

**ГЛАВА 14**  
**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДОНОРСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В**  
**СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



## **14. Деятельность донорских организаций в секторе здравоохранения**

Число действующих в Узбекистане программ в сфере здравоохранения превышает число аналогичных программ в других странах Центрально-Азиатского региона. Достоинства донорских программ заключаются в том, что средства и технические поддержки доноров позволяют государству сократить расходы и расширить сферу реформ в области здравоохранения, если это расценивается положительно. Тем не менее, донорская помощь чревата и негативными последствиями. В результате донорской помощи снижается чувство независимости и самостоятельности и увеличивается бремя донорских сторон. Каждый донор преследует свои цели и имеет план действия. В свете факторов, перечисленных выше, достижение согласованности в действиях донорских организаций предполагается срочным.

### **14.1 Многостороннее сотрудничество**

Государственный план по реформированию здравоохранения и Указ Президента предоставляет первичному уровню здравоохранения особый приоритет. Масштабный проект первичного здравоохранения осуществляется в ходе реализации проекта «Здоровье» Всемирного Банка, другие многосторонние и двухсторонние доноры поддерживают этот проект. Отдельно от этого некоторые независимые программы нацелены на улучшение медицинских услуг в региональных центрах. Ниже приводится перечень наиболее крупных организаций, работающих в этой области, и сфера их деятельности:

- Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ): для организации характерны такие схемы как программа DOTS, программа по профилактике СПИДа, интегрированное ведение болезней детского возраста (ИВБДВ), рациональное использование медикаментов, безопасные методы обеспечения крови и предоставление отчета о ситуации в стране в Европейское региональное бюро ВОЗ.
- Детский Фонд при ООН (ЮНИСЕФ): для организации характерны такие схемы как ИВБДВ, программы по безопасному материнству, расширенная программа по иммунизации, пропаганда ИОС (информация, образование, сотрудничество), программа ГИС и программы безопасного водоснабжения.

Организация предоставляет необходимое оборудование, обучение и руководства.

- Фонд Населения при ООН (UNFPA): программа по репродуктивному здоровью. Репродуктивный центр, как база деятельности и проведения просветительской работы, обеспечивает тренинг и оборудование.
- Совместная программа ООН по проблемам СПИДа (UNAIDS): развитие государственной программы по проблемам СПИДа и болезней, передаваемых половым путем.
- Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев ООН (UNHCR): гуманитарная помощь, широко вмешивающаяся в вопросах здоровья и нищеты.
- ЮНЕСКО: программа по репродуктивному здоровью, ИОС и обучающие мероприятия.
- Управление ООН по контролю наркотиков и преступности: осуществляет подготовительные мероприятия по оценке ситуации для последующих программ по борьбе с наркотиками, например, анализ наркомании в странах Центральной Азии.
- Программа развития ООН (UNDP): занимается более социально-экономическими вопросами, вносит вклад в программы по вопросам окружающей среды и развития кадров в области здравоохранения.
- Всемирный банк: займовый проект «Здоровье-1» (1998-2003 гг.), который в основном фокусируется на первичном уровне здравоохранения, осуществляет переподготовку врачей общей практики, оснащение СВП оборудованием, вопросы управления СВП и т.д. Совместно с АБР и ЮНИСЕФ намечается проект по питьевой воде. Проект «Здоровье-2» нацелен на расширение национальной программы в этих трех компонентах. Этот проект начнется в 2004 г. и охватит 9 областей, предлагая финансирования в сумме почти 100 млн.долл. Двухсторонние доноры, особенно DfID и USAID будут помогать предоставлению бюджета частично.
- Азиатский Банк Развития (АБР): с целью расширения проекта Всемирного банка «Здоровья-1» планируется совместный с Всемирным банком проект «Здоровье-2». Кроме того, АБР предпринимает проект по улучшению качества медицинской помощи для детей и беременных женщин посредством предоставления медицинского оборудования в медучреждениях районного уровня, где оказывают педиатрическую и

акушерскую медпомощь. Также планируются учреждение регионального Банка крови (который является хранилищем крови и крови костного мозга на длительный срок), снабжение службы переливания крови тест-диагностикумами, системами для разового переливания крови и пластиковыми наборами (гемоконы, компопласты, системы для переливания крови) для расширения добровольного донорства крови на станции переливания крови при научном институте переливания крови и гематологии.

- Техническое содействие странам СНГ (ТАСИС)/Евро Помощь: Выполняет роль исполнительного органа ЕС, занимается закупками медицинского оборудования.

#### **14.2 Двустороннее сотрудничество**

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

- Япония: JICA: грант на обеспечение оборудования для центров экстренной медицинской помощи, детских больниц и роддомов в некоторых областях. Проведение тренингов для медицинских работников в Японии, курсов по управлению медсестринским делом и реализации реформ в области здравоохранения.
- США: USAID (Агентство США для международного развития): Центр по контролю и предотвращению заболеваний (CDC) реализует проекты в области первичного здравоохранения по таким направлениям как интегрированное ведение болезней детского возраста, репродуктивное здоровье, подготовка ВОП, программа ГИС и так далее. CDC поддерживает инициативы в сфере контроля за инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ и туберкулез, и программы тренинга лабораторных сотрудников.
- Германия: Банк KfW: реализация программ DOTS и мероприятий, направленных на профилактику туберкулеза, курсы обучения и обеспечение лекарственными препаратами. Программы в больницах вторичного и третичного уровней.

- Великобритания: Департамент по международному развитию (DFID): вносит вклад в проект Всемирного банка «Здоровье-1».
- Швейцария: проект в области практики безопасных инъекций и оказание содействия национальному центру по реабилитации больных наркоманией.

### **14.3 Негосударственные организации (НГО)**

В секторе здравоохранения работают различные негосударственные организации. Международные и центрально-азиатские НГО работают самостоятельно и имеют статус как в аналогичных странах-донорах. Деятельность местных НГО, работающих совместно с донорами, заключается в предоставлении местных ресурсов и опыта. Ниже перечислены некоторые из этих организаций и их сфера деятельности:

- Международный комитет Красного креста (ICRC): экспресс-оценка продуктов питания.
- Международная федерация Красного креста (IFRC): предотвращение туберкулеза, медицинский и социальный уход за людьми пожилого (преклонного) возраста, одиноких и инвалидов, обеспечение медикаментами.
- **Medicine Sans Frontier (MSF, Врачи без границ):** Профилактика туберкулеза, в основном работают в Каракалпакстане и в Фергане в области продвижение просветительской работы о здоровом образе жизни, охраны окружающей среды, включая вопросы воды и питания.
- OXFAM (Великобритания): экспресс-оценка продуктов питания.
- Спасите детей (Великобритания): оказание социального содействия неполноценным детям и осуществляют образовательные мероприятия.
- Проект Хоуп: исполнительный орган USAID, работающий в Центрально-Азиатском регионе. Основные программы: переподготовка ВОП, профилактика туберкулеза и интегрированное ведение болезней детского возраста.

## 14.4 Обзор проекта «Здоровье-1»

### 14.4.1 Краткое содержание Проекта «Здоровье-1»

Проект Всемирного банка «Здоровье-1» выполняется в Узбекистане. Этот проект играет главнейшую роль в усилении первичного здравоохранения в сельской местности, являющегося одним из приоритетов программы национального реформирования, сформулированной правительством Узбекистана. Краткое содержание проекта приводится ниже.

**Таблица 14.1 Краткое содержание проекта «Здоровье-1»**

I. Задача:
Усиление первичного уровня здравоохранения в сельской местности.
II. Цели и деятельность:
1. Укрепить медицинское обслуживание посредством создания и реконструкции сельских врачебных пунктов (СВП) и снабжения надлежащего медицинского и диагностического оборудования. а. Строительство и реконструкция СВП. б. Поставка оборудования и важнейших лекарств в СВП.
2. Обучение врачей и среднего медицинского персонала общей практике. а. Обучение врачей общей практики. б. Обучение универсальной медсестры.
3. Изменение механизма менеджмента и финансирования первичного здравоохранения. а. Улучшение методов финансирования и менеджмента. б. Восстановление системы здравоохранения. в. Создание менеджмента информационной системы (МИС).
III. Пилотные проектные районы :
Фергана, Сырдарья, Навои
IV. Период выполнения :
Первоначальный период выполнения: с 1998 по 2002 (период изменится и продлится до 2004 г.)

### 14.4.2 Цели и оценка

Основная часть, составляющая Генеральный план, заключается в том, что состояние выполнения программы по национальной реформе должно оцениваться и

анализироваться для выявления возможных препятствий и лучшей практики.

На основе оценки и анализа Генеральный план предусматривает приоритетность программ по улучшению мер для улучшения состояния здоровья и обеспечения прочного базу для последующих государственных программ в области здравоохранении.

Проект «Здоровье-1» представляет собой программу первостепенной важности, направленную на укрепление первичного здравоохранения в сельской местности, за которым последует проект «Здоровье-2». Он начнется в 2004 г., области осуществления будут расширены на 9 областей (3 из них относятся к проекту «Здоровье-1»). Поэтому важно провести обзор и оценку проекта «Здоровье-1» с тем, чтобы «Здоровье-2» создавалась более эффективно, и чтобы Генеральный план формировался всесторонне в свете улучшения национальной программы.

#### 14.4.3 Основной подход оценки

Аспекты, включенные для оценки, показаны ниже.

- а) Оценка будет проводиться в соответствии с оценочным матрицей. Матрица состоит из i) «временной таблицы деятельности», показывающей ход выполнения программы по временному потоку, ii) «оценочной таблицы показателей», отражающей действительные показатели каждого года и iii) «таблицы установления факта», отображающей результаты изучения по каждой деятельности и достижению цели. Кроме того, оценка базируется на следующих пяти критериях.

**Таблица 14.2 Пять критериев по оценке**

1) Эффективность	Эффективность выполнения проекта анализируется с акцентом на отношения затрат и результатов в рамках времени, качества и количества.
2) Действенность	Действенность оценивается в соответствии с достижения проекта своих целей. Разъяснитса отношения цели и результатов.
3) Влияние	Влияние проекта оценивается либо положительным, либо негативным влиянием, вызванным проектом, которого изначально не планировалось.
4) Значимость	Значимость проекта рассматривается действенностью проектной цели и общей цели в связи с развитием политики Правительства Узбекистана и нуждами бенефициариев и логичностью плана.
5) Устойчивость	Устойчивость проекта оценивается организационными, финансовыми и техническими аспектами в соответствии с устойчивости проекта и расширения после окончания проекта.



- б) Цели и показатели оценочной матрицы устанавливаются в соответствии с пунктами «Отчета промежуточный обзор проекта «Здоровье» 2001 г.» Всемирным банком и информации, которую можно почерпнуть из вопросника этого изучения.
- в) Областями-реципиентами, подлежащими оценке, являются Навоийская область и Ферганская область, которые являются пилотными областями Всемирного банка и одновременно зонами «основного изучения».
- г) Оценка проводится в соответствии с результатами основного изучения. Наряду с процессом оценки, группа изучения JICA будет сотрудничать и работать совместно с Всемирным банком и Минздравом с целью обмена информацией и детальной проверки содержания. Оценка должна проводиться научным подходом по результатам основного изучения.
- д) Оценочный результат подготовлен на основе результатов непосредственного изучения группой JICA и отчета обсуждений с рабочими группами (см. Главу 3.2). Позже, анализ проекта «Здоровье-1» осуществится в соответствии с результатами основного изучения и дополнительного изучения, начатого с мая 2004 г. и обсуждения с Всемирным банком и Рабочим группой.

#### **14.4.4 Оценочная матрица**

Оценочная матрица представлена в таблицах приложения 14.1-14.3.

#### **14.4.5 Оценка достижений проекта**

Предварительная оценка достижений проекта-1 показана ниже.

- В целом, первичное здравоохранение в сельской местности постепенно улучшилось.
- Проект «Здоровье-1» содействует улучшению здоровья населения.
- Проект «Здоровья-1» проводится с успехом, особенно в Фергане.

#### 14.4.6 Оценка по пяти критериям

Предварительная оценка проекта «Здоровье-1» следует ниже.

##### а) Эффективность

- Строительство СВП, поставка оборудования и лекарств было выполнено относительно в своевременное время. В результате этого улучшился доступ к учреждениям первичного уровня и качество медицинского обслуживания.
- Было осуществлено обучение врачей общей практики и прошло обучение большое количество медперсонала из пилотных СВП. Однако, в проекте участвовало ограниченное количество стажеров, поэтому трудно удовлетворить все необходимые потребности.
- Эффективное использование бюджета начато в Фергане. Необходимо полностью применить этот пример в Навоийской области в будущем.

##### б) Действенность

- Медучреждения первичного уровня объединились в СВП и улучшился доступ в учреждения первичного уровня.
- Оборудование и лекарства доставляются надлежащим образом.
- Обучение внесло вклад в улучшение медицинского обслуживания.
- Разные программы как программа обучения и программа информационной системы здравоохранения выполняются надлежащим образом.
- В Фергане начали эффективно использовать бюджета.
- Обучение административного персонала эффективному использованию финансов не всегда представляется достаточным.

##### в) Влияние

- Доступ в учреждение первичного уровня и медицинское обслуживание улучшились, в результате чего количество пациентов увеличилось.
- Осуществлена вакцинация, что вносит вклад в укрепление здоровья детей.
- Количество заболеваний уменьшилось в соответствии с увеличением СВП.
- Проект «Здоровье-1» содействует улучшению здоровья населения.
- Количество и качество медицинского персонала достигает надлежащего уровня и СВП может проявить соответствующую заботу и эффективно использовать бюджет.

г) Значимость

Задача «укрепление первичного здравоохранения в сельской местности» соответствует национальной политике и задача включает в себе три цели: а) учреждение СВП для улучшения здравоохранения, б) обучение медицинского персонала, в) изменение механизма менеджмента и финансирования. Задача и цели практически выполнены.

д) Устойчивость

- В 2001 г. было издано областное постановление о бюджетной системе финансирования из расчета на душу человека и областной бюджет был приоритетно распределен СВП.
- Лекарства поставляются надлежащим образом, однако имеется большая разница между проектными и непроектными учреждениями.
- Распределение медицинского персонала между городом и сельской местностью несбалансированно, особенно среди узких специалистов и специалистов по эксплуатации и обслуживанию оборудования.

#### 14.4.7 Рекомендации

Как указано выше, основной принцип оценки базируется на научном подходе. После завершения основного изучения и дополнительного изучения совещание с целью определения оценки проведено с участием Всемирного банка, Минздрава и рабочей группы. Проект «Здоровье-1» успешно осуществлен в трех пилотных областях: количество СВП увеличилось, оборудование поставлено, обучены врачи общей практики. Проект «Здоровье-2» будет осуществлен вслед за данным проектом в других областях. Следовательно, рекомендация для эффективного осуществления «Здоровья-2» показана ниже:

- Укрепление профилактической медицины сельскими врачебными пунктами (визиты на дом, ИЕС и т.п.).
- Проведение курса обучения не только для врачей общей практики и медсестер, но и для провизоров (фармацевтов), бухгалтеров, инженеров, занимающихся эксплуатацией и техническим обслуживанием оборудования, и персонала, занимающегося информатикой здравоохранения (чтобы

усовершенствовать управление медикаментами, управление финансами и т.п.).

- Создать медицинское учреждение первичного здравоохранения городского типа.
- Рассмотреть учреждение первичного здравоохранения для отдаленных зон.

## **ЧАСТЬ III. ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПЛАН**



**ГЛАВА 15**  
**СОСТАВЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОГО ПЛАНА**  
**СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**





### Часть III Генеральный план

#### 15. Составление Генерального плана системы медицинских услуг

##### 15.1 Процесс ситуационного анализа и оценки государственной программы реформы здравоохранения

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

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



Схема 15.1 Алгоритм анализа ситуации.

Целью изучения является подготовка Генерального плана для повсеместного улучшения здравоохранения и медицинского обслуживания в масштабах всей страны, направленного на представление плана для эффективного внедрения «Государственной Программы реформы здравоохранения (1998~2005 гг.)». Таким образом, изучение должно обеспечить прочную основу для следующего государственного плана по здравоохранению, отражающему результаты, совместно оцененные Японской стороной и Узбекистаном.

Поэтому, в качестве первого этапа деятельности по изучению, и японской, и узбекской стороной была рассмотрена существующая государственная программа реформ, чтобы получить представление о фактической ситуации. Обзор отражает результаты непосредственного полевого изучения японской группой и основного изучения, проведенного субподрядчиками.

Перед проведением полевого изучения, члены группы изучения полностью изучили содержание программы государственной реформы и установили подробные критерии изучения, на основе которых проводился полевой и основной изучение. Эти два изучение фокусировались на изучении и идентификации существующей ситуации в соответствии с каждым критерием оценки.

Была подготовлена матрица для проверки существующей ситуации на основе полученной информации и результатов изучения (см. табл. 15.1) в соответствии с вышеупомянутыми критериями изучения. Она содержит "Области и цели" существующей программы национальной реформы и подробные описания "Область, масштаб и деятельность" для "Целей". Результаты полевого изучения были проверены в соответствии с каждым критерием изучения.

**Табл 15.1 Матрица для проверки существующей ситуации по пунктам**

Цели/ Область	Области/ Масштаб и деятельность	Состояние/Лучшая практика/ Препятствия/Проблемы	Рекомендации

Также, в соответствии с этими критериями оценки, матрица обеспечивает колонку существующего «состояния, лучшей практики, препятствий и проблем» здравоохранения Узбекистана.

При заполнении данной матрицы, рассматривался и обсуждался каждый критерий. В случае, когда существующая ситуация была улучшена в результате осуществления

государственной реформы здравоохранения, она относилась в категорию "лучшей практики" за ее вклад. В противоположных случаях, Матрица рассматривала их как сдерживающие факторы, такие как проблемные вопросы и препятствия.

Анализ ситуации каждого критерия изучения предлагает меры по улучшению и внесения вкладов следующую «Государственную программу Реформы здравоохранения». Эти меры по улучшению показаны в колонке «Рекомендации» Матрицы.

Следующее, для основной концепции данного изучения по Генеральному плану, который необходимо совместно осуществить с Узбекистаном и группой изучения ЛСА, были созданы Рабочие группы. Для детального обсуждения, было организовано 12 малых технических рабочих групп по различным областям здравоохранения и медицинского обслуживания.

Каждая малая рабочая группа анализировала и обсуждала несколько раз проблемы каждого подсектора на основе Матрицы, используя результаты полевого изучения и данные, полученные в ходе работы членов группы. Посредством этого, каждая рабочая группа подготовила рекомендации по улучшению существующей ситуации и решения проблем каждого подсектора.

Некоторые части национальной программы реформирования не определены по категориям в подсекторы, поэтому каждая малая рабочая группа проверяла критерии изучения в области, относящейся к каждой группе. Если рекомендации по одному подсектору были сделаны различными рабочими группами, они были объединены в одну рекомендацию.

Табл.15.2 показывает "Цели" существующей Национальной программы Реформы здравоохранения, "Масштаб работ и деятельность", результат анализа ситуации, такой, как «Состояние, лучшая практика, препятствия и проблемы» медицинского обслуживания в ходе обсуждения каждой рабочей группы, и рекомендации по мерам улучшения. Также, результаты анализа ситуации по секторам каждой Рабочей группой сформулированы в «Главе 15.2 Лучшая практика, проблемные вопросы и препятствия существующего медицинского обслуживания». Рекомендации по мерам улучшения в Матрице (табл.15.2) проверялись в соответствии с последующей стратегией разработки Генерального плана (Глава 15.6.2) и представлены в качестве программ по улучшению в каждом секторе. Программа улучшения по каждому сектору представлена в Главе 15.8.1 «Программы секторального улучшения».

**Таблица 15.2 Оценка Национальной программы Реформирования здравоохранения в Республике Узбекистан (1998-2005 гг.)**

(согласно Указу Президента Республики Узбекистан «О Государственной программе Реформирования системы здравоохранения» ноября 1998 года и приложения)

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
<p>1. Обеспечение государством гарантированного уровня и качества систем первичной медико-санитарной помощи и профилактической помощи населению</p>	<p>1.1. Развитие потенциала системы здравоохранения</p> <p>1.1.1. Учреждение Института здоровья для работы по профилактическому здравоохранению, оформлению здорового образа жизни и развитию здорового поколения.</p> <p>а Координация изучения и реализация профилактического здравоохранения.</p> <p>б Активная пропаганда о здоровом образе жизни и рационального питания.</p>	<p>1.1.1 Недостаточная информационная сеть, из-за чего провозводится впечатление о том, что сложно охватить нынешнее состояние здравоохранения в каждой области для разработки всесторонней стратегии улучшения здравоохранения.</p> <p>а Недостаток сотрудничества и связи между составляющими стратегией и осуществляющими ее. Некоторые институты работают оптимально, однако существующие институты могут достичь большей эффективности, делаясь информацией.</p> <p>б Традиционные и гендерные предубеждения создают барьер между стратегией здравоохранения и сообществами в вопросе об изменении поведения и медицинской грамотности.</p>	<p>1.1.1 Интеграция системы медицинского менеджмента и усиление связей между профилактикой и лечением могут проникнуть глубоко в общество.</p> <p>а Защита групп высокого риска и межсекторальное сотрудничество между заинтересованными министерствами (например, Госкомспорт и Министерство Образования) улучшат общественный образ жизни и качество жизни.</p> <p>б, д Расширение практического использования ННО для пропаганды здорового образа жизни и охраны здоровья в сообществе или привлечение добровольных помощников здравоохранения для поддержки деятельности по пропаганде здорового образа жизни в СВП.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>в Образование в области гигиены и правовых вопросов в системе здравоохранения.</p> <p>г Социологические изучение, мониторинг, анализ и прогноз состояния здоровья населения.</p> <p>д Разработка мер по улучшению профилактических мероприятий, просветительской работе о здоровье и здоровой развитого поколения.</p> <p>е Просветительская работа для населения общества о необходимости укрепления здоровья, физкультуры и здоровом образе жизни, а также развитии национальных и традиционных видов спорта и игр.</p> <p>ж Образование центров физического укрепления в рабочих коллективах, учебных заведениях и по месту жительства.</p>	<p>в Правовая база поддерживает объединение расплывчатых мед. учреждений для достижения целей.</p> <p>г Многие виды мониторинга предоставлены международными агентствами, донорами и НГО, однако они не полностью отражены в плане действий здравоохранения.</p> <p>д В настоящее время статистические данные демографических, эпидемиологических и больничных служб собираются и пишутся от руки.</p> <p>е Важность профилактических мер и концепции общественного здравоохранения еще не осмыслены до конца, судя по ограниченному бюджету здравоохранения и нездоровому образу поведения.</p> <p>ж Развитие просветительской работы здравоохранения через укрепления здоровья, однако, трудно определить вклад, вносимый в здравоохранение.</p>	<p>в,е,ж Укрепление учреждений первичной мед. помощи не только для обеспечения равной доступности лечения по доступной цене не только к лечению, но и к просветительской работе здоровья и ИОО (информации, образование, общения).</p> <p>г Доступность детали зированных данных в цифровом формате будет способствовать упрощенному обмену и использованию информации и упрощению создания специальных планов по болезням.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>1.2. Эффективность охраны материнства и детства .</p> <p>1.2.1 Интенрирование родильных и педиатрических учреждений.</p> <p>1.2.2 Непрерывная работа по обеспечению безопасного материнства и улучшение состояния здоровья женщин фертильного возраста</p> <p>1.2.3 Улучшение оказания услуг первичной медицинской помощи женщинам, беременным женщинам и детям</p> <p>1.2.4 Создание региональных центров «Скрининга матери и ребенка» с целью осуществления ранней диагностики врожденных и других заболеваний детей и беременных женщин для предотвращения врожденной инвалидности.</p>	<p>1.2.1 Оборудования для детских и родовспомогательных учреждений не хватает и оно устаревшее. Кредитные проекты Всемирного банка и АБР обеспечат приобретение оборудования на уровне сообщества.</p> <p>1.2.2 Приоритетная программа хорошо адаптирована к нынешней ситуации. Программа нуждается в более конкретных определениях результатов.</p> <p>1.2.3 Приняты во внимание факторы риска репродуктивного здоровья и предприняты необходимые меры, такие как контроль анемии и питания. Однако, основные показател, как младенческая смертность и определение мертворожденных, должны быть пересмотрены немедленно.</p> <p>1.2.4 До сих пор существует бюрократизм в работе эпидемиологической службы, хотя центр скрининг работает для перинатального ухода. В будущем, после определения группы высокого риска, необходима</p>	<p>1.2.1 Должен быть проведен тщательный отбор комплекта оборудования для детских и родовспомогательных учреждений на каждом уровне системы направления пациентов и стандартизация для рационального использования ограниченного бюджета здравоохранения.</p> <p>1.2.2 В целях оптимальной интеграции нужно поставить конкретные цели общей программы и конкретный план действий на уровне каждой области.</p> <p>1.2.3 Необходимо общественная, семейная и соц. ответственность за здоровье для поддержки фокусных групп .</p> <p>1.2.4 Сбор корректной эпидемиологической информации о целевых группах повышает эффективность диагноза для следующей ступени лечения больше, чем массовое обследование.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>1.2.5 Развитие специальных медицинских центров генетики для обследования женщин и детей.</p> <p>1.2.6 Адекватные системы мониторинга по охране материнства и детства.</p> <p>1.3. Организация</p> <p>1.3.1 Завершение полного перехода к двухэтапной форме оказания первичной помощи и других видов услуг в соответствии со следующей схемой к 2005 года.</p>	<p>эффективная связь между медицинскими учреждениями по оказанию специализированной медпомощи.</p> <p>1.2.5 Осознана необходимость центров генетики, однако необходимо разъяснить их лечебную деятельность и взаимосвязь с другими лечебными учреждениями.</p> <p>1.2.6 Организация донорской проверки результатов в соответствии с объективной оценки. Однако сама национальная система не достигла оптимального уровня развития, чтобы предложить определенные показатели деятельности по оказанию медпомощи матерям и детям. Хотя в настоящее время существует утомительная система отчетности, наблюдается нехватка показателей деятельности в сфере оказания медицинской помощи матерям и детям.</p> <p>1.3.1 Проект «Здоровье-1» предусматривает эту программу.</p> <p>а) Реформы в сельской местности: СВП→ЦРБ Поликлиники→областные и республиканские учреждения.</p>	<p>1.2.5 Центры генетики должны быть частью Института акушерства и гинекологии, предоставляя возможность обследования многими специалистами с разных аспектов.</p> <p>1.2.6 Должна быть разработана система показателей, на основе которых должен проводиться мониторинг.</p> <p>1.3.1 Проект «Здоровье-2» будет предусматривать концепцию национального уровня.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>1.3.2 Разработка территориальных программ для развития СВП и махаллинских (городских) врачебных пунктов (ГВП) к июля 1999 г. (Министрами Республики Каракалпакстан, областными Хокимиятами и Хокимиятом г. Ташкента совместно с Минздравом, Минмакроэкономстатом и Фондом махаллии.</p> <p>1.3.3 Создание платных, в том числе частных, родовспомогательных учреждений в городах для того, чтобы они работали сообща с существующими государственными родовспомогательными учреждениями.</p>	<p>б) Сохранение расположенных отдельно ФАПов и СУБов в пустынных, горных местностях, а также в районах животноводческих ферм.</p> <p>1.3.2 Для большей доступности мед. учреждений в городе, в нескольких районах были созданы ГВП как филиалы семейных поликлиник, в качестве пробного образца. Этот вопрос был предложен в проекте Всемирного банка «Здоровье-2», однако он еще не подан на рассмотрение и не утвержден.</p> <p>1.3.3 Четкое разграничение между обычной больничной помощью и платной мед. помощью позволит уточнить сумму оплаты и достичь согласия в вопросе о желании платить. Может быть нарушено право справедливости. Платежи и платные услуги чувствительны к спросу, а спрос на частные услуги в свою очередь определяется факторами, часто связанными с качеством получения услуг в гос. мед. учреждениях .</p>	<p>1.3.2 Ограниченный бюджет здравоохранения должен быть использован приоритетно в сельские области, а создание ГВП должно считаться долгосрочной целью. Однако, данная попытка может быть расценена как способ анализа рентабельности.</p> <p>1.3.3 Формулировка мед. помощи матерям должна быть доступной и оценена населением прежде тем, чтобы перейти на платные консультации в учреждениях мед. помощи матерям. Определить предоставление услуг частного сектора в регионах с использованием карт географической информационной системы (ГИС).</p>



Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
<p>2. Укрепление системы экстренной медицинской помощи</p>	<p>2.1. Организация</p> <p>2.1.1 Создание системы экстренной медицинской помощи с созданием Республиканского центра экстренной помощи в городе Ташкенте и его региональных отделений, а также отделений экстренной помощи в сельской местности в 1999 г.</p> <p>2.1.2 Организационные, технические, финансовые и другие функции системы экстренной медицины.</p> <p>2.1.3 Обеспечение Республиканского центра экстренной помощи и его региональных филиалов высококвалифицированными специалистами.</p>	<p>2.1.1 Система РНЦЭМП, его областных филиалов и районных субфилиалов создана. Нет единой модели/концепции функционирования службы на областном и районном уровнях.</p> <p>2.1.2 В результате включения экстренной медицинской помощи в полном объеме в пакет гарантированных услуг финансирование стало неустойчивой. В ряде случаев нет четкого разделения экстренной помощи между разными поставщиками услуг.</p> <p>Разработанные стандарты экстренной помощи не увязаны с экономическими аспектами.</p> <p>2.1.3 РНЦЭМП и его филиалы имеют в составе высококвалифицированных специалистов. Не создан институт врачей и медсестер экстренной медицины.</p>	<p>2.1.1 Необходимо усовершенствовать и адаптировать модель организации экстренной помощи на областном и районном уровнях.</p> <p>2.1.2 Нужно определить гарантированный пакет экстренной помощи на основе единых принципов неотложных и срочных для эффективных услуг.</p> <p>Нужно разработать стандарт экстренной помощи для разных учреждений и медперсонала различных подразделений в соответствии с гарантированным пакетом экстренной помощи.</p> <p>2.1.3 Разработать положение о врачах и медсестрах экстренной помощи. Утвердить в Госкомтруде эти специальности. Создать систему обучения и переквалификации специалистов экстренной помощи на базе РНЦЭМП и ТашиУВ. Внедрить систему подготовки по экстренной медицине в медВУЗы додипломного образования.</p>

Задачи / Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>2.2 Технические вопросы</p> <p>2.2.1 Минздраву разработать и внедрить максимальный срок пребывания пациентов в медучреждениях в зависимости от вида заболевания и их реабилитации.</p> <p>2.2.2 Проводить научные исследования для создания новых эффективных технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний при экстренных состояниях и их внедрение в практику.</p> <p>2.2.3 Организация специальных курсов по догоспитальной медицинской помощи экстренным больным.</p> <p>2.2.4 Оказание услуг экстренной помощи в районах и городах в Ташкентской</p>	<p>2.2.1 Сроки бесплатного пребывания экстренных пациентов в стационарных отделениях РНЦЭМ ограничены 5-7 днями. После завершения этого этапа лечения недолеченных больных переводят в другие больницы для завершения лечения на платной основе</p> <p>В районах все экстренные больные находятся в одном отделении 5-7 дней, из-за чего коечной мощности этих отделений не хватает для всех экстренных больных в районе.</p> <p>2.2.2 Исследования проводятся и координируются на уровне Ученого совета РНЦЭМП. Не все исследования внедряются в другие учреждения.</p> <p>2.2.3 РНЦЭМП, ТашиУВ и службой «03» г. Ташкента разработано учебное руководство по экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе как для врачей, так и для медсестер.</p> <p>2.2.4 РНЦЭМП и его областные филиалы созданы.</p>	<p>2.2.1 Обеспечить возможность продолжения лечения экстренных больных на платной основе в том же отделении, где больной начал лечение.</p> <p>Обеспечить бесплатное лечение экстренных больных в профильных отделениях ЦРБ в течение 5-7 дней, не задерживать их в экстренном отделении свыше 1-3 дней.</p> <p>2.2.2 При разработке новых методов и комплексов лечения и диагностики экстренных больных предусмотреть разные условия такие, как обучение, аппаратура, подготовка учебной литературы и т.д.</p> <p>2.2.3 При планировании исследований особый акцент на разработку стандартов лечения и диагностики, в том числе в рамках гарантированного государством бесплатного пакета услуг.</p> <p>2.2.4 Необходимо адаптировать стандарты экстренной помощи на</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
<p>3. Усовершенствование организационной системы и качества здравоохранительской сети.</p>	<p>и Навоийской областях с обеспечением надлежащего и современного оборудования.</p> <p>3.1 Переход первичного звена к системе врачей общей практики (ВОП). Развитие системы ВОП в городской и сельской местностях.</p> <p>3.2 Помимо учреждений первичной и экстренной помощи, установленный объем бесплатных медицинских услуг будет оказан в государственных педиатрических многопрофильных больницах роддомах, инфекционных больницах, больницах или отделениях специализированных диспансеров (туберкулезных, дерматологических, онкологических, психиатрических) посредством их амбулаторных отделений.</p> <p>3.3 Оптимизация коечного фонда путем усиления больничного ухода, всестороннего догоспитального обследования и квалифицированной амбулаторной помощи во время реабилитационного периода.</p>	<p>3.1 Как указано в 1.3.2, разные пробные мероприятия начинаются.</p> <p>3.2 Введение бесплатных услуг высоко оценивается сообществами, включая сообществом с учшей доступностью к СВП. Такие услуги оказываются только в пилотных районах и они будут расширены по стране.</p> <p>3.3. В последние годы значительно снизился срок пребывания больных в больницах в первую очередь благодаря догоспитальному обследованию и обследованию после госпитализации.</p>	<p>догоспитальном этапе с учетом базового пакета услуг, гарантированного государством, и внедрить его в учебные программы курсов усовершенствования врачей и медсестер.</p> <p>3.1 Как указано в 1.3.2.</p> <p>3.2 Проект «Здоровье-2» будет предусматривать расширение места услуг.</p> <p>3.3 Создание системы контроля и управления качеством медицинской помощи.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>3.4 Улучшение качества мед. услуг</p> <p>3.4.1 Установить государственный стандарт качества и всеобъемлющих медицинских услуг в соответствии с типам медучреждений и уровням услуг начиная с 2000 г., с отражением следующих факторов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Всеобъемлемость и значимость медицинской тактики в соответствии со стандартными критериями лечения, группой заболеваний и типами медицинских услуг, включая ограничение тарифов.</li> <li>• Наличие необходимого оборудования и лекарственных препаратов для оказания первичной, неотложной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи.</li> <li>• Наличие квалифицированных специалистов для оказания соответствующих услуг.</li> </ul> <p>3.5 Усовершенствование системы лекарственного обеспечения.</p> <p>3.5.1 Определениме общей потребности в лекарственных препаратах, объема гарантированного (бесплатного) лекарственного обеспечения в</p>	<p>3.4.1 Нет четкой системы качественного контроля и управления. Эта система подлежит развитию Центром аккредитации. Аттестация создана и действлена для аттестации медперсоналов.</p> <p>Начаты стандарты по другим специальностям, однако при разработке не учитывались экономические параметры. Отсутствие опыта и специалистов по разработке клинико-статистических групп и клинических стандартов с учетом экономических аспектов.</p> <p>3.5.1 Определение спроса на лекарства представляется трудным, так как нет достоверных данных инвентаризации в мед.</p>	<p>3.4.1 Необходимо оценить научно и с учетом зарубежных стандартов с целью развития экономического аспекта.</p> <p>3.5.1 Для определения общего спроса на медикаменты необходимо организовать тренинги для аптечных работников по</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>государственных медучреждениях, а также усовершенствование механизма закупок и финансового обеспечения.</p> <p>3.5.2 Развитие национальной фармацевтической промышленности</p>	<p>учреждениях. Доставка медикаментов в общественные мед. учреждения недостаточна и наблюдается их неравное распределение. Более половины стационарных пациентов должны покупать медикаменты сами, вместо того чтобы получать их бесплатно.</p> <p>Существует некоторая финансовая поддержка со стороны международных организаций доноров.</p> <p>Судя по результатам обзора, в среднем «Дори Дармон» поставляет около 56,7% медикаментов мед. учреждению.</p> <p>Показатель доступности основных медикаментов на 2002 г. состоит из следующих (% медучреждений всегда снабжаемых этим медикаментами в течение всего года):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Аминофиллин, инъекции 44,1%</li> <li>- Сальбутамол, инъекции 17,5%</li> <li>- Ампициллин, таблетки 36,9%</li> <li>- Гентамицина, инъекции 34,4%</li> <li>- Аспирин таблетки 56,1%</li> <li>- Пропранолол, таблетки 19,7%</li> <li>- Нитроглицерина таблетки 50,8%</li> <li>- Верапамил, таблетки 36,7%</li> <li>- Регидратации 47,5%</li> <li>- Диазепам, инъекции 23,4%</li> </ul> <p>3.5.2 Отечественная индустрия производит лишь 20% всего объема</p>	<p>систематическому ведению инвентаризации медикаментов и эта система должна быть использована по всей стране. Для удобства закупки лекарств должен быть утвержден список жизненно важных медикаментов, определенный каждым мед. учреждением.</p> <p>Для улучшения поставки медикаментов на уровне первичной мед. помощи, можно внедрить систему «комплекта жизненно важных лекарств».</p> <p>3.5.2 Фармацевтическая индустрия должна отдавать приоритет</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>и обеспечение конкурентоспособности продукции путем внедрения международной передовой практики производства (ППП) для совершенно чистой медицинской продукции.</p> <p>3.5.3 Развитие рынка лекарственных препаратов, создание инфраструктуры рынка в системе лекарственного обеспечения</p> <p>3.5.4 Установление системы унифицированного государственного контроля качества, регистрации и лицензирования лекарственных препаратов</p> <p>3.5.5 Усовершенствование законодательно-правовых актов, регулирующих другие вопросы фармацевтической промышленности и лекарственного обеспечения в соответствии с международными</p>	<p>жизненно важных медикаментов. Импортируемые лекарства дешевле, чем отечественные, из-за этого провизоры предпочитают импортировать лекарства. Некоторые фармацевтические производители не проходят по GMP стандарту (хорошая производственная практика).</p> <p>3.5.3 Рынок медикаментов развивается. Однако, не разработана система его контроля и нерациональное использование препаратов остается большой проблемой.</p> <p>3.5.4 Работает Управление контроля качества медикаментов и мед. оборудования и ею создана система регистрации. Однако, из-за отсутствия инспекции в частном секторе, система контроля не работает. В настоящее время, население может приобрести любое лекарство без рецепта, хотя существует положение об обязательном рецептурном назначении тех или и иных препаратов.</p> <p>3.5.5 Большинство законодательных актов издано. Однако, Закон о медикаментах только один и в настоящее время он уже устарел.</p>	<p>производству медикаментов из списка жизненно важных лекарственных (ЖВЛ) препаратов. Принять меры по сдерживанию цен на медикаменты отечественного производства.</p> <p>3.5.3 Должна быть разработана программа всестороннего контроля лекарств, включающая частный фармацевтический сектор .</p> <p>3.5.4 Необходимо внедрить систему контроля и инспекции. Закон, регулирующий назначение лекарств должен быть пересмотрен и принят Кабинетом Министров.</p> <p>3.5.5 Должны быть срочно разработаны законодательные акты по контролю над рынком медикаментов. Национальная лекарственная политика должна быть одобрена на высоком уровне, таком как</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>стандартами.</p> <p>3.6 Реструктуризация системы санитарно-эпидемиологического контроля к 2000 г.</p> <p>3.6.1 Разработка и реализация системы санитарно-эпидемиологического контроля.</p> <p>3.6.2 Разработка и реализация государственных санитарно-эпидемиологических программ для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия городов и поселков.</p> <p>3.6.3 Улучшение механизма конкурентного распределения средств на фундаментальные и прикладные научные медицинские исследования.</p>	<p>3.6.1 В основном, СЭС является исполнительным органом санитарного и эпидемиологического надзора. Однако, система контроля несовершенна, недостаточно оборудования, также не хватает поступлений из бюджета.</p> <p>Сейчас, система мониторинга СЭС осуществляется в виде обобщенных статистических данных, которая затем опять обрабатываются в РИАЦе.</p> <p>3.6.2 Недостаточная координация между просветительской работой здравоохранения и учреждениями санитарной службы.</p> <p>3.6.3 В настоящее время нет четкого критерия по приоритетности касательно нынешней ситуации и эпидемиологического аспекта. Также научно-исследовательская работа в подразделениях должна быть интегрирована.</p>	<p>Кабинет Министров.</p> <p>3.6.1 Принимая во внимание ограниченность бюджета здравоохранения, должна быть рассмотрена интеграция таких организаций как СЭС, институт по просветительской работе здравоохранения и Республиканский институт здоровья.</p> <p>Республиканская СЭС находится в процессе разработки независимой компьютеризированной системы мониторинга.</p> <p>3.6.2 Учреждение новой санитарной службы представляет собой хороший случай, чтобы поменять образ поведения в обществе. Должна осуществляться хорошее сотрудничество для различных учреждений.</p> <p>3.6.3 Связь между научным исследованием и лечением может поддерживать интеграцию реального улучшения в медицинском и исследовательском секторе.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>3.7 Аттестация и аккредитация лабораторий центров Республиканского и территориального санитарно-эпидемиологического контроля.</p> <p>3.8 Реализация мер по усовершенствованию сети и инфраструктуры медицинских учреждений вне зависимости от их принадлежности.</p> <p>3.8.1 Подготовка программы развития материально-технической базы системы здравоохранения на 2001-2005 гг.</p> <p>3.9 Улучшение организации и уровня научных работников.</p> <p>3.9.1 Улучшение системы научных и исследовательских институтов.</p> <p>3.9.2 Улучшение механизма распределения на конкурентной основе и улучшение распределения средств на фундаментальные и прикладные научные исследования.</p>	<p>3.7 Планируется укрепление системы тестирования в проекте «Здоровье-2» посредством контрольной программы ВИЧ/СПИД и туберкулеза в сотрудничестве СЭС.</p> <p>3.8 Улучшение композиции строения больниц. Интеграция медицинских учреждений и изучение расположения больниц.</p> <p>3.8.1 Создание человеческих ресурсов для медицинского инженерного и технологического улучшения. Программы обучения по использованию и обслуживанию медицинского оборудования.</p> <p>3.9.1 Дублирование многих функций между спецкомитетом Минздрава, научным и технологическим центром в ведении Кабинета Министров.</p> <p>3.9.2 Отсутствует доказательство национальной программы и указание медицинского исследования для ясного распределения бюджета.</p>	<p>3.7 Всеобъемлющий подход информационной системы здравоохранения должны вовлечен в будущий проект.</p> <p>3.8 Создание пилотной больницы и ее пробная эксплуатация.</p> <p>3.8.1 Программа обучения JICA по использованию и обслуживанию медицинского оборудования Программа обучения от производителя.</p> <p>3.9.1 и 3.9.2 Наобходимо разработать концепцию по приоритетности в медицине на 5, 10 и 15 летне планы. Передать все права от высококвалицифицированных медсестер к науному комитету в ведении Минздрава.</p>



Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
<p>4. Учреждение рынка медицинских услуг и улучшение управления здравоохранением.</p>	<p>4.1 Приватизация существующих учреждений здравоохранения в случаях, если это не противоречит принципам равенства доступа, как гарантировано правительством.</p> <p>Посредством продажи акций частично или полностью учреждения на конкурентной основе покупателям, включая иностранных инвесторов, чтобы учреждение функционировало в качестве учреждений здравоохранения.</p> <p>4.2 Создание частных медицинских учреждений для одновременного развития существующей сетью государственных медицинских учреждений, и по объему, и по качеству.</p> <p>Коллективам медицинских работников и отдельным представителям может быть оказана поддержка в основании частных учреждений здравоохранения посредством аренды, или окончательной продажи государственных учреждений здравоохранения.</p> <p>4.3 Разработка порядка лицензирования, аккредитации и сертификации государственных и частных учреждений здравоохранения и медицинских работников в Республике Узбекистан.</p>	<p>4.1 Относительно медленный темп может быть связан с доступностью банковских кредитов, гарантиями иностранных инвестиций и другими стимулами такого рода.</p> <p>4.2 Как и в 1.3.3 и 4.1. Необходимо гарантировать равенство.</p> <p>4.3 Срочно необходимо.</p>	<p>4.1 После определения количества и местонахождения мед. учреждений, аукционы могут быть рассмотрены как средство распределения мед. учреждений.</p> <p>4.2 Механизм стимулов нужен для ускорения реформ. Система регулирования нужна для приватизированных учреждений.</p> <p>4.3 Изучить системы других стран и принять их.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
5. Усовершенствование финансируемых баз в системе здравоохранения.	4.4 Регулирование тарифов на медицинские услуги для всей страны, во всех учреждениях здравоохранения вне зависимости от вида собственности, что приведет к свободному установлению своих тарифов в зависимости от территориальных и других условий.	4.4 Установление тарифов должно быть основано на себестоимости и понимании спроса.	4.4 Изучение цен тарифным управлением.
	5.1 Обеспечение бесплатных медицинских услуг для гарантированного объема услуг.	5.1 Гарантированный пакет услуг нуждается в пересмотре.	5.1 Определить пакеты льгот: базовый и полный.
	<p>5.2 Создание эффективности бюджетных затрат посредством:</p> <p>а. Подушевого распределения для неотложной помощи, иммунизации и вакцинации.</p> <p>б. Стандартных систем для привилегированных групп населения и покрываемых заболеваний.</p> <p>в. Подушевых норм для профилактики заболеваний, защиты окружающей среды и противоэпидемических мероприятий.</p> <p>г. Финансирования медицинской науки и образования.</p> <p>д. Допущения разделения сбережений учреждений здравоохранения между медицинскими работниками и укреплением материально-технической базы государственных учреждений здравоохранения.</p>	<p>5.2 Расходы СВП из расчета на душу населения в проекте «Здоровье-1» приемлемы для администраторов и поставщиков медицинских услуги. Необходима единая и упрощенная система отчетности.</p> <p>Нормы не рассчитаны на реальных цифрах.</p> <p>Составление сметы из расчета на душу населения должно быть рассчитано на основе спроса мед.услуг и их уровня.</p>	<p>5.2 Проведение формальной оценки на основе расчета на душу населения бюджета СВП, в особенности для оценки воздействия и качества услуг.</p> <p>Нужно вывести усовершенствованную формулу для распределения средств и составления бюджета.</p> <p>Изучить возможность альтернативных платежей (не по учреждениям, а из расчета на душу населения, к примеру- Ваучеры) по льготам, предоставляемым, пациентам и льготным группам.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>5.3 Создание системы Платных медицинских услуг посредством частного и смешанного финансирования (частично с бюджетным финансированием) для</p> <p>а. Лечения пациентов в районных, городских и многопрофильных учреждениях, клиниках и больницах научно-исследовательских институтов.</p> <p>б. Многопрофильных педиатрических учреждениях.</p> <p>в. Проведения научно-исследовательских тренингов.</p> <p>г. Установленного объема бесплатных услуг в областных центрах.</p> <p>5.4 Введение частного финансирования в частную практику, негосударственные учреждения и некоторые родовспомогательные учреждения посредством:</p> <p>а. Страховых контрактов.</p> <p>б. Прямых платежей от пациентов.</p> <p>в. Требований для НГО в предоставлении 20% бесплатных услуг для привилегированных категорий пациентов.</p> <p>5.5 Создание Государственного медицинского страхового фонда с надлежащим лицензированием и государственным контролем, начиная с 1999-2001 гг., создание механизмов для обеспечения безопасности</p>	<p>5.3 Прозрачный сбор и гласности обязательных платежей.</p> <p>5.4 Механизмы освобождения от платежей не ясны.</p> <p>5.5 Отсутствует система государственного медицинского страхования.</p>	<p>5.3 Реформы управления больницами. Сформулировать исключения из правил.</p> <p>5.4 Ввести механизмы страхования, особенно для тяжелых и сложных случаев.</p> <p>5.5 В процессе разработки. Найти консенсус в вопросе о системе страхования, приемлемой для страны.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
<p>6. Совершенствование процесса подготовки, переподготовки и последилового обучения медицинских работников.</p>	<p>денежных средств.</p> <p>5.6 Подготовка программ по международному сотрудничеству и привлечению иностранных инвесторов и средств для развития здравоохранения в Республике Узбекистан.</p> <p>6.1 Создание специальных департаментов в лечебных учреждениях медицинских институтов по подготовке высококвалифицированных сестер в соответствии с 3-летней программой на основании образования в медицинском колледже, начиная с 1999-2000 гг.</p> <p>6.2 Разработка предложений по определению правил регистрации медицинского образования и стандартов образования для получения высокой квалификации медсестер к маю 1999 года.</p> <p>6.3 Установление пропорции 1/6 между количеством профессоров, преподавателей и студентов в медицинских институтах, начиная с 1999-2000 учебных годов.</p>	<p>5.6 Нужна большая согласованность организаций-доноров особенно в приоритетных направлениях.</p> <p>6.1 и 6.2 В этом году третий выпуск получил образование. Выпускники могут работать ведущими медсестрами медицинского учреждения и преподавателями в медицинском колледже, а также высококвалифицированными медсестрами в области анестезиологии, хирургии, акушерства и гинекологии, медсестры-менеджера. Но это не очень популярно. Сейчас та же самая категория может быть достигнута на практике работы, но ей нет достаточного применения.</p> <p>6.3 Это соотношение было достигнуто, необходима более активная стратегия, в том числе экономическое стимулирование, чтобы мотивировать студентов и преподавателей и создать конкуренцию среди них и в институтах ( пример ТашМИ-1).</p>	<p>5.6 Указание на картах основных областей фокусирования иностранных кредитов и помощи.</p> <p>6.1 Пересмотреть и проверить цели и задачи среднего специального образования, принимая во внимание потребности рынка труда и разработать новые учебные планы.</p> <p>6.2 Пересмотреть и проверить цели и задачи образования для высококвалифицированных медсестер, принимая во внимание потребности рынка труда и разработать новые учебные планы, исключая темы из учебного плана среднего образования.</p> <p>6.3 Разработать критерии оценки преподавателей, институтов, и предоставить большее внимание для студентов-победителей конкурсов, а также увеличить оплату.</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>6.4 Введение государственных образовательных стандартов, основанных на анализе общественного спроса и качества специализированных медицинских кадров с использованием современной преподавательской техники и информационных технологий.</p> <p>6.5 Создание двухуровневого специализированного образования для медсестер.</p> <p>6.6 Принятие двухуровневой системы в последипломном обучении: подготовительный уровень (степень бакалавра) и уровень магистратуры.</p> <p>6.7 Укрепление последиplomного обучения посредством системы ординатуры, докторских исследований и программ специального профессионального обучения.</p>	<p>6.4 Внедрены образовательные стандарты. 75% учебного плана приходится на теоретические вопросы (лекции и семинары) . Нет социального партнерства с практическими институтами.</p> <p>6.5 и 6.6 Уровень медсестер высшей квалификации относится к второму уровню. Непрерывное медицинское образование для медсестер более высокого уровня проводится в медицинских колледжах. Но нет программ непрерывного медобучения для сестер высшей квалификации. Тогда как, хотя неофициально, для семейных медсестер и медсестер общей практики, обучение обеспечивается Медсестринским советом в Центре экстренной мед. помощи в Фергане, Медсестринским советом Самаркандской области, проектом САФЕ, проектом Здравплюс. Но между ними не имеется согласованности. Нет магистратуры для сестер.</p> <p>6.7 Внедряется двухуровневое высшее образование. Но это не отражает потребностей рынка труда. Начальная (первичная) специализация отменена, и</p>	<p>6.4 Оценка потребностей рынка и создание социального партнерства. Область работы международных проектов и грантов.</p> <p>6.5 и 6.6 Создание 3 категорий специалистов среднего уровня и пересмотр учебного плана для каждой категории студентов, исследование существующих медицинских колледжей и медсестринских школ по разработанным критериям и разделение их на 2 категории: медсестринские училища общественного здравоохранения и медицинские колледжи. Помощь международных проектов и кредит.</p> <p>6.7 Сейчас обсуждается концепция. Пересмотр учебных планов и создание модели подхода в образовании, предоставление большего количества времени для</p>

Задачи /Области деятельности	Области / Объем и деятельность	Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы	Рекомендации
	<p>(особенно для ВОП).</p> <p>6.8 Постепенная трансформация проф. медицинских училищ в колледжи в результате реструктуризации старой системы к новой к 2005 г.</p> <p>6.9 Переход на двухуровневую систему образования терапевтов врачей общей практики, общая продолжительности образования которого будет 5-7 лет.</p> <p>6.10 Развитие структуры стажировки персонала и переподготовки (студентов, молодых специалистов), направляя их в ведущие мед. институты развитых стран.</p>	<p>магистратура не может охватить все потребности.</p> <p>6.8 Вопросы послелиповного образования и непрерывного медобразования в современных условиях еще не разработаны до необходимого уровня, особенно для ВОП.</p> <p>6.9 Нет реального социального партнерства.</p> <p>6.10 Большинство учебных заведений и клинических баз плохо оснащены, нет стандартов и критериев хороших клинических баз, часто медицинские учреждения не заинтересованы в образовании.</p> <p>6.11 Вопросы о совместительству многих функций Ученого совета Минздрава и Центра наук и технологий при Кабинете Министров, нет доказанной национальной программы и направления медицинской науки, нехватка денег.</p>	<p>самообразования и практики на последних курсах обучения в институте и особенно на последипломном уровне. Необходима помощь международных консультантов и проектов</p> <p>6.8 и 6.9 Необходимо специальное изучение рынка труда. Создать под эгидой РИАЦа и управления кадров Минздрава специальную комиссию по координации этой деятельности.</p> <p>6.10 Создание социального партнерства.</p> <p>6.11 Создать концепцию научных приоритетов в медицине на 5, 10 и 15 лет, делегировать все права, начиная с сестер высшей квалификации Научному Совету Минздрава.</p>

<i>Задачи /Области деятельности</i>	<i>Области / Объем и деятельность</i>	<i>Статус/Успехи/ Затруднения/Проблемы</i>	<i>Рекомендации</i>
<p>7. Создание законодательной базы и организационной поддержки реформ здравоохранения.</p>	<p>7.1. Подготовка законопроектов по медицинскому страхованию.</p> <p>7.2. Создание Республиканской комиссии по организации и контролю за выполнением государственной Программы Реформирования Системы Здравоохранения в Республике Узбекистан.</p>	<p>7.1 Вышел закон о частном медицинском страховании. Включение экстренной медицинской помощи в гарантированный пакет может сделать финансовую систему неустойчивой.</p> <p>7.2 Нет возможностей для оценки и внедрения реформы здравоохранения.</p>	<p>7.1 Обсуждается.</p> <p>7.2 Необходима деятельность по укреплению потенциала.</p> <p>Может понадобиться специальный орган для финансирования здравоохранения, так как область очень обширна и высоко технична.</p>

## **15.2 Лучшая практика, проблемные вопросы и препятствия существующего медицинского обслуживания**

Ниже приведены результаты анализа по отдельным секторам, выполненные соответствующими малыми рабочими группами:

### **(1) Системы управления и правовая основа здравоохранения**

- а) В соответствии с подходами к созданию системы децентрализации бюджетные и административные полномочия переданы областным властям. Министерство Здравоохранения имеет тесные отношения с региональными властями и прилагает усилия, направленные на улучшение охраны здоровья по всей стране.
- б) Вследствие децентрализации точка зрения общенациональной перспективы при перераспределении бюджетных средств или соответствующем назначении сотрудников потеряна.
- в) Постепенно осуществляется процесс перехода, однако, в некоторых частях по-прежнему остается старая система и ощущается влияние советского периода, и, следовательно, наблюдается определенная неэффективность.
- г) В соответствии с приватизированной политикой в медицине, были созданы частные клиники, больницы и аптеки. Однако, частные организации находятся вне государственного контроля. Не существует стандартов или руководств по медицинским услугам для частных учреждений.
- д) Среди заинтересованных организаций не существует должной координации в работе по созданию баз данных, что в некоторых случаях создает необходимость для координирования и консультаций с административными органами.
- е) Распределение медицинского персонала в соответствии только со специализацией медицинских учреждений становится тормозящим фактором в осуществлении эффективного и экономически выгодного обеспечения медицинских услуг.
- ж) Результат основного изучения группы изучения ИСА показывает, что 95% менеджеров медучреждений желают учиться и приобрести больше навыков управления.



## **(2) Финансирование здравоохранения**

- а) В Фергане осуществляется реализация пилотного проекта, в рамках которого бюджетные средства тратятся эффективно.
- б) Было создано 173 частных медицинских учреждения и с 1998 года выдано 1 781 лицензий на приватизацию.
- в) Модель платных медицинских услуг (смешанное финансирование) была введена в 425 общественных медицинских учреждениях, однако ощущается недостаток информации о масштабе и правилах частичного или полного взимания платы за услуги, предлагаемые этими учреждениями.
- г) Частные механизмы страхования уже созданы и функционируют, между тем внедрение обязательного страхования откладывается по причине задержки принятия соответствующих нормативно-правовых актов.
- д) В ведении Минздрава нет должного руководства и координации по реформированию системы финансирования здравоохранения.
- е) Стандарты международной классификации заболеваний и инвентаризации лекарственных препаратов для каждого медицинского учреждения еще не были подготовлены. Представляется важным принятие медицинского страхования.
- ж) В соответствии с проведенными наблюдениями, по причине сложной системы медицинских учреждений и направления пациентов, нерациональной планировки помещений и организации медицинских учреждений, нередко наблюдается неэффективное использование финансирования здравоохранения. Кроме того, в медицинских учреждениях недостаточный потенциал административного персонала.
- з) Основное изучение ЛСА выявило, что пациенты направляются в больницы экстренной помощи из районной больницы (в среднем 35 раз в год) или областной больницы (в среднем 27 раз в год), что подразумевает, что роль центра экстренной помощи четко не определена.

## **(3) Система переадресации пациентов**

- 1) Общая система переадресации пациентов
  - а) Министерством Здравоохранения предпринимаются шаги по упрощению системы медицинских учреждений и направлений пациентов, с целью перехода от сегментированной советской системы к простой системе, состоящей из трех уровней.

- б) В соответствии с численностью населения на местах, Министерством Здравоохранения и проектом «Здоровье-1» были созданы учреждения первичного звена, СВП (сельские врачебные пункты).
  - в) Число медицинских учреждений превышает необходимое, а в отдельных случаях их масштабы слишком велики. Медицинские учреждения не всегда отвечают нуждам пациентов должным образом.
  - г) В концепции первичного уровня, в некоторой степени, отсутствует согласованность. На практике деятельность учреждений районного уровня нередко представляется как деятельность первичного уровня.
  - д) Помимо системы направлений для медицинских учреждений общего характера, существует также другой механизм переадресации пациентов для специализированных медицинских услуг (по инфекционным заболеваниям, материнскому и педиатрическому уходу и т.д.).
  - е) В настоящее время потоки пациентов между различными уровнями медицинских учреждений функционируют приемлемо, однако лишь 10% пациентов обращаются в учреждения верхнего уровня.
- 2) Экстренная медицинская помощь
- а) Создана стройная система экстренной медицинской помощи с головным учреждением в г. Ташкенте, Республиканским научным исследовательским центром экстренной медицинской помощи.
  - б) Экстренная медицинская помощь может быть причиной ряда проблем, если она не достаточно интегрирована в систему здравоохранения. Недостаточно развита связь между различными центрами экстренной медицины, отделениями и другими соответствующими учреждениями, такими, как СЭС.
  - в) Население, а зачастую и медперсонал, не имеют адекватного представления о системе экстренной помощи.
  - г) Существуют некоторые стандарты оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе и на всех уровнях учреждений экстренной помощи, однако они в недостаточной степени адаптированы к существующим условиям.
  - е) Не разработан унифицированный методологический подход к созданию, адаптации и постоянному усовершенствованию лечебных стандартов, руководств и протоколов как в экстренной медицине, так и в других отраслях

- 3) Специализированная медицинская помощь
- а) В Узбекистане существует много категорий и целый ряд специализированных направлений медицинского ухода. По некоторым подсчетам, функционируют около 40 специализированных медицинских учреждений, включая несколько научных институтов. Перечень врачебных специальностей содержит до 76 наименований.
  - б) Деятельность специализированных медицинских учреждений включает в себя не только оказание высококвалифицированных услуг, но также организацию образовательных и тренинговых мероприятий для медицинских работников, осуществление необходимых и срочных исследовательских работ по всем специальностям. Однако, в некоторых случаях это недостаточно хорошо работает.
  - в) Существует слишком много специализированных медицинских учреждений, функции и взаимосвязи с другими учреждениями кotonых не совсем ясны.
  - г) Существуют проблемы по подготовке кадров специалистов, так как система интернатуры и клинической ординатуры ликвидирована, а магистратура еще полностью адекватно не функционирует.
  - д) Также наблюдается нехватка специалистов по некоторым направлениям и неукomплектованность кадрами, особенно на областном уровне.
- 4) Система переливания крови
- а) Запас крови и хранение запаса не может быть полностью осуществлено в нынешней системе. Имеется проблема со системой тестирования крови и ее качеством, и стоимость переливания крови становится неприемлемой.
  - б) Объем сдачи крови относительно недостаточен на каждой станции переливания крови. Кроме того, на существующем оборудовании для переливания крови в каждом отделении возможности тестирования и обеспечение безопасности собранной крови не всегда достаточны. Обеспечение безопасности крови совершенно необходимо с точки зрения профилактики инфекционных заболеваний.

**(4) Качество медицинских услуг**

Был предоставлен равноправный доступ к услугам здравоохранения и медицины.

- а) Уже разработаны стандарты по равной доступности медицинской и здравоохранительной помощи.
- б) Стандарт по лечению и медуслугам в на уровне СВП разработан, однако, стандарт для мед. учреждений районного и областного уровней до сих пор не разработан.
- в) Были направлены группы медицинских специалистов в сельские мед. учреждения для того, чтобы специалисты провели консультации и дали рекомендации.
- г) Международная классификация болезней еще не принята, не разработаны стандарты руководства по клинической практике и протоколы лечения.
- д) Представляется важным улучшение качества медицинского обслуживания. Качество медобслуживания определяется благоприятными и взаимными отношениями между медицинскими работниками и пациентами. Однако, недостаточно четко определено, что именно подразумевает термин «качество».
- е) Существует нехватка соответствующего оборудования, лекарственных препаратов и прочих ресурсов.
- ж) Подготовка медицинского персонала с целью улучшения их навыков и повышения уровня знаний не проводится должным образом.
- з) Согласно основному изучению ЛСА, медицинские работники осведомлены о непрерывном обучении и подготовке (в среднем 93,8%) хотели бы улучшить качество обслуживания.

**(5) Медицинские учреждения и оборудование**

- а) Унаследованная с советских времен планировка зданий областных и районных больниц выполнена в т.н. «комплексном стиле», а масштабы помещений и число использующихся зданий не соответствуют реальным нуждам.
- б) Существующее оборудование было закуплено во времена Советского Союза и используется уже около 10-15 лет. Количество оборудования и его состояние не всегда позволяет оказать медицинскую помощь на должном уровне.

- в) Тибтехника обеспечивает эксплуатацию и ремонт оборудования государственных медицинских учреждений. Тибтехника обладает хорошим потенциалом для обслуживания старого советского оборудования, но не имеет подходящих навыков и технологий для передового западного оборудования.
- г) Была создана система экстренной медицинской помощи. Она вносит свой вклад в улучшение медицинских услуг, однако количество транспортных средств и их оборудование не отвечают реальным нуждам.
- д) Эксплуатация оборудования в медицинских учреждениях осуществляется неудовлетворительно: нет специалистов, не ведется соответствующий учет складирования расходных материалов и запасных частей.
- е) Минздравом были подготовлены стандарты оборудования для учреждений всех уровней. Однако, тип оборудования и его количество не отвечают нуждам этих учреждений, неадекватны количеству пациентов, компонентам оказываемых услуг и так далее.
- ж) Санитарное состояние медицинских помещений, в частности, санузлов, не очень хорошо обслуживается.
- з) Основное изучение ИСА свидетельствует, что медицинские работники жалуются на старое или нехватку оборудования (в среднем 40,3%), спрашивая новое и лучшее оборудование.

**(6) Развитие кадрового потенциала**

- а) Прием в ВУЗы и СУЗы идет без учета и оценки потребностей рынка труда, не определено на доказательной основе оптимальное соотношение врачей и медсестер для разных специальностей и учреждений, а также в целом в системе здравоохранения, включая санитарно-эпидемиологический надзор и общественное здравоохранение.
- б) Полная переориентация на выпускников из мед. ВУЗов к врачам общей практики приводит к их переизбытку при том, что в подавляющем большинстве они не проходят последипломную специализацию по специальности "семейный врач".
- в) Это же приводит к дефициту других специалистов, поэтому сегодня остро стоит вопрос о трудоустройстве выпускников.
- г) К настоящему времени еще не создан институт баклавриата в сфере

здравоохранения, в результате чего нет официально утвержденной тарификации специалистов-бакалавров, дипломов для них, системы рабочих мест врачей-бакалавров и т.д.

- д) Семилетняя подготовка врача на додипломном уровне представляется излишней, для получения степени бакалавра достаточно 4-5 лет. Необходимо разработать или пересмотреть концепцию бакалавриата в системе здравоохранения, так как не существует возможности их трудоустройства в нынешней системе здравоохранения.
- е) Продолжительность подготовки медсестер недостаточная, так как во первой половине обучения они фактически заканчивают среднее образование и только оставшиеся 1,5 года обучаются непосредственно специальности.
- ж) Недостаточно времени выделяется на самостоятельную работу студентов с пациентами и практическую подготовку на додипломном и последипломном уровнях.
- з) Недостаточно внимания уделяется формированию профессионального поведения, основанном на гуманном отношении к пациенту.
- и) До конца неясна концепция медсестер с высшим образованием и их место в структуре здравоохранения.
- й) Серьезной проблемой является отсутствие в перечне специальностей, утвержденных Министерством Труда, специальностей "семейный врач", "семейная медсестра", "ведущая медсестра" ("медсестра с высшим образованием"), а также утвержденной тарификации для этих специалистов.
- к) Проблемой является низкое качество подготовки специалистов в региональных ВУЗах и СУЗах.
- л) Отсутствует высший уровень образования (магистратура) для медсестер.
- м) Структурное отсутствие для обеспечения научно-исследовательской работы в области первичной медико-санитарной помощи, медобразования и медсестринского дела.
- н) Нет подробно разработанной концепции об образовании финансовых менеджеров.
- о) Стоимость образования в ВУЗе и последипломного образования очень высока, и плата за обучение одинакова, несмотря на различные критерии, например, качество образования, количество работающих выпускников и проч.
- п) Существуют также некоторые противоречия между различными законами по

образованию и вытекающими из них положениями. Некоторые положения были изменены в ходе продолжающейся реформы.

- Слабая материально-техническая база учебных заведений и клинических баз.
- Проблемы с информационно-методическим обеспечением учебного процесса.
- Отсутствие реального социального партнерства в сфере медицинского образования.
- Низкая мотивация студентов, преподавателей и работников здравоохранения.
- Недостаточное качество образования, в том числе система оценки знаний и навыков.
- Недостаточная согласованности в системе непрерывного профессионального образование и система аккредитации и лицензирования специалистов.
- Фактическое отсутствие системы оценки и самооценки ВУЗов.

**(7) Снабжение лекарственными препаратами**

- а) Законы не пересматривались с того времени, как они были приняты.
- б) Не работает система контроля за выполнением законов.
- в) Государственная лекарственная политика до сих пор не утверждена Кабинетом Министров.
- г) Список жизненно важных лекарств для уровня СВП еще не подготовлен.
- д) Стандартное руководство по лечению для СВП существует, тем не менее, оно нуждается в доработке.
- е) Не вступил в силу закон о генерических названиях.
- ж) Лекарственный справочник готов, фармакопея в стадии подготовки.
- з) Существует система регистрации лекарств и в настоящее время зарегистрировано 3 500 наименований фармацевтических препаратов.
- и) Программа переподготовки фармацевта систематически не проводится.
- й) Наблюдается недостаток взаимодействия и обмена информацией по инвентаризации лекарств между учреждениями здравоохранения и Дори Дармон.
- к) Доля местных лекарственных производителей достигает всего лишь 25% рынка необходимых лекарственных средств.

- л) Имеется дефицит лекарств в медицинских учреждениях первичного и вторичного уровня.
- м) Доступность лекарств низкая в сельских районах.
- н) В медицинских учреждениях превалирует несистематический инвентарный менеджмент.
- п) Наблюдается нерациональное использование лекарств.

**(8) Информационные системы здравоохранения**

- а) В рамках сети, основанной в советский период, была создана развитая система регистрации и осуществления статистических исследований.
- б) На республиканском уровне и в некоторых областях для обработки данных по здравоохранению применяются компьютеры. Однако, в большинстве учреждений районного уровня и СВП подобные компьютеризированные системы отсутствуют.
- в) Усилиями международных организаций, доноров и РИАЦ в настоящее время разрабатывается ряд баз данных по здравоохранению. Тем не менее, эти базы данных не унифицированы, а между разрабатывающими их организациями не существует четкой координации.
- г) Информационная система здравоохранения основана на ручном сборе данных и их дальнейшем объединении, за исключением особо опасных инфекций (эта информация передается ежедневно по телефону). Оставшаяся информация отражается преимущественно в квартальных и годовых отчетах.
- д) Несколько потоков поступления информации и данных (сложная система сбора данных и предоставления отчетов).
- е) Существует хорошо организованная система ЗАГСов (**запись актов гражданского состояния**), но связь системы здравоохранения с ней очень слабая, в частности в условиях соответствия данных по домохозяйствам.
- ж) Хотя на вышестоящие уровни передаются достаточно подробные данные, обратная связь осуществляется преимущественно устно на рабочих совещаниях.
- з) Нет показателей выполнения для мониторинга системы здравоохранения.
- и) Существует ряд проблем, связанных с качеством данных, особенно данных о посещениях больными поликлиник и посещениях больных врачами на дому в учреждениях первичного уровня. Хотя существует система проверки данных, ее работа затруднена финансовыми и другими проблемами.



- й) Наблюдается недостаточное обучение и руководство по улучшению управления системы предоставления отчетов, статистической и информационной системы.
- (9) Первичное здравоохранение и просветительская работа о здоровом образе жизни**
- а) В регионах, где реализуется проект Всемирного банка, возросло число обращений в СВП и посещений пациентов на дому.
- б) В результате внедрения системы медобслуживания ВОП и универсальными медсестрами система медицинского образования становится более гибкой, чтобы медперсонал смог оказывать стабильные медобслуживание.
- в) Продолжительность обучения ВОП и универсальных медицинских медсестер не позволяет подготовить их полноценно и недостаточно образовательной сети для дальнейшего обучения.
- г) Среди преподавателей и студентов в медицинских институтах и на местах не существует четкого понимания важности ВОП и первичной медико-санитарной помощи. В целом в обществе нет ясного представления о преимуществах новой системы.
- д) Низкое осознание укрепления универсальных медсестер и изменения социального статуса медсестер.
- е) Незначительное количество лекторов ориентируется на новые учебно-методические планы.
- ж) Мероприятия по развитию первичного здравоохранения на местах не получают существенной финансовой поддержки и не соответствуют международным стандартам.
- з) В процессе осуществления перехода к новой системе направлений возникает неразбериха в сфере оказания медицинской помощи, в частности, в учреждениях экстренной помощи и СВП.
- и) Ограничен бюджет на покупку оборудования, основных лекарств и налаживания логистики для медучреждений первичного уровня.
- й) Ни Институт здоровья, ни его филиалы не имеют адекватного оборудования, достаточного финансирования и не используют современные подходы. Объем их работы неоправданно высок, и часто их функции и обязанности дублируются управлениями Минздрава. Недостаточно внимания уделяется их основной цели, которая заключается в просветительской работе о

здоровомо образе жизни.

- к) Несмотря на то, что обеспечение здоровья определено как одно из стратегических и высоко приоритетных направлений деятельности Минздрава, до сих пор непонятно, какие именно учреждения непосредственно отвечают за осуществление актуальных задач. Первичная профилактическая помощь осуществляется ВОП, врачами Института здоровья, персоналом СЭС, и в некоторых случаях, даже врачами-специалистами. В настоящее время нет эффективных механизмов финансирования, в частности в них.

**(10) Охрана здоровья матери и ребенка**

- а) Материнская и детская смертность за последнее десятилетие снизились в ходе социального развития, однако использование советского определения живорожденности привело к некоторому пробелу между официальным показателем детской смертности и определенным на основе изучения.
- б) В свете Указа Президента программам по охране здоровья матери и ребенка оказывается поддержка по всей стране.
- в) Посещения пациентов на дому повышают эффективность перинатального и антенатального ухода.
- г) Был получен сертификат о ликвидации полиомиелита, показатели всеобщей иммунизации составили 97%.
- д) Нет четкого разделения между центром экстренной помощи и педиатрической больницей или учреждением родовспоможения.
- е) Ограниченное медицинское оборудование для адекватной диагностики, жизненно важные препараты для учреждений первичного здравоохранения за пределами области деятельности проекта «Здоровье-1» Всемирного банка.
- ж) Система переливания крови не отвечает потребностям в случае острой кровопотери и низкому риску при переливании.
- з) Хотя уровень иммунизации высокий, имеются сложности с самостоятельным производством вакцин и будущей стабильностью программы.
- и) Домашнее насилие или жестокое обращение с детьми не воспринимаются как серьезные проблемы.
- й) Традиционное отношение и поведение родителей и семей подавляет пропаганду здоровья, особенно в области охраны здоровья матерей и детей.
- к) Ограниченное участие сообществ и приверженность старой системе у старых

медицинских работников.

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

- а) Существует достаточно мощная и проверенная годами система государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН).
- б) Однако, система финансирования и материально-техническая база службы недостаточны. Особенно остро стоит вопрос по оснащению лабораторного оборудования, которому уже эксплуатируется 15-20 лет, и реактивов.
- в) На сегодняшний день уже ощущается недостаток кадров санитарных врачей и врачей-эпидемиологов, особенно в районном звене. В ближайшие годы эта проблема может обостриться, так как на единственном санитарно-гигиеническом факультете во ТашМИ-2 приём снизился, в том числе из-за недостаточного количества государственных грантов на обучение.
- г) Существует некоторые сложные системы направления пациентов в специализированные санитарно-гигиенические медучреждения для проверки жилищно-бытовых условий проживания, рабочих условий и профилактики заболеваний (например, Научный институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний, Республиканский центр санитарно-эпидемиологического надзора (СЭС)).
- д) В таких институтах, которые перечислены выше, исследователи выполняют свою деятельность параллельно и индивидуально. Соответственно, сотрудничество и совместная работа между организациями, принадлежащими к разным системам направления пациентов, не всегда осуществляются согласованно.

**15.3 Проспективная оценка населения**

Проведена предварительная оценка всего населения Республики Узбекистан в целевом 2010 году, исходя из предыдущего ежегодного уровня прироста населения в 2,0% в периоде с 1990 г. по 1997 г. Однако в результате получения независимости страны и изменения образа жизни уровень ежегодный прирост населения снизился. Примерный прирост населения в 1998 г. был достаточно низок и составлял 1,4% (статистика Европейского регионального бюро ВОЗ, 1999 г.). Так как население Узбекистана постоянно растет и прирост населения сейчас остается относительно

низким, то мы применяем цифру 1,4% для прогноза количества населения. В результате мы пришли, что население Узбекистана в 2010 г. составит 28 120 000 человек.

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

**Таблица 15.3 Прогноз роста населения, проведенный UNFPA**

	Низкий вариант				Средний вариант				Высокий вариант			
	Всего	Муж.	Жен.	Ур-нь при-роста (%)	Всего	Муж.	Жен.	Ур-нь при-роста (%)	Всего	Муж.	Жен.	Ур-нь при-роста (%)
2000 г.	24 913	12 373	12 539	} 1,31	24 913	12 373	12 539	} 1,51	24 913	12 373	12 539	} 1,72
2005 г.	26 593	13 222	13 371		26 868	13 362	13 506		27 143	13 503	13 640	
2010 г.	28 031	13 948	14 083	} 1,05	28 837	14 359	14 478	} 1,42	29 644	14 771	14 873	} 1,76

Источник: Перспективы Народонаселения мира, Изменения от 2002, UNFPA

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

#### 15.4 Макро-экономический прогноз

В планируемый период с 2004 г. по 2010 г. прогнозируется умеренный экономический рост. В последние годы прирост ВВП Узбекистана колебался на цифре 4,0%, по сравнению с официально заявленным уровнем в 5,0%. Более оптимистичные ожидания роста в планируемый период варьируют от 4,5% до 7,0%. Этот прогноз умеренного экономического роста основан на потоке постоянных иностранных инвестиций, которые зависят как от экономических условий, так и политической обстановки.

Правительство возлагает надежды на успехи сельскохозяйственной сферы и экспорт природных ресурсов для продвижения экономики вперед. Эти основы роста были традиционно уязвимыми к внешним потрясениям. Однако в то время как внешние условия могут повлиять на результаты роста, интеграция страны с мировой

экономикой связана со сформулированной макроэкономической политикой и темпами реализации рыночных реформ. Позиция страны в отношении внешнего долга, курс обмена валюты и торговая политика очень важны для достижения экономической стабильности и устойчивого роста.

Далее, так как экономика переходит от советской системы к рыночной, предпринимаются шаги для ускорения процесса, что очень важно для прогноза планируемого периода. Инфляция является серьезной угрозой. «Экономический обзор 2003», подготовленный АБР, указывает, что официальный индекс потребительских цен (ИПЦ) достигал среднего ежегодного уровня в размере 27,6% за предыдущие два года, по сравнению с 18% по официальным данным. Повышение цен на ГСМ, недавнее повышение заработной платы в государственном секторе, включая пенсии, вполне вероятно окажут дальнейшее давление на цены. Контроль торговли, ограничения по обмену валюты ускоряют инфляцию. Таким образом, управление инфляцией представляет собой серьезный вызов в планируемый период.

Сектор здравоохранения является наиболее важной и видимой частью огромной и щедрой системы льгот. Будет ли продолжаться адекватная поддержка этой системы – зависит от рациональности и эффективности работы налоговой системы страны. Увеличение случаев нарушения налогообложения вызвало снижение доходов страны и это потребует тщательного обзора, если придется осуществлять материальную часть Генерального плана. Предполагается, что данный Генеральный план будет увеличивать существующие ресурсы и возможности с целью модернизации системы и генерирования необходимых инвестиций в этот сектор. Глобальный отчет ВОЗ подтвердил, что инвестиции в сектор здравоохранения позитивно отражаются в росте экономики через уменьшение бремени болезней, повышение производительности труда и увеличение сбережений домохозяйств, вследствие меньших расходов на услуги здравоохранения. Бедности подвержено более четверти населения Узбекистана, третья часть которых подпадает под категорию очень бедных (Всемирный банк, 2003 г.<sup>1</sup>). Повышение стоимости услуг здравоохранения влияет на уменьшение сбережений населения и обеднение домохозяйств.

Ожидается, что предлагаемый Генеральный план в области здравоохранения внесет вклад в улучшение общей макроэкономической ситуации путем правильного определения стимулов через соответствующие системы и структуры, которые обеспечат равную для всех и эффективную систему оказания услуг, и создания

---

<sup>1</sup> ВБ, Узбекистан: Оценка уровня жизни: Политика, направленная на улучшение уровня жизни. Май, 2003 г.

системы управления, которая способна проследивать результаты деятельности и обеспечить надлежащую отчетность.

Ожидаемые макроэкономические цифры примерно определены, исходя из вышеуказанного уровня инфляции и роста экономики. ВВП на душу населения, исходя из цен 2002 г., составляет 294 458 сум (347 дол.; где 1 дол. = 980 сум). Прогноз доходов на душу населения в 2005 г., равны, приблизительно, 421 500 сум (\$ 430) и, примерно, 1 411 000 сум (\$ 1 440) в 2010 г. Затраты на здравоохранение в структуре ВВП в 2010 г. ожидаются, примерно, от 2,0 до 2,5%, т.е. от 790,2 до 987,7 млрд. сум. Затраты здравоохранения на душу населения указывают на сумму от 28 200 до 35 200 сум (от 28,8 до 35,9 дол.). Расходы на здравоохранение обычно оцениваются на основании ВВП, который показывает реальное экономическое положение. Однако в Узбекистане существуют несколько официальных данных по ВВП и разница между ними не так велика. Поэтому, ожидаемые макроэкономические цифры применимы к ВВП. Соответственно, общие расходы на здравоохранение в 2010 г. могут дойти до 987,7 млрд. сум по данному Генеральному плану.

### **15.5 Цели по улучшению здравоохранения на целевые годы**

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

Раньше целевые показатели здравоохранения определялись властью СССР в Москве. К сожалению, после получения независимости эти функции и инструкции более не используются. Министерство Здравоохранения Узбекистана само организовало комиссию по подготовке показателей здравоохранения. С другой стороны, Узбекистан применял стандарты показателей здравоохранения бывшего Союза. Вот почему эти цифры отличаются от международного стандарта.

Министерство Здравоохранения Узбекистана решило ввести международные стандарты (ICD 10) с 2006 г. в Ферганской области, а затем они будут распространены по всей стране с 2008 г. Таким образом, Генеральный план формулируется на основе международных стандартов показателей здравоохранения. Количественные цели

Генерального плана устанавливаются посредством анализа последних тенденций показателей здравоохранения и прогноза UNFPA, документа ООН «Цели Тысячелетия» и других данных по мере необходимости.

Количественные цели целевых лет указаны ниже.

**Таблица 15.4 Количественные цели по целевым годам**

	2001 г.	2005 г.	2010 г.
Население (ед.: 1 000 чел.)	25 000	26 600	28 000
Рождаемость (на 1 000 населения)	20,5	19,6	16,9
Общая смертность (на 1 000 Population)	5,3	5,2	5,1
Фертильность (к-во детей на 1 женщину)	2,40	2,19	1,76
Младенческая смертность (на 1 000 родов)	51,0	46,1	40,1
Материнская смертность (на 100 000 родов)	34,1	31,7	28,6
Смертность детей до 5 лет (на 1 000 родов)	67,0	60,6	52,7
Продолжительность жизни	69,3*	69,7	70,9

Источники: Статистические данные РИАЦ, 2003

Отчет о развитии человечества 2001, ПРООН

Положение детей в мире 2001, ЮНИСЕФ

Перспективы Народонаселения, Пересмотренный вариант 2002, ЮНФПА

Примечание:\*) Изд. 2000

## **15.6 Основные принципы разработки стратегии для достижения целей**

### **15.6.1 Основные принципы формулирования Генерального плана (ГП)**

- 1) Необходимо сформулировать ГП для улучшения здравоохранения и медицинских услуг в стране, и должна быть разработана схема для эффективного осуществления медицинской помощи. Его целью является создание прочной основы для последующей национальной программы здравоохранения.
- 2) Эффективная и равная доступ к медицинским услугам должна осуществляться на основе Конституции страны, Национальной программы реформирования здравоохранения и политики децентрализации и приватизации.
- 3) Эффективное и рациональное распределение и использование ограниченных средств на здравоохранения, бюджета, людских ресурсов, учреждений и оборудования являются чрезвычайно важными вопросами при формулировании программ улучшения системы здравоохранения.

- 4) Территория Узбекистана огромна. Поэтому ее климат, окружающая среда, структура населения, национальности людей и болезни различаются по областям. Эффективные и устойчивые программы улучшения здравоохранения должны быть сформулированы с учетом специфики каждой области и региона.
- 5) Для успешной реализации и стабильного осуществления программ улучшения будет разработана система координации и сотрудничества между Министерством Здравоохранения, Кабинетом Министров, международными организациями и НПО.
- 6) Существует много случаев формулирования планов только с точки зрения предлагающих медпомощи. В результате, программы реформ здравоохранения, как улучшение деятельности медицинских учреждений и медицинских услуг, будут благоприятны только для поставщиков медицинских услуг, а не будут восприниматься как улучшение медицинских услуг. Для того, чтобы значительно улучшить медицинские услуги, План должен формулироваться, исходя из нужд потребителей услуг.

#### **15.6.2 Цели и стратегия Генерального плана**

Цели и стратегия этого Генерального плана сформулированы в соответствии с основными принципами Конституции страны: «обеспечение здоровья всего населения», и базовой концепцией Национального плана Реформирования сектора здравоохранения. Более того, эти цели и стратегия основаны на лучшей практике, с учетом существующих проблем и ограничений в предоставлении медицинских услуг, принятия контрмер и определения приоритетных вопросов для внесения улучшений, которые были получены после анализа данных проведенного изучения местях.

##### **(1) Общие цели**

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



(2) Задачи

Таблица 15.5 Задачи, стратегия и деятельность для Генерального плана

<b>Задача А</b> "Улучшение качества медицинских услуг и обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всего населения".	
<b>Стратегия А1</b> "Совершенствование и создание квалифицированных услуг на уровне системы первичного здравоохранения и учреждений матери и ребенка".	<b>Деятельность</b>
	A1.1 Создание и улучшение функций СВП, СВА и ГВП, которые являются первыми медицинскими учреждениями, куда обращаются больные.
	A1.2 Создание равных медицинских услуг на уровне города/поселка, государственных/частных медицинских учреждений посредством усиления потенциала государства по их контролю и управлению.
	A1.3 Улучшение технологий, навыков и потенциала медицинских учреждений (врачей, медсестер, парамедиков и т.д.).
	A1.4 Усиление просветительской работы по здоровому образу жизни, образованию и информированию населения, включая санитарно-эпидемиологический контроль на местах.
	A1.5 Касательно услуг для матери и ребенка, улучшить возможности ЦРБ, которые являются первым пунктом госпитализации больных в сельской местности.
	A1.6 Усиление системы семейных врачей, медсестер и акушерок.
<b>Стратегия А2</b> "Улучшение качества клинических услуг, услуг общественного здравоохранения и административных возможностей медицинских учреждений".	<b>Деятельность</b>
	A2.1 Улучшение медицинских учреждений и оборудования для предоставления медицинских услуг высокого качества.
	A2.2 Усиление управленческого потенциала для успешной работы по администрированию, финансированию и ведению медицинских записей.
	A2.3 Разработка Руководств по лечению и профилактической медицине.
	A2.4 Разработка стандартов по основным лекарственным средствам и оборудованию для обеспечения эффективных мед. услуг и улучшению системы управления, распределения и хранения лекарственных средств.
	A2.5 Разработка стандартов по распределению трудовых ресурсов на каждом уровне медицинских учреждений.
	A2.6 Обучение и поощрение врачей, медсестер, лаборантов, фармацевтов, парамедиков, руководителей учреждений, финансовых специалистов, обслуживающий персонал и других категорий работников по мере необходимости.
	A2.7 Повышение потенциала лабораторных и диагностических анализов.
	A2.8 Создание адекватной безопасной системы переливания крови.
<b>Стратегия А3</b> "Улучшение медицинских технологий и научно-исследовательской работы"	<b>Деятельность</b>
	A3.1 Улучшение деятельности республиканских специализированных медицинских учреждений в аспекте исследовательской работы и функции подготовки врачей-специалистов.
	A3.2 Повышение потенциала Республиканского информационно-аналитического центра, СЭС и Института здоровья в области проведения анализа медицинской статистики, научных исследованиях и разработке методологии.
	A3.3 Улучшение потенциала знания персонала о медицинской технологии, проведении исследований, оборудовании и функционировании лабораторий.
	A3.4 Создание руководств по медицинским технологиям и научно-исследовательской работы. Организация научно-медицинского комитета в Минздраве.

	A3.5	Укрепление сотрудничества между университетами, институтами, государственными и частными предприятиями, НПО и международными организациями для улучшения медицинских технологий и исследовательской работы.
<b>Задача В</b>	<b>"Создание эффективной системы предоставления медицинских услуг для обеспечения здоровья населения".</b>	
<b>Стратегия В1</b> "Определение переадресации пациентов в головное медучреждения и улучшение этой системы".	V1.1	Упрощение и организация системы переадресации пациентов (стадии переадресации и количество медучреждений) для эффективных медицинских услуг.
	V1.2	Оптимизация медучреждений таких, как специализированные медучреждения, поликлиники и больницы, включая отдельную систему общей/специализированной неотложной помощи.
	V1.3	Укрепление СВП, как медучреждения первичного обращения больных, и создание системы переадресации пациентов в медицинские учреждения более высокого уровня. Улучшение системы транспортировки больных.
	V1.4	Улучшение функций ЦРБ для улучшения оказания медицинских услуг на районном уровне.
	V1.5	Улучшение и усиление ОЦБ для создания лучшей системы медицинских услуг на областном уровне.
	V1.6	Улучшение таких функций как медицинские услуги, исследовательской работы и подготовки врачей-специалистов в республиканских специализированных медицинских учреждениях.
	V1.7	Оптимизация системы неотложной помощи (медучреждения) и скорой помощи (центр скорой помощи) для предоставления более эффективных услуг.
<b>Стратегия В2</b> "Улучшение и рационализация медицинских услуг на районном и областном уровнях".	<b>Деятельность</b>	
	V2.1	Интеграция и консолидация медицинских учреждений одинаковой специализации, а также поликлиник и больниц.
	V2.2	Переход специализированной медицины от лечения на основе категории болезней к лечению на основе определенных органов.
	V2.3	Создание интегрированной ЦРБ и ОЦБ, состоящих из отделений специализированной помощи, общего амбулаторного медицинского отделения, больничных отделений, отделения неотложной помощи и вспомогательного технического отделения.
V2.4	Развитие интегрированной системы лабораторий на областном уровне (создание центральной лаборатории), где функция диагностических анализов должна быть централизована и включена в будущие консолидированные ЦРБ и ОЦБ.	
<b>Стратегия В3</b> "Усовершенствование медицинских учреждений, оборудования, поставки лекарств и внутрибольничной деятельности".	<b>Деятельность</b>	
	V3.1	Улучшение больничных функций и эффективное расположение оборудования и комнат с точки зрения пациентов и больничного персонала.
	V3.2	Улучшение санитарных условий больниц и обеспечение стандартного оборудования для предоставления более эффективных и квалифицированных медицинских услуг.
	V3.3	Укрепление системы эксплуатации и обслуживания медицинских учреждений и оборудования. Подготовка руководств и пособий.
V3.4	Улучшение системы управления лекарственными средствами (спрос и предложение, инвентаризация). Создание списка жизненно важных лекарственных средств (ЖВЛ), руководства и стандартов по управлению лекарственными средствами.	

	<p>V3.5 Обучение и воспитание врачей, медсестер, парамедиков, фармацевтов, технического персонала для укрепления внутрибольничных функций.</p> <p>V3.6 Улучшение материально-технической базы лекарственных средств и системы обслуживания оборудования на республиканском и областном уровнях.</p>
<p><b>Стратегия В4</b> "Создание информационной системы управления здравоохранением".</p>	<p><b>Деятельность</b></p> <p>V4.1 Упрощение информационного потока по здравоохранению, медицинской, санитарно-эпидемиологической и демографической информации и данных.</p> <p>V4.2 Улучшение потенциала лабораторий по проведению лабораторных анализов и диагностических исследований для контроля качества источников данных.</p> <p>V4.3 Разработка базы данных и программ для интегрированной информационной системы здравоохранения. Обеспечение оборудования для компьютерной обработки данных на районном уровне.</p> <p>V4.4 Обучение и подготовка квалифицированного персонала для информационной системы здравоохранения, и создание системы обучения этого персонала в сельской местности.</p>
<p><b>Задача С</b> "Усовершенствование эффективности использования финансовых средств здравоохранения и введение нового механизма финансирования".</p>	
<p><b>Стратегия С1</b> "Улучшение эффективного использования бюджета здравоохранения".</p>	<p>C1.1 Минимизация затрат на медицинские услуги посредством рационализации и централизации медицинских учреждений, системы пенадресации пациентов и проведения лабораторного анализа.</p> <p>C1.2 Усиление системы менеджмента, связанной с ведением историй болезней и записями по выписке лекарств для того, чтобы избегать ненужных затрат и лечения.</p> <p>C1.3 Надлежащее использование средств здравоохранения на стандартизацию медицинского оборудования и основных лекарственных средств, и улучшение управленческого потенциала по ведению инвентаризации, книг по учету и обслуживанию оборудования и учреждения</p> <p>C1.4 Развитие эффективной системы распределения бюджета, основанной на информационной системе здравоохранения.</p> <p>C1.5 Минимизация себестоимости в медицинских учреждениях посредством предоставления более адекватных и квалифицированных медицинских услуг пациентам для того, чтобы сократить сроки лечения и госпитализации больных.</p>
<p><b>Стратегия С2</b> "Укрепление потенциала финансового менеджмента на уровне ведомств и медицинских учреждений".</p>	<p><b>Деятельность</b></p> <p>C2.1 Укрепление потенциала финансового менеджмента и мониторинга в государственных учреждениях.</p> <p>C2.2 Создание эффективной системы расходования средств в каждом медицинском учреждении, нацеленной на усиление финансовых и управленческих возможностей.</p> <p>C2.3 Создание системы мониторинга и отчетности по финансовому состоянию и медицинскому отчету в соответствующих организациях (центральная власть, власть в сельской местности и администрация медучреждений).</p> <p>C2.4 Обучение и подготовка специалистов по финансам и менеджменту в соответствующих организациях (центральная власти, власть в сельской местности, администрация медучреждений и страховых организаций).</p>
<p><b>Стратегия С3</b> "Улучшение профилактической работы и создание стимулов для лечения болезней на ранней стадии с целью минимизации затрат на лечение".</p>	<p><b>Деятельность</b></p> <p>C3.1 Усиление просветительской работы по здоровому образу жизни и повышению информированности населения с целью минимизации затрат на лечение.</p> <p>C3.2 Улучшение санитарно-эпид. условий в махаллях с целью снижения инфекционных заболеваний.</p>

	C3.3	Продвижение вакцинации, Расширенной программы вакцинации и программы DOTS в качестве профилактической медицины.
	C3.4	Улучшение качества работы ВОП и системы неотложной помощи. Предоставление медицинской информации населению посредством усиления функций СВП и ЦРБ.
<b>Стратегия С4</b> "Введение новой системы финансирования здравоохранения (медстрахование, охватывающее все население страны) и создание для этого соответствующей законодательной базы".	<b>Деятельность</b>	
	C4.1	Создание соответствующей законодательной базы и стандартов для введения всеобщего охвата населения медицинским страхованием.
	C4.2	Создание организации и системы для сбора взносов, заявок на страхование и выплату страховых средств.
	C4.3	Обучение и подготовка специалистов по страхованию в соответствующих организациях (на уровне структур власти, медицинских учреждений, страховых компаний и махаллей).
	C4.4	Создание системы мониторинга финансовой, медицинской отчетности в соответствующих организациях для введения страхования.
	C4.5	Улучшение качества услуг и равного доступа в медицинские учреждения с учетом введения медицинского страхования, охватывающего все население страны.
	C4.6	Разработка стандартных тарифов на платные медицинские услуги и пакеты услуг.
	C4.7	Информирование населения о всеобщем охвате системой медицинского страхования.

## 15.7 Основной подход к планированию процесса формулирования Генерального плана

### 15.7.1 Разработка поэтапного подхода

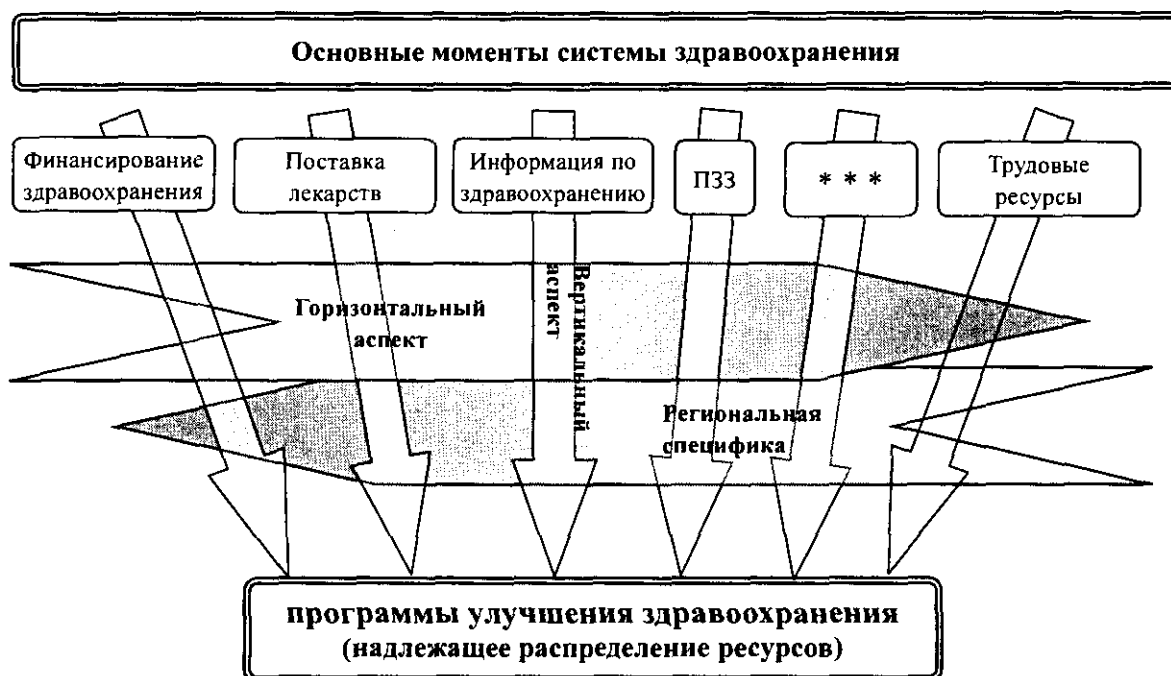
Предлагаемая национальная система здравоохранения и программы реформ будут осуществляться по ступеням. В краткосрочном аспекте, основное внимание будет уделено укреплению и усовершенствованию существующей программы реформ, созданию новых моделей программы реформирования и ноу-хау на будущее, которыми занимаются в данное время Министерство Здравоохранения, международные организации и доноры. В аспекте средне- и долгосрочной работы, рассматривается проведение новых институциональных реформ, реформ системы, организации и инфраструктуры.

### 15.7.2 Эффективное распределение ресурсов в Генеральном плане

Сектор здравоохранения состоит из небольших подсекторов, таких как финансирование здравоохранения, материально-технической базы поставки лекарственных средств и оборудования, первичного звена здравоохранения, развития человеческих ресурсов и т.п. Поэтому, для формулирования Генерального плана,

программы будут рассматриваться как со стороны каждого сектора (секторальный, вертикальный подход), так и со комплексной, всеобъемлющей стороны (горизонтальный подход). Более того, ситуация в каждой области отличается своей характеристикой и профилем заболеваний, поэтому программы улучшения здоровья должны быть составлены с учетом областной специфики (региональный подход). Для формулирования программ по улучшению здравоохранения также необходимо провести поэтапную оценку текущих программ реформирования здравоохранительной системы с целью определения направления программ.

При планировании Генерального плана важно, чтобы эффективно использовать имеющиеся ограниченные ресурсы. Эти ресурсы состоят из 3 компонентов, таких, как трудовые ресурсы, финансирование здравоохранения и материальная часть (медицинские учреждения, оборудование, лекарства и т.п.). Поэтому, в этом Генеральном плане планируется эффективное и рациональное распределение ресурсов в соответствие с нуждами потребителей, а затем, соответственно, будут сформулированы программы улучшения здравоохранения. Распределение ресурсов также рассматривалось в различных аспектах: вертикальном, горизонтальном (комплексный и секторный аспекты) и с учетом специфики регионов. Поток деятельности для формулирования эффективных программ распределения ресурсов указан ниже.



**Схема 15.2 Поток деятельности для формулирования эффективных программ распределения ресурсов**

## **15.8 Программа улучшения на основе Генерального плана**

### **15.8.1 Секторальная программа улучшения**

В данном Генеральном плане система здравоохранения будет представлена как основной базис для Национального плана здравоохранения. Подход разработки Генерального плана таков: во-первых, с помощью секторального и регионального подходов, затем с помощью всеобъемлющего подхода будут разработаны интегрированные программы. Эта процедура имела место во время проведения заседаний Рабочих групп. Программы с использованием секторального аспекта следующие (детали подробно описаны во вспомогательном отчете). Секторальная программы улучшению были получены в результате анализа ситуации (см. «Глава 15.1 с (1) по (11)») и рассмотрены сессиями каждой рабочей группы в соответствии со стратегиями развития (см. «Глава 15.5.2»).

#### **(1) Финансирование здравоохранения**

Для обеспечения здоровья нынешнему и будущему поколению Узбекистана должна быть разработана система финансирования, которая могла бы справиться с возрастающими требованиями в области здравоохранения, и управлять процессом реформ так, чтобы получить эффективные, действенные и справедливые результаты. В этом разделе описана основная стратегия Генерального плана для финансирования здравоохранения.

##### **1) Улучшение финансовой базы системы.**

В 2001 г., 9,6% от правительственного бюджета было отведено для сектора здравоохранения. После этого, было небольшое снижение доли сектора здравоохранения до 9,2%. Это не предвещало ничего хорошего, так как первая фаза реформ, определенных в Указе 1998 г., не выполнена полностью. Обязанность Правительства обеспечить гарантированный пакет услуг находятся под угрозой, так как нет ресурсов, необходимых для этого и нет потенциальных возможностей для внедрения данного пакета услуг эффективным и беспристрастным способом в течение отведенного для этого времени.

Чтобы улучшить финансовую базу, необходим четырехэтапный: а) пересмотр

гарантированной «бесплатной» медицинской помощи, включая пропаганду более широкого участия населения; б) реформа процесса бюджетного ассигнования, начиная с подушевого финансирования и разработки альтернативных схем для учреждений вторичного уровня и высокоспециализированных учреждений; в) реформы на уровне медицинских учреждений по улучшению использования бюджета и ответная реакция в виде эффективного оказания медицинских услуг и г) координация и увеличение зарубежной помощи.

## 2) Ведение рыночных механизмов в секторе здравоохранения

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

Чтобы ввести рыночные механизмы в сектор здравоохранения с ограниченными следствиями, потребуется: 1) поощрение и помощь при введении платной системы в учреждениях здравоохранения путем адекватных механизмов льгот, систем мониторинга и информационных кампаний и 2) гарантия проведения деятельности по созданию частного сектора на основе твердого и решительно осуществляемого плана, чтобы на рациональной основе было сделано освобождение от правительственного контроля некоторых учреждений, и чтобы была ускорена передача некоторых государственных учреждений по инновационным контрактам.

## 3) Создание управления рисками и покупательных соглашений через обязательное медицинское страхование

Системы здравоохранения по всему миру имеют дело с увеличением затрат на здравоохранение путем реформ, чтобы средства для здравоохранительных услуг