарств одновременно, они способны обеспечить лекарствами медицинские учреждения по более низкой цене, чем другие частные дистрибьюторы.

(2) Доля лекарств в бюджете, закупаемых через Дори Дармон

Был проведен анкетный опрос, чтобы изучить, насколько Дори Дармон вовлечен в приобретение медикаментов на вторичном и третичном уровне медицинских учреждений. 38 медицинских учреждений в рассмотренных областях ответило положительно: Республика Каракалпакстан, Бухара, Навои, Самарканд, Ташкент. Нижеуказанная таблица показывает среднюю долю в бюджете лекарств на двух уровнях медицинских учреждений, закупаемых от Дори Дармон в медицинских учреждениях. Поскольку Дори Дармон главным образом снабжает широко используемые лекарства, его доля меньше на третичном уровне, где требуется

большее количество разнообразных лекарств.

Таблица 9.4 Средняя доля в бюджете лекарств, закупаемых через Дори Дармон на двух уровнях медицинских учреждений

	Вторичный уровень	Третичный уровень
Процент закупленного лекарств от Дори Дармон	77,9	56,4

(3) Уровень обеспеченности

Нижеследующая таблица показывает наименования лекарств, которые были поставлены в достаточном и недостаточном количестве от Дори Дармон в 2002 г. Имеется непропорциональное распределение некоторых лекарств: например, некоторые медицинские учреждения обеспечены пенициллином достаточно, в то время как другие недостаточно. С точки зрения пациентов, это создает много неудобств.

Таблица 9.5 Наименования лекарств, поставляемых в достаточном и недостаточном количестве от Дори Дармон

Десять наименований лекарств, чаще всех поставляемых в достаточном количестве Дори Дармон в 2002 г.		Десять наименований лекарств, чаще всех поставляемых в недостаточном количестве Дори Дармон в 2002 г.	
Наименование лекарства (курсивом указано торговое название)	% учреждений, которые указали наименование лекарств	Наименование лекарства (курсивом указано торговое название)	% учреждений, которые указали наименование лекарств
Глюкоза	12,8	<i>Ардуан</i> (Пипекурония бромид)	7,6
Этанол	8,3	<i>Дитилин</i> (Суксаметония бромид)	5,4
Пенициллин	7,5	Преднизолон	5,4
Хлорид натрия	6,8	Пенициллин	4,3
<i>Анальгин</i> (Метамизол)	6,8	Окситоцин	4,3
<i>Димедрол</i> (Дифенгидрамин)	5,3	Альбумин	4,3
<i>Новокаин</i> (Прокаин)	4,5	Ампициллин	3,3
Дибазол *	3,8	<i>Анальгин</i> (Метамизол)	3,3
Аспирин	3,8	<i>Синестрол</i> (Гексетрол)	3,3
Морфин	3,8	<i>Пентамин</i> (Азаметония бромид)	3,3

Заметка: * этот препарат не включен в государственный список ЖВЛ.

Непропорциональное распределение лекарств проявилось в результате нашего изучения относительно вопроса поставки. Это указывает на недостаток связей и обмена информацией относительно запасов медикаментов между медицинскими учреждениями и Дори Дармон.

9.2.4 Производство отечественных лекарств

Узфармсаноат - самый большой государственный акционерный концерн по фармацевтике в Узбекистане. Он был создан в 1993 г., начиная с двух научно-исследовательских институтов и двух фабрик с объемом продаж 45млн. сум. 20% дохода компании должно быть оплачено правительству в качестве налога на добавленную стоимость, но им предоставили налоговые льготы, таким образом им необходимо будет платить только 10% вместо 20% при условии, что доход компании будет потрачен на инвестиции завода и оборудование. Теперь он имеет лицензию на производство более чем 260 наименований лекарств, и объем их продажи составляет 20 миллиардов сум, составляя на рынке более 70% в доле отечественной фармацевтической промышленности. Многие фармацевтические фабрики и научно-исследовательские институты объединились с Узфармсаноат, всего 70 учреждений, включая 20 совместных предприятий. 10-15% от их продукции поставляется в Дори Дармон, а остальная - в частные аптеки. Сырье и ингредиенты импортируются главным образом из Китая и Индии, но также используются и местные лекарственные растения.

Развивается производство отечественных лекарственных препаратов, но все же преобладает импорт большинства лекарств. Что касается рынка жизненно важных лекарств, их доля составляет только 25%, и эта цифра ниже, чем рекомендация ВОЗ, которая требует, чтобы большинство жизненно важных лекарств было произведено в местном масштабе. Один из руководителей отрасли в интервью констатировал, что необходимо инвестировать в оборудование, чтобы увеличить объем производства лекарственных препаратов.

В заключение можно сказать, что распределение лекарств может быть улучшено и усилено двумя способами. Первое, путем поддержания тесной связи и надлежащего обмена информацией о запасах лекарств между Дори Дармон и медицинскими учреждениями, и непропорциональное распределение может быть уменьшено. Второе, отечественное фармацевтическое производство должно больше поощряться так, чтобы необходимые лекарства поставлялись по более низкой цене. Впоследствии это приведет к более устойчивому рынку лекарственных препаратов.

9.3 Доступность лекарств

В Узбекистане имеются два способа доступа лекарств: медицинское учреждение и аптека. Амбулаторные больные идут в аптеку покупать лекарства по рецепту, выписанному врачом. Стационарные больные в основном обеспечиваются лекарствами бесплатно в медицинском учреждении, однако, если лекарство отсутствует, то они должны купить его в аптеке.

Чтобы оценить общую доступность лекарств, исследование проводилось при удареии особого внимания следующим моментам: наличие лекарственных препаратов и управление материальными запасами в государственном медицинском учреждении, наиболее часто используемые медицинские учреждения, доступность аптеки по областям, цена лекарства и качество обслуживания в частной аптеке.

9.3.1 Общественный сектор

Во время проведения изучения проводился анализ анкетирования в 102 государственных медицинских учреждениях. Количество учреждений на каждом уровне является следующим : первичный - 31, вторичный - 56, и третичный - 15.

(1) Количество поставляемых лекарств

Нижеследующая таблица показывает, сколько видов лекарственных препаратов поставлено в отделение аптеки. Среднее количество 32,7; 225,0 и 413,5 на каждом уровне: первичном, вторичном, и третичном, соответственно.

Таблица 9.6 Среднее количество видов лекарственных препаратов, поставленных в отделение аптеки по уровню медицинского учреждения

	Первичный	Вторичный	Третичный
Внутреннее использование	9,0	74,0	88,0
Инъекция	15,7	89,0	272,0
Изготовленное в аптеке	0	35,8	53,5
Общее среднее число	32,7	225,0	413,5

(2) Доступность индикаторных лекарств

Анкетный опрос также включил пункт о доступности пятнадцати наименований индикаторных лекарств в течение 2002 г; ответ 1: Не доступны в течение менее,

чем 3 месяцев, ответ 2: Не доступны в течение более, чем 4 месяцев.

Таблица 9.7 Доступность индикаторных лекарств по уровню мед. учреждения

	Наименование лекарства	Форма	Первичный	Вторичный	Третичный
1	Аминофиллин 25мг/мл	Инъекция		(%)	
Категория	1		41,9	61,3	87,5
	2		58,1	38,7	12,5
2	Сальбутамол 0.1мг/ доза	Инъекция		(%)	
Категория	1		25,8	29,1	42,9
	2		74,2	71,0	57,2
3	Ампициллин 500мг	Инъекция		(%)	
Категория	1		35,5	81,3	84,7
	2		64,5	18,7	15,4
4	Гентамицин 40мг/мл	Инъекция		(%)	
Категория	1		29,0	75,0	84,7
	2		71,0	24,9	15,4
5	Ацетилсалициловая кислота 500мг	Таблетка		(%)	
Категория	1		48,4	87,5	91,6
	2		51,6	12,5	8,3
6	Пропранолол 40мг	Таблетка		(%)	
Категория	1		32,3	33,4	37,5
	2		67,7	66,7	62,5
7	Глицерилтринитрат 0.5мг	Таблетка		(%)	
Категория	1		58,1	70,0	75,0
	2		41,9	30,0	25,0
8	Верапамил 40мг	Таблетка		(%)	
Категория	1		41,9	37,9	50,0
	2		58,1	62,0	50,0
9	ORS (Регидрон®)	Пакет (порошок)		(%)	
Категория	1		64,5	64,5	55,5
	2		35,5	35,6	44,4
10	Диазепам 5мг/мл	Инъекция		(%)	
Категория	1		33,3	40,7	63,6
	2		66,7	59,4	36,4
11	Прометазин 25мг/мл	Инъекция		(%)	
Категория	1		22,6	20,0	14,3
	2		77,4	80,0	85,7

	Наименование лекарства	Форма	Первичный	Вторичный	Третичный
12	Преднизолон 5мг	Таблетка		(%)	
Категория	1		45,2	59,4	75,0
	2		54,8	40,6	25,0
13	Инсулин	Иньекция		(%)	
Категория	1		22,6	65,6	60,0
	2		77,4	34,5	40,0
14	Окситоцин 1мг	Иньекция		(%)	
Категория	1		22,6	68,7	55,5
	2		77,4	31,3	44,4
15	Глюкоза 5%	Иньекция		(%)	
Категория	1		45,2	78,8	75,0
	2		54,8	21,2	25,0

Результаты, приведенные в таблице, показывают, что большинство медицинских учреждений на третичном уровне не имеет никаких проблем и не сталкивается с серьезной нехваткой лекарств в течение существенного периода времени. Напротив, медицинские учреждения первичного и вторичного уровней часто сталкиваются с нехваткой лекарств, несмотря на запросы. Почти все районные больницы жаловались, что поставка через Дори Дармон удовлетворяла только 58,1% их запросов.

Государственным больницам третичного уровня предоставляется первенство при распределении бюджета, особенно больницам/отделениям экстренной медицинской помощи. Поэтому, даже при том, что требуемый лекарственный препарат не поставляется Дори Дармон, они могут позволить себе купить его через другие частные компании. Но, это невозможно для первичных и вторичных медицинских учреждений здравоохранения из-за их ограниченного бюджета.

Следует добавить и другой фактор нехватки лекарств на первичном уровне. Запас лекарств ЦРБ оказывает влияние на таковой в СВП. В идеале, 40% лекарств, которые получает ЦРБ, должны быть поставлены в СВП. Однако, результат изучения, проведенного в медицинском учреждении (ЦРБ) показывает, что только 28,9% (в среднем) лекарств поставляются в СВП.

И последнее, согласно наблюдению, объем запаса лекарств в СВП сильно отличается друг от друга, в зависимости от того, предоставлена ли им помощь международными донорами или нет.

(3) Инвентарный менеджмент

Заметно, что осуществление инвентарного менеджмента далеко отстает от необходимого уровня. В качестве инвентарных документов в отделениях аптеки в ЦРБ и СВП хранятся только квитанции. Особенно редко встречается инвентарный менеджмент на СВП без иностранной помощи и обучения.

Проблемы доступности граждан к лекарствам в государственном медицинском учреждении раскрыты через результаты изучения, наблюдение и интервью. СВП, который является наиболее важным медицинским учреждением для осуществления первой помощи, страдает от недостатка лекарств, и наблюдается недостаточный инвентарный менеджмент.

В случае, если лекарство недоступно в СВП в сельской местности, пациенты вынуждены идти в аптеки, которые иногда находятся далеко от СВП. Более того, пациенту, вероятно, придется оплачивать некоторые лекарства, которые не имеют никакой гарантии качества. Таким образом, недостаток лекарств в СВП накладывает большое бремя на пациентов, особенно, на бедных в сельских местностях. С другой стороны, СВП с достаточным запасом лекарств, регулярно поставляемым международными организациями, находится в другой ситуации. Персонал СВП объяснил, что количество пациентов возросло по сравнению с тем периодом, когда они не получали гуманитарной помощи, потому что пациенты узнали, что лекарства для часто диагностируемых состояний доступны в любое время. Соответственно, что регулярный запас лекарств вызывает доверие к лечению со стороны пациентов и, в свою очередь, доверие со стороны пациентов дает медицинскому персоналу стимул и мотивацию для лучшего медицинского обслуживания.

Таким образом, улучшение доступности лекарств в сельской местности должно быть выдвинуто на первый план. Опыт других стран в той же самой ситуации может предлагать следующие решения. Использование «махалли», традиционной основы общества, которая уже существует и административно прочна и безупречна, может быть одной из альтернатив, чтобы создать самовозобновляемый фонд лекарственных препаратов (фонд лекарственных препаратов сообщества). И другое - 'система комплекта', которая должна поставлять расфасованные необходимые лекарства с оцененным необходимым количеством непосредственно в СВП.

Что касается проблемы инвентарного менеджмента, то несистематический инвентарный менеджмент, как наблюдается, ведет к нехватке лекарств и ненужному

расходуванию финансовых ресурсов. Необходимо рассмотреть движение запасов и создать систематический метод инвентарного управления на всех уровнях медицинских учреждений. Анализ ABC¹ должен помочь понять движение запасов, а система VEN² должна помочь управлять товарно-материальными запасами.

9.3.2 Инвентарный менеджмент

(1) Частота использования

Аптека - наиболее часто используемое медицинское учреждение в области здравоохранения. В Узбекистане имеется более чем 4 000 аптек. Нижеследующая схема показывает коэффициент использования их медицинскими учреждениями и частоту посещений в 2002 г. Можно видеть, что аптека занимает самое значимое положение среди других медицинских учреждений в обеих схемах.

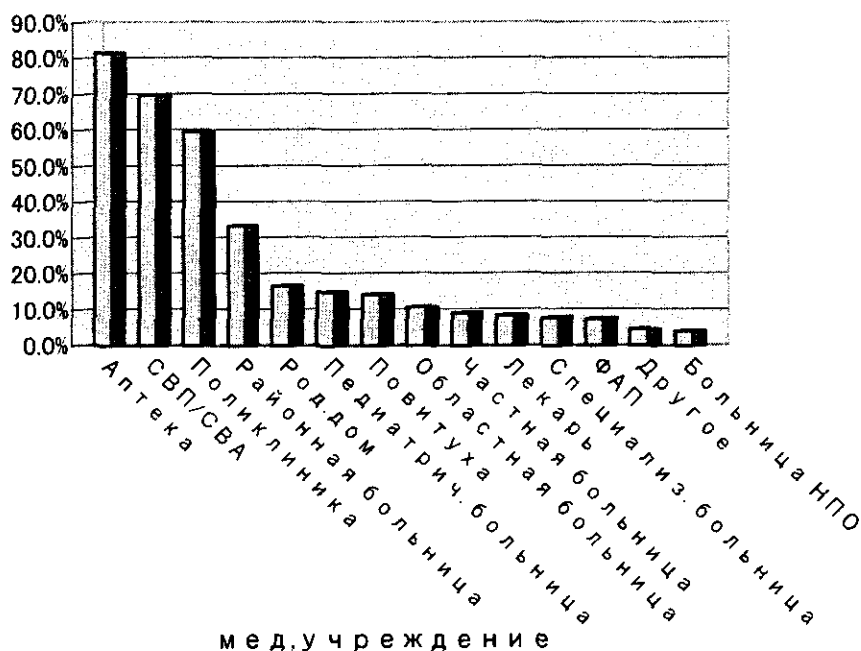


Схема 9.2 Уровень использования медицинских учреждений в 2002г

¹ Анализ ABC, это метод при помощи которого подразделяются лекарства в соответствии с их годовым использованием; наименования лекарств класса А обычно больше используются, быстро продаются; наименования лекарств класса В составляют 15-20% расходов; наименования лекарств класса С составляют менее 10 % расходов. (Источник: «Менеджмент сайенс фо хелс», «Управление поставками лекарств», второе издание)

² Система VEN, это система установки приоритетов при покупке лекарств и их хранении; при которой лекарства делятся в соответствии с их влиянием на здоровье на: жизненнонеобходимые препараты, препараты широкого пользования и не жизненноважные препараты. (Источник: «Менеджмент сайенс фо хелс», «Управление поставками лекарств», второе издание)

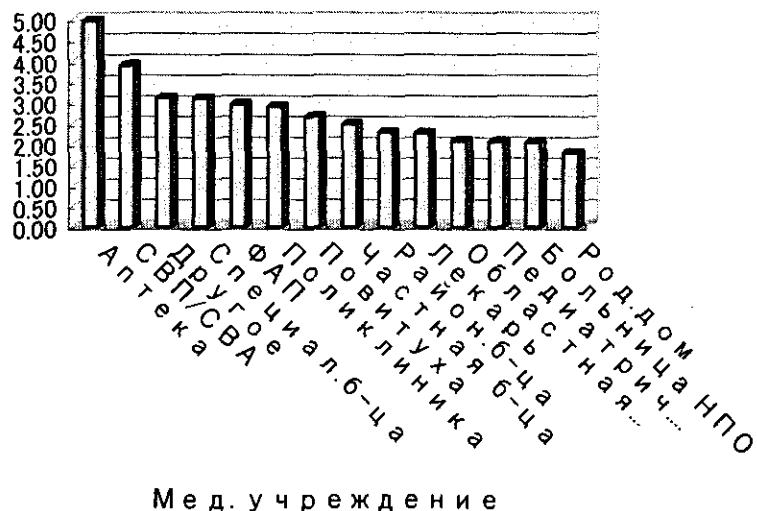


Схема 9.3 Частота посещений медицинских учреждений в 2002 г.

(2) Доступность аптек в областях

Как показано в нижеследующей таблице, несоответствие просматривается и в количестве аптек и в частоте посещения среди областей, особенно между Ташкентской областью и Республикой Каракалпакстан.

Таблица 9.8 Число аптек на миллион населения в каждой области изучения

Область	Население	Число аптек	Число аптек на 1 000 000 населения
Каракалпакия	1 552 500	159	102
Фергана	2 776 749	374	135
Навои	1 105 527	152	137
Самарканд	2 797 315	352	126
г. Ташкент	2 157 900	1 000	463

Таблица 9.9 Использование и частота посещения медицинских учреждений по областям в 2002 г.

	Каракал-пакстан	Бухара	Навои	Самарканд	Ташкент	г. Ташкент
Среднее число посещений	3,59	4,90	6,02	5,06	5,85	5,24

В Ташкенте имеется выбор среди нескольких доступных аптек по соседству, в то время как сельское население должно преодолевать большое расстояние, например, 100 км в город в поиске лекарств. Отчет по исследованию «Сельские аптеки Узбекистана, о готовности оплачивать» показывает, что в Каракалпакстане 48% людей должны ездить в районный центр или г. Нукус, чтобы достать

антибиотики для лечения пневмонии.³

(3) Цены на лекарств

Чтобы изучить цены на лекарства, мы посетили 14 частных аптек в Ташкенте, Фергане и Каракалпакстане во время периода изучения. Схема рассмотренных аптек следующая: среднее число персонала - 5,6 (предел 1-20); среднее число провизоров - 2,6 (предел 0-9); шесть аптек работают 24 часа; среднее число клиентов в день - 268 (предел 12-800); среднее число клиентов с рецептами в день - 46 (предел 7-100); среднее число видов снабженных лекарств - 814 (предел 75-2500).

Таблица ниже показывает, сколько аптек имели запасы 12 обозначенных лекарств во время изучения, их средние цены, и потолок цены каждого лекарства. Цены варьируют по аптекам. Средние цены 11 из 12 лекарств были выше, чем средняя международная цена.

Таблица 9.10 Цены на лекарства в частной аптеке

	Наименование	Форма	Ед. изм	Международная средняя цена (преобраз. в сум в 2002 г. по коммерческому курсу)	Средняя цена среди исследуемых аптек (сум)	Предел цен от мин до макс. (сум)
1	Аспирин 250мг	Таб	1	2,3	8,2	6,0-10,0
2	Нитроглицерин 0,5г	Таб	1	10,0	8,7	7,1-10,0
3	Верапамил 40мг	Таб	1	11,8	45,0	33,0-86,0
4	ORS (регидрон)	Пакет	1	141,9	300,0	100,0-950,0
5	Ампициллин 500мг	Таб	1	35,0	41,25	35,0-90,0
6	Амоксициллин 500мг	Таб	1	35,2	90,3	48,0-150,0
7	Эритромицин 250мг	Таб	1	31,0	80,5	30,0-100,0
8	Сальбутамол 0,1мг	Ингал	200доз	1 140,0	2 400,0	1900,0-9090,0
9	Ампициллин 500мг	Инъек	флакон	110,0	150,0	88,0-225,0
10	Гентамицин 40мг/мл	Инъек	1мл	41,1	52,3	37,5-110,0
11	Преднизолон 5мг	Таб	1	7,5	29,5	20,0-120,0
12	Окситоцин 10 ин.	Инъек	1мл	98,3	115,0	70,0-280,0

³ Денис Н.В. Чао, 2003г. «Отчет исследования по желанию, проявленному населением платить за лекарства, проведенное в кишлаках Узбекистана», Каунтерпарт Интернэшнл, Узбекистан

(4) Качество услуг

Аптека - наиболее часто используемое медицинское учреждение, однако, результат изучения ниже показывает, что больше, чем 57,0% людей разочарованы в обслуживании аптекой.



Схема 9.4 Учреждение здравоохранения в услугах, которого Вы когда-либо разочаровывались

Таблица ниже показывает, сколько аптек фактически имели запасы 12 индикаторных лекарств во время периода изучения. Хотя лекарства типа верапамил и амоксициллин часто используются в этой стране, они не были доступны в некоторых аптеках.

Таблица 9.11 Наличие лекарств в частной аптеке

	Наименование	Форма	Ед. изм.	Число аптек
1	Аспирин 250мг	Таб	1	14
2	Нитроглицерин 0,5г	Таб	1	11
3	Верапамил 40мг	Таб	1	8
4	ORS (Регидрон)	Пакет	1	8
5	Ампициллин 500мг	Таб	1	10
6	Амоксициллин 500мг	Таб	1	6
7	Эритромицин 250мг	Таб	1	8
8	Салбутамол 0,1мг	Ингал.	200доз	14
9	Ампициллин 500мг	Инъек	флакон	14
10	Гентамицин 40мг/мл	Инъек	1мл	14
11	Преднизолон 5мг	Таб	1	8
12	Окситоцин 10 МЕ.	Инъек	1мл	10

Предшествующие результаты изучения аптеки показывают четкую картину проблем, воздействующих на определенную группу людей и качество обслуживания. Население в Каракалпакстане, как показывают данные, имеет наименьшее количество аптек на душу населения и самую низкую посещаемость аптек. Это означает, что они имеют меньшее количество возможностей для сравнения цен лекарств между различными аптеками. Таким образом, ценами лекарств в Узбекистане, которые в целом выше, чем международные средние цены, больше всего обременены бедные слои населения в сельских районах Каракалпакстана.

Далее, изучение показало, что некоторые частные аптеки имеют в наличии очень небольшой запасов лекарств. Их состояние по запасам лекарств не подчинено никакому фармацевтическому правовому регулированию, поскольку они находятся в частном секторе, однако, поскольку аптека является наиболее часто используемым учреждением и в известной степени «спасательным тросом» для некоторых людей, то представляется необходимым, чтобы их инвентарное состояние должны быть в дальнейшем улучшено.

В целом, в государственном секторе, нехватка лекарств наблюдается в медицинских учреждениях первичного и вторичного уровней. В частном секторе доступность аптеки значительно разнится между Ташкентом и Каракалпакстаном. Люди в Каракалпакстане имеют наименьшую доступность к лекарствам, и в государственном, и частном секторе, на них ложиться бремя расходов на транспорт, чтобы добраться до аптеки и относительно более высокой цены на лекарства по сравнению с международными средними ценами. Рассматривая эту ситуацию, приоритет должен быть отдан улучшению доступа лекарств, особенно в этой области, и необходимо привлечь к участию сообщество, придавая особое значение осуществлению жизненно важной и самообеспечивающей приемлемой программы, независимо от характера деятельности выполняющего агентства. Фактически, одна из неправительственных организаций «Каунтерпарт Интернэшнл» уже сделала первый шаг в этом направлении. Они готовятся создать сельские аптеки в Каракалпакстане.

В то же самое время необходимо осуществить техническое и систематическое улучшение инвентарного менеджмента и в государственном медицинском учреждении, и частной аптеке. Нормальный инвентарный менеджмент будет способствовать более высокой доступности лекарств.

9.4 Использование лекарственных препаратов

Чтобы изучить вопрос получения лекарств по рецептам, был проведен анкетный опрос среди врачей и женщин с детьми.

В изучении спрашивали о наиболее часто используемых врачами лекарствах для лечения диареи, пневмонии и обычной простуды (генерические наименования), но следует заметить, что 47,3% (общее количество ответов было 429) отвечающих давали торговые названия. Кроме того, результат показывает, что врачи полагаются в большой степени на антибиотики в случаях диареи и обычной простуды: 28,9% (общее количество ответов было 128) выписанных рецептов для лечения диареи - антибиотики, 42,4% (общее количество: 142) для простуды.

«Фармацевтическое изучение в Ферганской области»⁴ также показывает, что 56% опрошенного населения ответили, что за один визит к врачу им выписали 3 или более лекарств. Хотя бы одна инъекция была выписана 57% населения. Антибиотики были выписаны 56,5% всех пациентов..

Опрос 15 женщин в махаллях также подтверждает вышеупомянутые результаты. Они отвечали, что среднее число лекарств на один рецепт - пять, двенадцать женщин ответили, что они предпочитают инъекции, вместо принятия таблеток, только четверо из них высказали обеспокоенность относительно побочных эффектов инъекций. Одна женщина ответила, что она будет разочарована, если врач не пропишет уколы.

Фактически, нерациональное использование лекарств может быть вызвано следующим: предпочтение лекарств пациентами, устаревшие знания о лекарствах, врачи и фармацевты все еще твердо придерживающиеся старой привычки использования лекарства.

Что касается предпочтения лекарств людьми, кроме вышеупомянутых результатов исследования, государственные должностные лица также указали, что применение инъекций, особенно ее свободное применение, даже когда пациент имеет незначительную болезнь, является проблемой по употреблению лекарств в стране. Предпочтение людей и просьба выписать определенные лекарства побуждают

⁴ Талгат Нургожин, технический отчет «Фармацевтические исследования в Ферганской области, Узбекистан», июнь 2001г., Ферганская область. Узбекистан, гарантия доступности квалифицированных медицинских услуг в Центральной Азии, Здравплюс

врачей также выписывать рецепты неразумно.

Также предполагается, что люди отдают предпочтение лекарствам в сфере самолечения даже при том, что они могут быть недостаточными.

Хотя очень трудно изменить привычки людей и отношение, необходимо прилагать непрерывные усилия по обеспечению государственного просвещения по применению лекарств, используя и средства массовой информации на национальном уровне, и в местном масштабе в махалле.

Врачи и фармацевты вооружены устаревшими знаниями и информацией о лекарствах. Некоторые часто используемые лекарства, главным образом инъекции, не считаются эффективными в настоящее время, но все еще выписываются. Ненужное и неадекватное использование лекарств не только вызывает побочные эффекты, но также увеличивает затраты на лечение. В качестве начального шага, должно быть проведено контрольное изучение способа лечения, использующегося в настоящее время, чтобы определить, существует ли расточительное лечение, злоупотребление инъекциями и антибиотиками, и чрезмерное использование дорогих патентованных лекарств. Подобное инспектирование, конечно, должен быть сделано, на основании руководства по стандартному лечению, которое, как это уже здесь упоминалось, также должно быть срочно пересмотрено.

В-третьих, стоит отметить, что с некоторых пор в урбанизированной местности агрессивные маркетинговые компании заставляют врачей выписывать лекарства в виде патентованных наименований. В результате, пациенты вынуждены покупать лекарства, рекомендованные врачом, которые часто не только менее доступны, но которые также труднее достать, по сравнению с имеющимися генерическими названиями. В настоящее время, фармацевтические компании - единственный источник, который доступен для получения информации о лекарствах врачами, и она часто необъективна. Поэтому, необходимо создать информационный лекарственный центр на государственном уровне, чтобы распространять правильную и объективную информацию о лекарствах.

В заключение, анкетирование врачей и отчет «Фармацевтическое изучение в Ферганской области» указали проблему полипрагмазии: ни врачи, ни фармацевты сильно не различают генерические наименования, уровень выписывания антибиотиков и инъекций неоправданно высок. А нерациональное использование

лекарств вызвано несколькими факторами. Предпочтением пациентов к лекарствам, устаревшие знания о лекарствах, или врачи и фармацевты, все еще придерживающиеся старой привычки использования лекарства, и агрессивными компаниями по организации и пропаганде сбыта фармацевтических препаратов. Чтобы справиться с нынешней ситуацией, необходимо предпринять следующие меры: просвещение общественности с использованием средств массовой информации или махалли, пересмотр неверной практики выписывания лекарств и создание информационного центра лекарственных препаратов.

9.5 Заключение и рекомендации

9.5.1 Заключение

Правительство и Министерство Здравоохранения прилагали возможные усилия при формировании правовой структуры, однако некоторые обязательства должны быть выполнены. Прежде всего законы должны быть пересмотрены в соответствии с существующим положением фармацевтического рынка. Во-вторых, должна быть создана система контроля применения закона. В-третьих должна быть срочно принята национальная лекарственная политика, чтобы она имела законную силу, при этом придав серьезное внимание жизненно важным лекарственным препаратам и генерическим наименованиям в своей программе.

Распределение лекарств может быть улучшено и усилено двумя способами. Непропорциональное распределение может быть уменьшено посредством поддержания тесной связи и адекватным обменом информацией о материальных запасах между Дори Дармон и медицинскими учреждениями. Далее, отечественное фармацевтическое производство должно больше поощряться, так, чтобы жизненно важные лекарства поставлялись по более низкой цене, впоследствии это приведет к более устойчивому рынку лекарственных препаратов.

Что касается доступности к лекарствам, должен быть сформулирован приоритет для улучшения доступа к лекарствам бедных слоев населения в сельских местностях, особенно там, где проходило настоящее изучение в Каракалпакстане. Для выполнения жизненно важной и приемлемой программы осуществления необходимо придавать особое значение участию сообщества.

В то же время, инвентарное управление необходимо для того, чтобы технически и систематически усовершенствовать и в государственном медицинском учреждении,

и в частной аптеке.

Последнее, меры, которые необходимо предпринять: просвещение общественности с использованием средств массовой информации или махалли, пересмотр назначения лекарств и создание информационного лекарственного центра.

9.5.2 Рекомендации

- Закон должен быть пересмотрен в соответствии с существующей ситуацией в фармацевтическом секторе.
- Применение законов должно быть усилено.
- Национальная лекарственная политика должна быть пересмотрена и получить одобрение от Кабинета Министров.
- Срочно должен быть составлен Список жизненно важных лекарств для уровня СВП (первичное звено здравоохранения).
- Руководство по стандартному лечению должно быть улучшено на уровне СВП.
- Необходимо принять закон о генерических названиях.
- Необходимо создать программу переподготовки для *Фармацевта*.
- Осуществлять более тесную связь и обмен полной информацией по запасам лекарств между Дори Дармон и медицинскими учреждениями.
- Отечественное фармацевтическое производство должно больше поощряться.
- Доступность лекарств в сельской местности должна быть улучшена автоматически возобновляемым фондом лекарственных препаратов или системой комплектов.
- Движение запасов должно быть пересмотрено посредством анализа ABC.
- Необходимо применять метод систематического инвентарного менеджмента с использованием системы VEN.
- Необходимо осуществить просвещение общественности по вопросам использования лекарственных препаратов с использованием средств массовой информации или махали.
- Необходимо пересмотреть традиционное назначение лекарств.
- Необходимо создать информационный лекарственный центр.