

16.7 Мониторинг, оценка и оценка стоимости приоритетной программы

(1) Мониторинг и оценка приоритетных программ внедрения

Подготовлены индикаторы мониторинга и оценки того, как ситуация в здравоохранении и медицинском обслуживании исправляется после осуществления предложенных приоритетных программ.

Показатели, установленные в результате выполненного проекта и общественная потребность здравоохранения играют важную роль в приоритетной программе в Генеральном плане.

Целью постановки показателей является проверка и идентификация эффективности осуществления приоритетных программ, степени того, насколько они отвечают социальным нуждам, и уместности(оправданности) программы. Основные пункты показателей оценки и мониторинга показаны ниже:

- 1) Мониторинг и оценка со стороны социального аспекта.
 - Равенство получателей в плане социальных услуг (вопросы пола и бедности).
 - Зона охвата в результате улучшения медицинского обслуживания.
 - Уменьшение расходов медицинских ресурсов.
- 2) Мониторинг и оценка ПМСП.
 - Вклад в ситуацию по улучшению здравоохранения и здоровья общества на уровне ПМСП (на уровне махалли).
 - Стабильность осуществления программы.

3) Мониторинг и оценка для улучшения показателей здравоохранения

Мониторинг и оценка приоритетной программы должны быть проведены количественно, как улучшить показатель здравоохранения в реципиентной области и/или в Узбекистане путем осуществления приоритетной программы.

Исходя из этих точек зрения, каждый пункт развития, стратегии и деятельности Генерального плана должен быть проверен с одной общей точки зрения, как его достичь или исправить посредством осуществления приоритетной программы. Показатели общего мониторинга и оценки показаны в таблице ниже.

С другой стороны, это показывает индикатор мониторинга и оценки в отдельной программе, описывается в матрице разработки проекта (МРП) каждой приоритетной программы.

Таблица 16.33 Взаимосвязь между целями, стратегией, деятельностью и программами

| Цель А "Улучшение качества мед.услуг и обеспечение равного доступа населения к медицинским услугам " | | | |
|--|--------------|---|--|
| Стратегия А1 | деятельность | Показатель мониторинга | |
| <p>"Улучшение и обеспечение квалифицированного первичного здравоохранения и медицинских услуг по охране здоровья матери и ребенка".</p> <p><i>16.2: Система медицинского страхования.</i> <i>16.3:Медуслуги в районе.</i> <i>16.4:Медуслуги в области.</i></p> | A1.1 | Создание и улучшение функций и учреждений СВП, СВА и ГВП, которые являются первой точкой доступа для амбулаторных пациентов. | Увеличивается количество больных. |
| | A1.2 | Создание равенства уровня медицинских услуг среди городских-сельских и государственных-частных медицинских учреждений путем усиления возможностей контроля и управления со стороны правительства. | Увеличивается количество обученных руководителей (в т.ч. обучение по проекту «Здоровье-1, -2») |
| | A1.3 | Улучшение технологии, навыков и возможностей медицинского поставщика (врачи, медсестры, парамедиков и т.д.) | Увеличивается количество обученного персонала (в т.ч. по проекту «Здоровье-1, -2»). |
| | A1.4 | Усиление просвещения здоровья и деятельности по информации, образованию и общению для жителей и сан-эпид контроля среди населения. | Увеличивается количество посещений на дому семейными врачами и семинаров в СВП. |
| | A1.5 | Для обеспечения охраны материнского и детского здоровья улучшать потенциал ЦРБ, которая является первой точкой доступа для больничных пациентов в сельской местности. | Увеличивается количество мед.услуг на предродовой стадии жизни. |
| | A1.9 | Укрепление системы посещения семейными врачами, сестрами и акушерками. | Увеличивается кол-во посещений на дому семейными врачами. |
| | Стратегия А2 | Деятельность | Показатель мониторинга |
| <p>«Улучшение качества медицинских услуг и административного потенциала медицинских учреждений»</p> <p><i>16.2: Программа медицинского страхования.</i> <i>16.3:Медицинские услуги районного уровня.</i></p> | A2.1 | Улучшение учреждений и оборудования для обеспечения высококачественных медицинских услуг. | Состояние обеспеченности лекарствами и оборудованием. |
| | A2.2 | Укрепление возможности менеджмента для администрирования и медицинской отчетности. | Проводится инвентарный и финансовый менеджмент. |
| | A2.3 | Разработка руководств по клинической и профилактической медицине. | Количество семинаров и выпуск руководства. |
| | A2.4 | Разработка руководств по жизненно важным лекарствам и оборудованию для оказания квалифицированных мед. услуг, а также улучшение менеджмента лекарств и бесперебойной работы системы. | Проведение инвентарного и лекарственного менеджмента. |

| | | | |
|--|---------------------|--|--|
| <p><i>16.4: Медицинские услуги областного уровня.</i> <i>16.6: Система переливания крови</i></p> | A2.5 | Разработка стандартов по распределению кадрового потенциала для каждого уровня медицинских учреждений. | Количество мед.персонала и его распределение. |
| | A2.6 | Обучение врачей, медсестер, лаборантов, фармацевтов, парамедиков, администраторов, персонала по ремонту оборудования, других категории персонала по необходимости. | Количество подготовленного медицинского персонала и его распределение. |
| | A2.7 | Улучшение потенциала для проведения лабораторных анализов и диагностических исследований. | Состояние обеспеченности лекарствами и оборудованием. Количество семинаров и подготовленного медицинского персонала. |
| | A2.8 | Создание адекватной и безопасной системы переливания крови. | Количество станций переливаний крови. |
| <p>Стратегия А3 Улучшение медицинских технологий и исследовательской деятельности".</p> <p><i>16.4: Медицинские услуги областного уровня.</i> <i>19.6: Система переливания крови.</i></p> | Деятельность | | Показатель мониторинга |
| | A3.1 | Усиление специализированных медицинских институтов государственного уровня для проведения исследовательской деятельности и обучения врачей по специализированности. | Уменьшается количество учреждений и врачей |
| | A3.2 | Усиление возможностей РИАЦа, СЭС и Института здоровье для проведения анализа медицинской статистики, исследований и развития методологии. | Развивается компьютерная сеть. |
| | A3.3 | Улучшение навыков персонала для работы с медицинскими технологиями и исследованиями, оборудованием, учреждениями и работы лабораторий. | Количество подготовленного медицинского персонала, семинары и распределение нового оборудования. Увеличивается базовый пакет диагностических услуг. |
| | A3.4 | Учреждение руководств по медицинским технологиям и проведению исследований, а также организация научного медицинского комитета в Минздраве. | Количество подготовленного мед.персонала, финансирование семинаров и распределение руководств |
| | A3.5 | Усиление сотрудничества между университетами, институтами, государственными и частными организациями, НПО и международными организациями для улучшения медицинских технологий и научно-исследовательской деятельности. | Количество подготовленного мед.персонала, семинары, распределение руководств |

| Направление Б "Создание эффективной системы медицинских услуг для здоровья населения." | | |
|--|--|---|
| Стратегия Б1 | Деятельность | Показатель мониторинга |
| <p>"Определение направлений в системе мед.учреждений и улучшение системы направлений пациентов "</p> <p><i>16.3: Районные мед.услуги.</i> <i>16.4: Областные мед.услуги.</i></p> | Б1.1 Упрощение и систематизация переадресации пациентов (уровень направления и количество учреждений), а также уровень направления пациентов для получения эффективных мед.услуг. | Снижается количество учреждений и врачей. Количество направленных больных. |
| | Б1.2 Оптимизация мед.учреждений и такой системы как мед.учреждения, специализирующиеся на определенном заболевании, стационарные и амбулаторные мед.учреждения, а также отдельная система многопрофильных специализированных учреждений – по оказанию экстренной помощи. | Снижается количество учреждений и врачей. Количество направленных пациентов, стационарных и амбулаторных. |
| | Б1.3 Усиление потенциала СВП как первого пункта оказания помощи, учреждение системы переадресации пациентов в учреждения более высокого уровня, и улучшение системы перевозки больных. | Количество направленных и амбулаторных больных СВП. |
| | Б1.4 Усиление функций центральной районной больницы в целях улучшения мед.услуг на уровне района. | Количество направленных стационарных и амбулаторных больных. |
| | Б1.5 Усиление и улучшение областных многопрофильных больниц для учреждения системы мед.услуг на уровне области. | Количество видов лечения каждого отделения. Количество направленных стационарных и амбулаторных больных. |
| | Б1.6 Улучшение таких функций как мед.услуг, исследований обучения специализированных врачей в высших учреждениях в системе переадресации пациентов государственного уровня. | Снижается количество учреждений и врачей. Количество направленных амбулаторных и стационарных больных. |
| | Б1.7 Оптимизация систем экстренной помощи (мед.учреждения) и скорой помощи (центр приема звонков 03) в целях оказания более эффективной неотложной помощи. | Количество вызовов скорой помощи . Количество направленных больных. |
| Стратегия Б2 | Деятельность | Показатель мониторинга |
| <p>"Улучшение и рационализация мед.услуг района и области".</p> <p><i>16.3: Районные мед.услуги.</i> <i>16.4: Областные мед.услуги.</i></p> | Б2.1 Интеграция и консолидация мед.учреждений одинаковой специализации, а также амбулаторных и стационарных мед.учреждений. | Снижается количество учреждений и врачей. Количество направленных больных. |
| | Б2.2 Переход специализированной медицины, рассматривающей не болезни, а органы. | Снижается количество учреждений и врачей. Количество перенаправленных больных. |

| | | | |
|--|---------------------|---|--|
| <i>16.6: Система переливания крови.</i> | Б2.3 | Учреждение ЦРБ и интегрированной многопрофильной больницы, состоящей из специализированных отделений, многопрофильного амбулаторного отделения, стационара, отделения экстренной помощи. | Снижается количество учреждений и врачей. Количество перенаправленных больных. |
| | Б2.4 | Создание интегрированной системы лабораторных исследований на областном уровне (создание центральной лаборатории), для проведения диагностических исследований, которые должны быть централизованы и организованы в упомянутой выше консолидированной центральной районной больнице и областной многопрофильной больнице. | Количество подготовленного мед.персонала, семинаров, и распределение оборудования. Увеличивается количество базовых диагностических пакетов услуг. |
| Стратегия БЗ | Деятельность | | Показатель мониторинга |
| "Улучшение состояния мед.учреждений, оборудования, снабжения лекарствами и внутрибольничных служб". <i>16.3: Районные мед.услуги. 16.4: Областные мед.услуги.</i> | Б3.1 | Улучшение работы больницы и маршрут продвижения пациентов и больничного персонала. | Количество обновленных учреждений. |
| | Б3.2 | Улучшение санитарных условий в больницах и обеспечение стандартным оборудованием для оказания более эффективных и квалифицированных мед.услуг. | Количество подготовленного персонала, семинаров и распределение нового оборудования. Увеличивается количество базовых диагностических пакетов услуг. |
| | Б3.3 | Укрепление системы обслуживания и ремонта оборудования и зданий, а также введение руководств и директив. | Количество договоров на обслуживание с Медтехникой. Количество инвентарных руководств. |
| | Б3.4 | Усиление системы менеджмента лекарств (потребности и поставка, менеджмент), а также введение списка жизненно важных препаратов, руководство и стандартов по менеджменту лекарств | Инвентарный менеджмент и менеджмент лекарств Количество семинаров и подготовленного персонала |
| | Б3.5 | Обучение врачей, медсестер, парамедиков, фармацевтов и обслуживающего персонала для усиления внутри больничных служб. | Количество семинаров и подготовленного персонала Количество инвентарных руководств |
| | Б3.6 | Улучшение ситуации обеспечения лекарствами и системы ремонта оборудования как на государственном, так и на областном уровнях | Количество семинаров и подготовленного персонала Количество инвентарных руководств (методических разработок) |

| Стратегия В4 | Деятельность | Показатель мониторинга |
|--|--|---|
| <p>"Внедрение информационной системы управления здравоохранением "</p> <p><i>16.5: Информационная система здравоохранения</i></p> | <p>Б4.1 Упрощение потока медицинской информации, информации по санитарии, эпидемиологии, демографической информации и данных</p> | <p>Развивается область компьютерной сети Количество семинаров и подготовленного персонала</p> |
| | <p>Б4.2 Улучшение проведения лабораторных анализов и диагностических обследований для контроля качества источников данных</p> | <p>Как сильно регулируется контроль качества Книга данных инвентарного менеджмента и контроля</p> |
| | <p>Б4.3 Развитие интегрированной базы данных и программного обеспечения интегрированной системы здравоохранения, а также обеспечение оборудованием для обработки цифровых данных на районном уровне</p> | <p>Развивается система компьютерной сети</p> |
| | <p>Б4.4 Обучение квалифицированных работников информационной системы здравоохранения и внедрение системы обучения персонала в сельской местности</p> | <p>Развивается система компьютерной сети Количество семинаров и подготовленного персонала</p> |
| <p>Цель В "Улучшение эффективного использования финансированием здравоохранения и внедрение нового механизма финансирования"</p> | | |
| Стратегия В1 | Действия | Показатель мониторинга |
| <p>"Улучшение эффективного использования бюджета здравоохранения"</p> <p><i>16.1: Финансирование здравоохранения</i> <i>16.4: Медицинские услуги на областном уровне</i> <i>16.5: Информационные системы здравоохранения</i> <i>16.6: Система (служба) переливания крови</i></p> | <p>В1.1 Минимизация медицинских затрат путем рационализации и централизации медицинских учреждений, системы переадресации пациентов и системы лабораторных анализов</p> | <p>Снижается количество учреждений В некоторых отделениях больницы уменьшаются расходы</p> |
| | <p>В1.2 Усиление системы менеджмента касательно медицинского учета и учет выписывания лекарств во избежания дублирования, ненужного лечения и расходов.</p> | <p>Количество обследований и расходы Запись диагноза и истории болезни пациента</p> |
| | <p>В1.3 Адекватное использование медицинского финансирования для стандартизации оборудования и основных лекарственных средств. Улучшение возможностей управления инвентарем, ведения учетных и регистрационных книг.</p> | <p>Количество обследований, лекарств и затрат на расходные материалы Запись диагноза и история болезни пациента</p> |
| | <p>В1.4 Создание системы эффективного распределения бюджета, основанной на информационной системе здравоохранения</p> | <p>Количество направленных пациентов Сравнение с уровнем расходом и стоимостью лечения</p> |

| | | | |
|--|-----------------|---|---|
| | V1.5 | Минимизация медицинских затрат в медицинских учреждениях путем предоставления адекватных и квалифицированных медицинских услуг больным так, что период лечения и госпитализации больных будет сокращен. | Количество пациентов и занятость койки Расходы больницы и проведенное лечение |
| Стратегия В2 "Усиление навыков менеджмента финансирования работников государственной администрации и администрации медицинских учреждений" 16.1: Финансирование здравоохранения 16.4: Медицинские услуги на областном уровне 19.5: Информационные системы | Действия | | Показатель мониторинга |
| | V2.1 | Укрепление системы управления финансированием здравоохранения и навыков контроля в правительственных организациях | Изменения в распределении финансов для медицинских учреждений |
| | V2.2 | Внедрение эффективного использования средств во всех медицинских учреждениях, для того чтобы усилить их финансовые и управленческие возможности | Изменения в распределении расходов на здравоохранение. Количество подготовленного управленческого персонала |
| | V2.3 | Внедрение системы мониторинга и отчетности финансового статуса и медицинских отчетов в соответствующих организациях (правительство, органы местного самоуправления и медицинские учреждения) | Изменения в распределении расходов на здравоохранение. |
| | V2.4 | Подготовка кадров по вопросам финансирования и управления в соответствующих организациях (правительство, органы самоуправления, медицинские учреждения и страховые ассоциации) | Количество подготовленного управленческого персонала. Область охвата страховой ассоциации. |
| Стратегия В3 "Усовершенствование профилактической медицины и пропаганды лечения на ранней стадии, для минимизирования стоимости лечения" 16.3: Медицинские услуги на районном уровне 16.4: Медицинские услуги на областном уровне 16.6: Система (служба) переливания крови | Действия | | Показатель мониторинга |
| | V3.1 | Усиление пропаганды здорового образа жизни и (ИОО) деятельности для жителей, чтобы минимизировать стоимость лечения | Количество семинаров по ИОО Изменения и тенденции расходов здравоохранения |
| | V3.2 | Улучшение санитарно-эпидемиологических условий в обществе, чтобы снизить уровень инфекционных заболеваний | Количество семинаров по ИОО Количество пациентов в СВП |
| | V3.3 | Пропаганда вакцинаций, программ ЭПИ и DOTS в качестве профилактической медицины | Охват иммунизацией и семинары по ИОО |
| | V3.4 | Усовершенствование квалификации ВОП, семейного врача и системы экстренной медицинской помощи, и предоставление медицинской информации обществу путем усовершенствования функций СВП и ЦРБ | Количество семинаров по ИОО Количество пациентов в СВП |

| Стратегия В4 | Действия | Показатель мониторинга |
|--|--|---|
| <p>"Внедрение новой системы финансирования здравоохранения (всеобщий охват населения медицинским страхованием) и создание для этого законодательной базы"</p> <p><i>16.2: Программа медицинского страхования</i></p> | В4.1 Развитие законодательной базы и стандартов для внедрения всеобщего охвата системой медицинского страхования | Область охвата страховым объединением. |
| | В4.2 Учреждение организации и системы для сбора страховых взносов, запроса страхования, и оплата за страхование | Область охвата страховым объединением |
| | В4.3 Подготовка кадров по вопросам финансирования и управления в соответствующих организациях (правительство, органы самоуправления, медицинские учреждения, страховые ассоциации и махалли) | Область охвата страховым объединением Количество подготовленного персонала, обеспечивающего страхование. |
| | В4.4 Учреждение системы для мониторинга и отчетности финансового статуса и медицинских отчетов в соответствующих организациях для внедрения страхования | Область охвата страховым объединением Сравнение зоны охвата страхованием и расходов здравоохранения |
| | В4.5 Для внедрения всеобщего охвата населения, усовершенствование качества и равенства медицинских учреждений | Область охвата страховым объединением Сравнение количества пациентов и использования страхования. |
| | В4.6 Разработка стандартных тарифов на медицинские услуги и пакетов услуг для платных или бесплатных медицинских услуг | Область охвата стандартных тарифов и перечень. Изменения и тенденции расходов здравоохранения |
| | В4.7 Пропаганда знаний и информации для всеобщей системы страхования граждан | Область охвата страховым объединением. Количество семинаров и обученных жителей |

(2) Разработка сметы

1) Бюджет приоритетных программ

Бюджет каждой приоритетной программы показан на следующих страницах, особенно представлены приоритетные программы, которые должны быть расширены по результатам пилотного изучения в стране, после осуществления пилотного изучения в определенной области .

2) Начальные капитальные вложения для расширения приоритетных программ .

а. Система медицинского страхования

Стоимость внедрения по всей стране уже включена в итоговый бюджет

проекта 4 054 000 долл.США

i. Стоимость улучшения базы финансирования 850 000 долл.США

ii. Стоимость рыночной реформы 443 000 долл.США

iii.Стоимость разработки и введения медицинского страхования 1 290 000 долл.США

vi. Укрепление возможностей реформы финансирования здравоохранения 1 471 000 долл.США

б. Система медицинского обслуживания районного уровня

Стоимость инвестиций для центральной районной больницы.

734 000 долл.США/каж.

i. Установка оборудования 726 000долл.США
(См. список оборудования в табл 16.1, в Аппендиксе)

ii. Модернизация санитарных удобств 8 000 долл.США
(Зона туалеты для реконструкции 40 кв.м)

в. Система областного медицинского обслуживания

Стоимость инвестиций для областной многопрофильной больницы

i. В случае строительство 15 850 000 долл.США/каж.

- Стоимость оборудования 1 850 000 долл.США/каж.
(См.список оборудования в прил. Табл. 16.2)

-Строительство здания 14 000 000 долл.США/каж.
(Общая стоимость строительства 16,250 кв.м
см. планы зданий в рис. 16.1.1, в Аппендиксе)

ii. В случае реконструкции 4 350 000 долл.США/каж.

-Стоимость оборудования 1 850 000 долл.США/каж.
(См. список борудования в табл. 16.2, в Аппендиксе)

- Реконструкция здания 2 500 000 долл.США/каж.
(Общая площадь реконструкции 6,500 кв.м)

г. Информационная система управления здравоохранением.

Стоимость расходов для распространения в масштабах страны уже

включена в общую стоимость бюджета проекта. 944 000 долл.США

- i. Упрощение журналов регистрации и отчетов 120 000 долл.США
- ii. Создание системы обратной связи 45 000 долл.США
- iii. Создание системы осуществления показателей 45 000 долл.США
- iv. Обучение ключевого персонала ИСУЗ 480 000 долл.США
- v. Оснащение компьютерами и коммуникационной системой
200 000 долл.США
- vi. Усовершенствование и наладка MEDSTAT в областях и районах
24 000 долл.США
- vii. Пересмотр ИСУЗ 30 000 долл.США

д. Система переливания крови

Стоимость инвестиций для центральной станции переливания крови

2 040 000 долл.США/каж.

- i. Оборудование 1 080 000 долл.США/каж.
(См список оборудования в табл. 16.3, в Аппендиксе)
- ii. Строительство 960 000 долл.США/каж.
(Общая зона строительства 770 кв.м
см план в рис. 16.2.1 и 16.2.2, в Аппендиксе)

Таблица 16.34 Подробный расчет стоимости проекта по реализации приоритетной программы системы медобслуживания на районном уровне

Таблица. Выделение экспертов и оплата их услуг (чел./мес.)

| Эксперт/специальность | 1-й год | 2-ой год | 3-й год | Всего | Квалификация эксперта (**** означает "высокая") |
|---|---------|----------|---------|-------|---|
| 1 Руководитель проекта | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 12.0 | **** |
| 2 Управление работой больницы /Финансирование | 4.0 | 4.0 | 4.0 | 12.0 | **** |
| 3 Оборудование /управление медучреждением | 6.0 | 4.0 | 4.0 | 14.0 | *** |
| 4 Управление медикаментами | 4.0 | 4.0 | 3.0 | 11.0 | *** |
| 5 Управление качеством | 1.0 | 3.0 | 3.0 | 7.0 | *** |
| 6 Профилактическая медицина/первичный уровень здравоохранения | 3.0 | 3.0 | 3.0 | 9.0 | ** |
| 7 Информация по здравоохранению /управление данными больницы | 3.0 | 3.0 | 3.0 | 9.0 | ** |
| 8 Работа с общественностью | 3.0 | 3.0 | 3.0 | 9.0 | ** |
| 9 Разработка кадровых ресурсов | 2.0 | 3.0 | 3.0 | 8.0 | ** |
| 10 Координатор | 2.0 | 2.0 | 2.0 | 6.0 | * |
| Всего чел-месяцев | 32.0 | 33.0 | 32.0 | 97.0 | |
| Всего оплата услуг (в 1000 US\$) | 546 | 561 | 543 | 1,650 | |

Таблица. Разбивка затрат

(Ед. :1000 US\$)

| | 1-й год | 2-ой год | 3-й год | Всего |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------|
| 1 Оплата услуг кон. utilization | 546 | 561 | 543 | 1,650 |
| 2 В расчете на 1 день * | 120 | 124 | 120 | 364 |
| 3 Переезд (международ. авиалинии) | 65 26 рейсов | 73 29 рейсов | 73 29 рейсов | 210 |
| 4 Помощники и управляющий персонал высокой квалификации ** | 48 4 чел. | 48 4 чел. | 48 4 чел. | 144 |
| 5 Помощники невысокой квалификации *** | 6 14 чел-мес. | 7 18 чел-мес. | 7 17 чел-мес. | 20 |
| 6 Прокат а/м **** | 12 23 а.м/мес. | 12 23 а.м/мес. | 12 23 а.м/мес. | 35 |
| 7 Обучение за рубежом | 6 2 чел./мес. | 6 2 чел./мес. | 6 2 чел./мес. | 19 |
| 8 Обучение/учебные экскурсии в Японии | 2 10 чел./ед. | 4 20 чел./ед. | 3 15 чел./ед. | 9 |
| 9 Прочее (административные и учебные расходы) | 35 | 35 | 45 | 115 |
| 10 Оборудование ***** | 726 | 0 | 0 | 726 |
| 11 Реконструкция ***** | 8 | 0 | 0 | 8 |
| Всего | 1,573 | 869 | 856 | 3,298 |

Примечание: * 125 US\$/день

** 1,000 US\$/мес.

*** 400 US\$/мес.

**** 500 US\$/ед. мес.

***** См. список оборудования в Приложении Таблица 16.1

***** Площадь ремонта туалетов: 40 м2

Таблица 16.35 Подробный расчет стоимости проекта по реализации приоритетной программы системы областного медобслуживания

Таблица. Выделение экспертов и оплата их услуг (чел./мес.)

| Эксперт/специальность | 1-й год | 2-ой год | 3-й год | 4-й год | Всего | Квалификация эксперта (**** означает "высокая") |
|---|---------|----------|---------|---------|-------|---|
| 1 Руководитель проекта | 12.0 | 12.0 | 12.0 | 6.0 | 42.0 | **** |
| 2 Управление работой больницы /Финансирование | 3.0 | 2.5 | 4.0 | 2.5 | 12.0 | **** |
| 3 Оборудование/Управление медузрешением | 5.0 | 12.0 | 4.0 | 2.5 | 23.5 | *** |
| 4 Управление медикаментами | 3.0 | 1.0 | 2.0 | 2.5 | 8.5 | *** |
| 5 Лабораторные анализы /Управление качеством | 3.0 | 1.0 | 3.0 | 2.5 | 9.5 | *** |
| 6 Информация по здравоохранению | 2.5 | 1.0 | 2.0 | 2.0 | 7.5 | ** |
| 7 Координатор | 12.0 | 12.0 | 12.0 | 6.0 | 42.0 | * |
| Всего чел.-месяцев | 40.5 | 41.5 | 39.0 | 24.0 | 145.0 | |
| Всего оплата услуг (в 1000 US\$) | 618 | 636 | 598 | 378 | 2,229 | |

Таблица. Разбивка затрат

(Ед.:1000 US\$)

| | 1-й год | 2-ой год | 3-й год | 4-й год | Всего |
|--|----------------|----------------|--------------|---------------|--------|
| 1 Оплата услуг консультанта | 618 | 636 | 598 | 378 | 2,229 |
| 2 В расчете на 1 день * | 152 | 156 | 146 | 90 | 544 |
| 3 Переезд (междунар. авиалинии) | 33 | 18 | 35 | 25 | 110 |
| | 13 рейсов | 7 рейсов | 14 рейсов | 10 рейсов | |
| 4 Помощники и управляющий персонал в высокой квалификации ** | 24 | 24 | 24 | 12 | 84 |
| | 2 чел. | 2 чел. | 2 чел. | 2 чел./6 мес. | |
| 5 Помощники невысокой квалификации *** | 5 | 2 | 4 | 4 | 15 |
| | 11.5 чел.-мес. | 5.5 чел.-мес. | 11 чел.-мес. | 9.5 чел.-мес. | |
| 6 Прокат/Ам **** | 12 | 8 | 10 | 6 | 35 |
| | 24 а.м./мес. | 16.5 а.м./мес. | 19 а.м./мес. | 11 а.м./мес. | |
| 7 Обучение за рубежом | 6 | 6 | 6 | 6 | 25 |
| | 2 чел./мес. | 2 чел./мес. | 2 чел./мес. | 2 чел./мес. | |
| 8 Обучение/учебные экскурсии в Японии | 2 | 2 | 3 | 2 | 9 |
| | 10 чел./нед. | 10 чел./нед. | 15 чел./нед. | 10 чел./нед. | |
| 9 Прочее (административные и учебные расходы) | 35 | 20 | 20 | 40 | 115 |
| 10 Оборудование ***** | 0 | 1,850 | 0 | 0 | 1,850 |
| 11 Строительство ***** | 0 | 14,000 | 0 | 0 | 14,000 |
| 12 Реконструкция ***** | 0 | 2,500 | 0 | 0 | 2,500 |
| Всего (вариант строительства) | 886 | 16,722 | 846 | 562 | 19,016 |
| Всего (вариант реконструкции) | 886 | 5,222 | 846 | 562 | 7,516 |

Примечание: * 125 US\$/день

** 1,000 US\$/мес.

*** 400 US\$/мес.

**** 500 US\$/ед. мес.

***** См. список оборудования в Приложение Таблица 16.2

***** Общая площадь строительства 16250 м2 (см. Чертежи в Приложении, Рисунок 16.1.1)

***** Общая площадь реконструкции 6500 м2

**Таблица 16.36 Разбивка затрат на Проект
формирования информационной системы по управлению здравоохранением
(ИСУЗ)**

| План действий | Рубрика | В US\$ |
|---|----------------------------|---|
| 8. Упрощение регистрационных книг и отчетов | Время работы консультантов | 6 мес. 120 000 (цена за мес.:20 000) |
| 9. Разработка системы обратной связи | Время работы консультантов | 3 мес. 45 000 (цена за мес.: 15 000) |
| 10. Разработка системы показателей, характеризующих результаты работы | Время работы консультантов | |
| 11. Обучение ключевого персонала ИСУЗ | Учебные институты / РИАЦ | Персонал РИАЦ 30 000 (стоимость обучения одного сотрудника 1 000; 30 сотрудников) Персонал на уровне области 15 000 (стоимость обучения одного сотрудника 1 000; 150 сотрудников) Персонал на уровне района 300 000 (стоимость обучения одного сотрудника 750; 400 сотрудников) Итого: 480 000 |
| 12. Оснащение областей и районов компьютерной техникой и системой связи | Компьютеры и сеть | Пять областей: 50 000 (др. области охвачены WB I и II) Единичная стоимость в расчете на область: 10 000 50 районов: 150 000 (др. районы охвачены WB I и II) Единичная стоимость в расчете на район: 3 000 Итого: 200 000 |
| 13. Усовершенствование и внедрение системы МЕДСТАТ в областях и районах | Системотехник | 6 мес. работы системотехника: 24000 (стоимость в расчете на один мес.: 2 000) |
| 14. Формирование механизма межведомственной координации | | Бюджет не требуется |
| 15. Экспертиза ИСУЗ | Время работы консультантов | 3 мес.: 30 000 (цена за мес.: 10 000) |
| Всего | | 944 000 US\$ |

Таблица 16.37 Подробный расчет стоимости проекта по реализации приоритетной программы системы переливания крови

Таблица. Выделение экспертов и оплата их услуг (чел./мес.)

| Эксперт/специальность | 1-й год | 2-ой год | 3-й год | Всего | Квалификаци я эксперта (**** означае т "высокая") |
|---|---------|----------|---------|-------|--|
| 1 Руководитель проекта | 12.0 | 12.0 | 12.0 | 36.0 | **** |
| 2 Управление переливанием крови | 4.5 | 2.5 | 4.0 | 11.0 | **** |
| 3 Оборудование // управление между учрежде ниями | 5.0 | 12.0 | 4.0 | 21.0 | *** |
| 4 Лабораторный анализ // управление каче ством | 3.0 | 1.0 | 3.0 | 7.0 | *** |
| 5 Координатор | 12.0 | 12.0 | 12.0 | 36.0 | * |
| Всего чел.-месяцев | 36.5 | 39.5 | 35.0 | 111.0 | |
| Всего оплата услуг (в 1000 US\$) | 561 | 604 | 533 | 1,698 | |

Таблица. Разбивка затрат

(Ед.:1000 US\$)

| | 1st Year | 2nd Year | 3rd Year | Total |
|--|--------------------|--------------------|-------------------|-------|
| 1 Оплата услуг консультанта | 561 | 604 | 533 | 1,698 |
| 2 В расчете на 1 день * | 137 | 148 | 131 | 416 |
| 3 Переезд (междунар. авиатикет) | 25 10 рейсов | 15 6 рейсов | 28 11 рейсов | 68 |
| 4 Помощники и управляющий персонал в ысокой квалификации ** | 24 2 чел | 24 2 чел | 24 2 чел | 72 |
| 5 Помощники невысокой квалификации *** | 3 7.5 чел.-мес. | 2 4.5 чел.-мес. | 4 11 чел.-мес. | 9 |
| 6 Прокат а/м **** | 12 24 а.м/мес. | 8 15.5 а.м/мес. | 10 20 а.м/мес. | 30 |
| 7 Обучение за рубежом | 6 2 чел./мес. | 6 2 чел./мес. | 6 2 чел./мес. | 19 |
| 8 Обучение/учебные экскурсии в Японии | 2 10 чел./нед. | 2 10 чел./нед. | 2 10 чел./нед. | 6 |
| 9 Прочее (административные и учебные ра сходы) | 35 | 20 | 20 | 75 |
| 10 Оборудование ***** | 0 | 1,080 | 0 | 1,080 |
| 11 Строительство ***** | 0 | 960 | 0 | 960 |
| Всего | 805 | 2,869 | 758 | 4,432 |

Примечание: * 125 US\$/день

** 1,000 US\$/мес.

*** 400 US\$/мес.

**** 500 US\$/ед. мес.

***** См. список оборудования в: Приложение Таблица 16.3

***** Общая площадь строительства 770 м2 (см. Приложение, Рисунки 16.2.1 и 2)

3) Текущие расходы (административная стоимость) по приоритетному проекту с узбекской стороны.

а. Система медицинского страхования

-Основные текущие расходы являются 6 000 долл. США/каж.
административными расходами новых областных
объединений медицинского страхования.

б. система мед.услуг районного уровня

-Затраты на новые инвестиции 7 260 долл.США/каж.
-% годового бюджета 4,9 %

-Большая часть инвестиций будет вложена в обновление имеющегося оборудования. Таким образом эксплуатационные расходы могут остаться такими же или немного увеличатся.(Увеличенная стоимость должна находиться в соответствии с количеством обследований.)

в. Система мед.услуг областного уровня

-Затраты на новые инвестиции 18 500 долл.США/каж.
-% годового бюджета 4,6 %

-Основная идея в консолидации и централизации медицинских учреждений.
Таким образом, стоимость будет снижена по меньшей мере на 20~30%
(80 000~120 000 долл.США) соответственно.

г. Информационная система управления здравоохранения

-Эксплуатационные расходы будут преимущественно на семинары/обучение и передачу данных /информации 6 000 долл.США/в год
Республиканские органы власти 2 150 долл.США/в год областные органы управления

д. Система переливания крови

-Расходы на новые инвестиции 21 600 долл.США/каж.

-Основной идеей этого проекта является консолидация и централизация системы переливания крови. После консолидации расходы будут увеличены в соответствии с числом образцов крови. Вышеуказанная стоимость рассчитывается после создания добровольной донорской службы (1% жителей будут сдавать кровь).

Основные цели данной приоритетной программы направлены на эффективное и рациональное использование финансирования, а также увеличение заработной платы медицинского персонала за счет технических преобразований. Таким образом представляется возможным достаточный охват с новым излишком, что вызвано улучшением эффективности. Другими словами достаточный охват возможен при балансе увеличенного дохода и снижении расходов. Поэтому когда в

настоящем плане возникает только излишек при предпосылке, что он включает в себя сумму на увеличение заработной платы с предпосылкой, что это относится к объему увеличения зарплаты, или жалование специально не рассматривается в качестве фактора увеличения стоимости функциональных расходов.

Основная концепция данной программы;если должен будет быть произведен избыток эту сумму необходимо включить в увеличение заработной платы. Поэтому, нет необходимости думать о факторе зарплаты для увеличения текущих расходов.

(3) Экономическая и финансовая оценка

В отношении программ развития социальной сферы, подобных программам совершенствования здравоохранения и медицинского обслуживания, экономический метод оценки неприменим. В этой связи приоритетные программы оценивались с точки зрения справедливости распределения ограниченных медицинских ресурсов бенефициарам. Консолидация и централизация медицинских объектов, лабораторных функций и системы анализа крови будет содействовать эффективному использованию ограниченных медицинских ресурсов. Медицинские ресурсы для такого уровня первичного здравоохранения, как ЦРБ – являющиеся медучреждениями, в которые прежде всего поступают госпитализируемые пациенты – будут распределяться более эффективно с точки зрения более широкой доступности лечения и его более раннего осуществления, что будет содействовать совершенствованию социального обеспечения в целом. Ниже перечислены рубрики экономической оценки:

1) Практическое здравоохранение и медобслуживание

Увеличение позитивного эффекта в отношении пациентов в целевом регионе программы за счет предоставления эффективного медобслуживания более высокого качества и сокращения себестоимости медицинского обслуживания.

2) Охват системой медицинского страхования

Эффективное использование ограниченных финансовых средств, предназначенных на здравоохранение, для увеличения позитивного эффекта в отношении пациентов в целевом регионе программы. Расширение применения медицинского страхования, охвата страхованием и улучшение положения с позитивным эффектом от такого страхования за счет внедрения системы медицинского страхования.

3) Учреждения и организация

Сокращение затрат за счет эффективной и рациональной организации административного управления здравоохранением. Экономия затрат в медучреждениях с целью позволить добиться более эффективного и рационального медобслуживания за счет усовершенствования функций медучреждений.

4) Кадровые ресурсы

Эффективное использование кадровых ресурсов, направленное на практическое достижение более эффективного и качественного медицинского обслуживания, а также на сокращение себестоимости медобслуживания и затрачиваемого на него времени.

5) Финансовые ресурсы

а. Доходы

Доходы будут повышены за счет внедрения медицинского страхования (готовность бенефициара произвести оплату).

Положение со сбором страховых взносов (степень взимания страховых взносов), повышение степени охвата страхованием; медучреждения, оказывающие страховое медобслуживание; членство в система медицинского страхования.

б. Расходы

Эффективное управление совокупными расходами при финансировании здравоохранения.

Усовершенствованное управление финансовыми вопросами – заработной платой, медикаментами, питанием, распределением прямых издержек на оборудование.

в. Эксплуатация, содержание, техобслуживание и ремонт оборудования

Сокращение затрат за счет централизации и консолидации медицинского обслуживания и системы анализов/исследований, за счет усовершенствования медобслуживания, а также за счет улучшения эксплуатации, содержания, техобслуживания и ремонта оборудования.

г. Годовые планы

Формирование устойчивого управления финансовыми вопросами.

6) Медучреждения и оборудование

Эффективное использование медучреждений и оборудования для обслуживания пациентов, сокращение затрат на медучреждения, а также затрат на эксплуатацию, содержание, техобслуживание и ремонт оборудования.

7) Управление больницами

Эффективное использование ограниченных кадровых и финансовых ресурсов для получения большего позитивного эффекта в отношении пациентов.

8) Система переадресации пациентов

Эффективное использование медицинских ресурсов для практического достижения более эффективного и качественного медобслуживания; сокращение издержек за счет более действенной системы переадресации пациентов, а также за счет более широкой доступности лечения и его раннего выполнения.

9) Эпидемиологический подход

С целью осуществления надлежащего лечения и сокращения затрат – точная идентификация причин заболеваний с помощью централизованных квалифицированных лабораторных анализов/исследований.

10) Система информации по здравоохранению

Своевременное и надлежащее планирование за счет усиления информационной системы здравоохранения, с целью эффективного использования медицинских ресурсов и принятия мер в отношении заболеваний на ранних этапах.

11) Обслуживание населения

Более эффективное использование объектов первичного медицинского обслуживания, повышение доступности медобслуживания и лекарств, снижение затрат за счет ведения профилактического медобслуживания и лечения заболеваний на раннем этапе.

(4) Экономическая и финансовая оценка

1) Система медицинского страхования

Как было указано выше, считается, что для введения системы медицинского страхования на период до 2010 г. включительно потребуется следующий бюджет: 4 054 000 долл.США на формирование упомянутой системы, и 173 000 долл.США на оборудование.

Если система медицинского страхования будет внедрена в соответствии с предложенной приоритетной программой, то в 2010 г. (целевой год) общие расходы на медобслуживание предположительно составят 987,7 млрд. сумов (1 007,9 млн. долл.США, 1 долл.США = 980 сумов). Министерство Финансов обещало выделить поступления от налогообложения для покрытия 20% суммы средств на финансирование медицинского страхования. Остальные 80% составят сумму в 790,2 млрд. сумов, или 28 200 сумов/чел. (28,8 долл.США), и предполагается, что эти средства будут покрыты за счет страховых взносов, при расчетной численности населения в 2010 г. 28 млн. чел. Указанные затраты на страховые взносы составляют лишь 2,0% предполагаемого душевого ВВП в 2010 г. (1 411 000 сумов, или 1440 долл.США). Указанные прогнозные расчеты указывают на практическую реализуемость системы медицинского страхования.

Система медицинского страхования даст большой позитивный эффект, бенефициаром которого в 2010 г. явится все население численностью 28 млн. чел. Издержки, связанные с ассигнованием финансовых средств на проект по внедрению системы медицинского страхования (бюджет для приоритетного проекта; 4 054 000 долл.США), составят лишь 1,0% от величины в единичном 2010 г. – в году, когда система страхования будет полностью сформирована. Причем предусматривается, что указанная пропорция (бюджет приоритетной программы / общая сумма страховых взносов) будет сокращаться в ходе дальнейшего функционирования системы страхования. Это будет связано с увеличением знаменателя указанной дроби (общей суммы страховых взносов) соответственно расширению системы медицинского страхования на весь Узбекистан.

В краткосрочном аспекте, поисковое исследование относительно внедрения системы страхования обойдется примерно в 6 000 долл.США/год, при условии

его проведения в области, где средняя численность населения составляет 1,8 млн. чел. Указанная цифра выведена исходя из предпосылки, что численность населения, обслуживаемого главным образом областной многопрофильной больницей в период проведения мониторинга (после 2007 г.), составит 300 000 чел. Основными рубриками расходов будет выплата заработной платы сотрудникам страховой ассоциации, а также расходуемые материалы, требующиеся для распечатки данных компьютерной обработки. Обработкой данных будут заниматься 10 сотрудников. Расчет не включает затрат на доставку квитанций, так как квитанции из каждой больницы будут периодически собираться и доставляться в ассоциацию персоналом больниц; между каждым медучреждением и головным медучреждением системы переадресации пациентов уже сейчас часто выполняются транспортные перевозки, и они могут быть использованы для доставки квитанций.

Расчет показывает, что эксплуатационные расходы будут очень невелики: 0,1% от общей суммы взимания страховых взносов, которая составит 6 000 000 долл. США. Это делает практически реалистичным финансирование работы системы за счет банковских процентов на собранные страховые взносы.

2) Система медицинского обслуживания на уровне района

Целевым объектом рассматриваемой приоритетной программы является район среднего размера, с численностью населения в 100 000 чел., коечным фондом на 200 пациентов в ЦРБ и 25-ью СВП. Общая численность персонала составит 130 чел.: 35 врачей, 75 медсестринских работников, 20 работников др. категорий. Приведенные цифры рассчитаны на основе итогов основного изучения, согласно которым в расчете на 1 койко-место имеется 0,18 чел. врачей, 0,39 чел. медсестринских работников, и 0,11 чел. работников др. категорий.

Ниже приведены результаты основного изучения, характеризующие стандартные годовые расходы больницы с коечным фондом на 200 чел..

Таблица 16.38 Годовые расходы больницы с коечным фондом на 200 чел.

(Ед.: 1000 сумов)

| Доходы | 2000 г. ¹⁾ | | 1)/2) | 2001 г. ²⁾ | | 2)/3) | 2002 г. ³⁾ | |
|--------------------|-----------------------|----------|-------|-----------------------|----------|--------|-----------------------|----------|
| | в расчете на 1 койку | 200 коек | | в расчете на 1 койку | 200 коек | | в расчете на 1 койку | 200 коек |
| Субсидии Минздрава | 298,1 | 59 620 | 51,1% | 470,7 | 90 060 | 39,0% | 626,2 | 125 220 |
| Оплата пациентами | 3,0 | 600 | 13,3% | 3,4 | 680 | 782,4% | 30,0 | 6 000 |
| Итого | 301,1 | 60 220 | 50,7% | 453,6 | 90 740 | 44,6% | 656,2 | 131 220 |

| Расходы | 2000 г. ¹⁾ | | 1)/2) | 2001 г. ²⁾ | | 2)/3) | 2002 г. ³⁾ | |
|--------------------------------------|-----------------------|----------|--------|-----------------------|----------|--------|-----------------------|----------|
| | в расчете на 1 койку | 200 коек | | в расчете на 1 койку | 200 коек | | в расчете на 1 койку | 200 коек |
| Заработная плата | 143,1 | 28 620 | 47,5% | 211,1 | 42 220 | 46,6% | 309,4 | 61 880 |
| Медикаменты | 33,6 | 6 720 | 56,3% | 52,5 | 10 500 | 39,8% | 73,4 | 14 680 |
| Социальное обеспечение | 33,6 | 6 720 | 50,6% | 50,6 | 10 120 | 39,1% | 70,4 | 14 080 |
| Коммунальные услуги | 49,5 | 9 900 | 25,7% | 62,2 | 12 440 | 29,9% | 80,8 | 16 160 |
| Питание | 19,5 | 3 900 | 94,9% | 38,0 | 7 600 | 35,8% | 51,6 | 10 320 |
| Содержание, техобслуживание и ремонт | 7,3 | 1 460 | 19,2% | 8,7 | 1 740 | 20,7% | 10,5 | 2 100 |
| Оборудование и мебель | 1,2 | 240 | 25,0% | 1,5 | 300 | 13,3% | 1,7 | 340 |
| Медицинские расходные материалы | 13,3 | 2 660 | 118,8% | 29,1 | 5 820 | 100,3% | 58,3 | 11 660 |
| Итого | 301,1 | 60 220 | 50,7% | 453,6 | 90 740 | 44,6% | 656,2 | 131 220 |

Затраты на эксплуатацию, содержание и техобслуживание оборудования, а также на расходные материалы к нему составляют основную часть эксплуатационных расходов при внедрении приоритетных программ (7 260 долл.США). Базовый план предусматривает обновление имеющегося оборудования, и поэтому в эксплуатационные расходы зачислены только расходы, относящиеся ко вновь внедряемому оборудованию. При расчете себестоимости программы применяются рыночные цены на оборудование в Узбекистане и международные цены.

Указанная себестоимость составляет лишь 5,4% совокупных расходов больницы в 2002 г., и мала также при сопоставлении с величиной для больницы среднего размера – 9,1%. Исходя из этих цифр, можно заключить, что удвоение в будущем эксплуатационных расходов в результате более активной деятельности по медобслуживанию вряд ли вызовет какие-либо серьезные проблемы.

В 2010 г. затраты на рабочие расходы в целевых ЦРБ предположительно составят около 329 800 000 сумов. Если предположить, что 20% будет

покрываться за счет государственного бюджета, то сумма, покрываемая за счет страховых средств, формируемых из взносов пациентов, составит 263 840 000 сумов. Указанный расчет показывает, что система является практически возможной, так как страховые затраты в расчете на душу населения составят 2 640 сумов (не включая СВП или медучреждения третичного уровня в системе переадресации), что эквивалентно примерно 0,2% душевого ВВП.

Самым существенным фактором, позволяющим снизить затраты, может стать повышение потенциала обследования и лечения пациентов. Далее, за счет усиления координации с СВП последние будут обладать более высоким потенциалом медобслуживания, а постановка медобслуживания профилактического типа сделает возможным раннее выявление заболеваний и их предупреждение, что даст эффект дальнейшего сокращения затрат. Согласно результатам основного изучения, эксплуатационные расходы стандартного СВП составляют 8 040 000 сумов, а в случае реализации приоритетной программы общий бюджет СВП составит 504 510 000 сумов. Таким образом, затраты в 5 045 сумов в расчете на душу населения создадут позитивный эффект от усиленного первичного здравоохранения, бенефициаром которого явится население численностью 100 000 чел.

Кроме того, данная программа приведет к усовершенствованию работы больниц и управления ими, что, в свою очередь, приведет к дальнейшему снижению ненужных затрат.

Наконец, можно рассчитывать на еще два позитивных эффекта: во-первых, будет улучшен доступ пациентов к наиболее адекватному медицинскому обслуживанию за счет транспортировки находящихся в критическом состоянии пациентов в головные медучреждения системы переадресации; во-вторых, будет расширен доступ к медикаментам, позволяя более совершенное обслуживание пациента.

Как показано выше, бенефициаром существенного позитивного эффекта окажется население численностью 100 000 чел., причем это будет достигнуто за счет совокупных рабочих расходов на сумму 834 310 000 сумов – 329 800 000 сумов в ЦРБ, и 504 510 000 сумов в СВП, а также страховых взносов,

составляющих в итоге в расчете на душу населения 7 685 сумов – 2 640 сумов в ЦРБ, и 5 045 сумов в СВП. Другими словами, расходы приблизительно в 0,54% от величины душевого ВВП (1 411 000 сумов) позволят вести полноценное медобслуживание на районном уровне.

47,1% совокупных расходов больниц идет на выплату заработной платы медработникам. При указанной пропорции денежные выплаты может быть перераспределены в пользу медработников, когда сокращение затрат приведет к возникновению крупного бюджетного излишка. Такое сокращение затрат может быть достигнуто за счет более эффективного медобслуживания, адекватного распределения кадровых ресурсов, повышения уровня управления работой больниц.

3) Система медицинских услуг на уровне области

Данная приоритетная программа имеет своим целевым объектом население численностью 1,8 млн. чел. в области среднего размера в 2010 г. Основная концепция данной программы предусматривает консолидацию и централизацию специализированных медицинских объектов. Исходя из коэффициента загрузки коечного фонда в имеющихся больницах, консолидации приведет к сокращению размера коечного фонда на 20-30%. В соответствии с таким прогнозом, размер коечного фонда областной многопрофильной больницы составит 400 коек.

При этом персонал в областной многопрофильной больнице будет состоять из 70 врачей, 155 медсестринских работников и 45 работников др. категорий, всего 270 чел. Указанные цифры базируются на результатах Базового Изучения, согласно которым количество врачей в расчете на 1 койко-место составляет 0,18 чел., медсестринских работников – 0,39 чел., работников др. категорий – 0,11 чел.

В Таблице ниже показаны стандартные годовые расходы больницы с коечным фондом на 400 чел., по результатам основного изучения.

Таблица 16.39. Годовые расходы в больнице с коечным фондом на 400 чел.

(Ед.: 1000 сумов)

| Доходы | 2000 г. ¹⁾ | | 1)/2) | 2001 г. ²⁾ | | 2)/3) | 2002 г. ³⁾ | |
|--------------------|-----------------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------|
| | В расчете на 1 койку | 400 коек | | в расчете на 1 койку | 400 коек | | в расчете на 1 койку | 400 коек |
| Субсидии Минздрава | 298,1 | 119 240 | 51,1% | 470,7 | 180 120 | 39,0% | 626,2 | 250 440 |
| Оплата пациентами | 3,0 | 1 200 | 13,3% | 3,4 | 1 360 | 782,4% | 30,0 | 12 000 |
| Итого | 301,1 | 120 440 | 50,7% | 453,6 | 181 480 | 44,6% | 656,2 | 262 440 |

| Расходы | 2000 г. ¹⁾ | | 1)/2) | 2001 г. ²⁾ | | 2)/3) | 2002 г. ³⁾ | |
|--------------------------------------|-----------------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------|--------------|-----------------------|----------------|
| | В расчете на 1 койку | 400 коек | | в расчете на 1 койку | 400 коек | | в расчете на 1 койку | 400 коек |
| Заработная плата | 143,1 | 57 240 | 47,5% | 211,1 | 84 440 | 46,6% | 309,4 | 123 760 |
| Медикаменты | 33,6 | 13 440 | 56,3% | 52,5 | 21 000 | 39,8% | 73,4 | 29 360 |
| Социальное обеспечение | 33,6 | 13 440 | 50,6% | 50,6 | 20 240 | 39,1% | 70,4 | 28 160 |
| Коммунальные услуги | 49,5 | 19 800 | 25,7% | 62,2 | 24 880 | 29,9% | 80,8 | 32 320 |
| Питание | 19,5 | 7 800 | 94,9% | 38,0 | 15 200 | 35,8% | 51,6 | 20 640 |
| Содержание, техобслуживание и ремонт | 7,3 | 2 920 | 19,2% | 8,7 | 3 480 | 20,7% | 10,5 | 4 200 |
| Оборудование и мебель | 1,2 | 480 | 25,0% | 1,5 | 600 | 13,3% | 1,7 | 680 |
| Медицинские расходные материалы | 13,3 | 5 320 | 118,8% | 29,1 | 11 640 | 100,3% | 58,3 | 23 320 |
| Итого | 301,1 | 120 440 | 50,7% | 453,6 | 181 480 | 39,1% | 656,2 | 252 440 |

Затраты на эксплуатацию, содержание и техобслуживание оборудования, а также на расходные материалы к нему составляют основную часть эксплуатационных расходов при внедрении приоритетной программы. При расчете себестоимости данной программы применяются рыночные цены на оборудование в Узбекистане и международные цены.

Указанная себестоимость составляет лишь 7,33% совокупных расходов больницы в 2002 г., и мала также при сопоставлении с величиной для больницы среднего размера – 9,51%. Указанные цифры позволяют предположить, что в будущем вряд ли возникнут какие-либо серьезные осложнения, связанные с расходами на содержание, техобслуживание и ремонт. В 2010 г. рабочие расходы целевых ЦРБ предположительно составят около 695 400 000 сумов, так что эксплуатационные затраты составят 2,5% от совокупных расходов.

Что же касается эксплуатационных расходов в 2010 г., то предусматривается, что 20% от суммы 695 400 000 сумов будет покрыто за счет государственного бюджета, а пациенты оплатят за свой счет страховое медобслуживание на 556 320 000 сумов. Так как сумма в расчете на душу населения составит всего лишь 310 сумов, рассматриваемая программа оказывается практически возможной.

Самым существенным фактором, позволяющим снизить затраты, станет консолидация медицинских объектов и централизация системы анализов/исследований – в частности, снижение издержек в результате сокращения размера коечного фонда, пользования коммунальными услугами совместно с другими подразделениями, не являющимися непосредственно связанными с данным, а также более централизованное управление больницами.

Как можно видеть, данная программа позволяет больницам снизить затраты за счет усовершенствования потенциала менеджмента. Управление запасами медикаментов позволит оперативно поставлять надлежащие медикаменты. Затраты будут снижены также за счет усиления повседневного содержания, техобслуживания/ремонта и постановки системы деятельности по содержанию, техобслуживанию и ремонту оборудования. Сроки лечения и госпитализации будут сокращены за счет улучшения качества медобслуживания.

Позитивный эффект, который пациенты смогут получить от данной программы, не исчерпывается вышеуказанным: на областном уровне пациенты смогут получить передовое медобслуживание. Кроме того, затраты сократятся в результате того, что пациентов не придется часто транспортировать в Ташкент. Действуя в качестве медучреждения системы переадресации, областная многопрофильная больница принимает пациентов из медучреждений более низкого уровня и оказывает им медобслуживание. Помимо этого, областная многопрофильная больница ведет надзор за всей медицинской системой в области и за административным управлением медобслуживанием в области, ведет обучение и практику для медработников низовых медучреждений системы переадресации. Таким образом, усиление работы больницы даст позитивный эффект, бенефициаром которого явится все население региона, а

также повысит эффективность комплекса деятельности по медобслуживанию в области.

Из вышеуказанного следует, что эксплуатационные расходы в размере 695 400 000 сумов, т.е. 390 сумов на душу населения, дадут серьезный позитивный эффект в отношении населения численностью в 1,8 млн. чел.

49,0% совокупных расходов больниц идет на заработную плату медработников. При указанной пропорции денежные выплаты может быть перераспределены в пользу медработников, когда сокращение затрат приведет к возникновению крупного бюджетного излишка. Такое сокращение затрат может быть достигнуто за счет более эффективного медобслуживания, адекватного выделения кадровых ресурсов, повышения уровня управления работой больниц.

4) Информационная система управления здравоохранением (ИСУЗ)

Затраты, требующиеся на реализацию указанной программы, составляют в общей сложности 944 000 долл.США за срок в 5 лет, или 188 000 долл.США в год. Это включает расходы на обучение персонала РИАЦ, необходимое для создания новой системы, и на закупку компьютеров для базы данных. В расчете на душу населения затраты составят всего лишь 0,038 долл.США (37 сумов).

Расходы на персонал будут являться основной рубрикой эксплуатационных расходов после реализации приоритетной программы. При этом указанная программа ставит задачей создание новой ИСУЗ за счет использования имеющихся кадров и организации. Новая организационная структура будет включать тот же персонал, что и существующая в настоящее время, и будет иметь одинаковый с ней размер. В этой связи при анализе вопроса о внедрении новой ИСУЗ вопрос об увеличении затрат на труд не рассматривается.

В настоящее время документы, составленные в СВП, на регулярной основе вручную доставляются в учреждения районного и областного уровня. При использовании этой имеющейся системы ручной доставки себестоимость передачи цифровых данных в учреждения более высокого уровня не изменится.

В будущем, однако, указанные затраты могут быть снижены за счет использования Интернета.

Самым существенным позитивным эффектом, который будет получен за счет нового ИСУЗ, станет оперативная и точная передача и обработка подробной медицинской информации. Приобретет своевременность планирование здравоохранения и разработка политики в этой сфере на уровне Министерства Здравоохранения и областных департаментов здравоохранения, где в настоящее время приходится работать с агрегированными данными и чрезмерно много времени тратится на выполнение подсчетов.

Новая ИСУЗ даст значительный и разносторонний позитивный эффект в отношении всего населения страны, включая предупреждение распространения инфекционных заболеваний, возможность оперативного принятия контрмер против новых инфекционных заболеваний, равенство в распределении медицинских объектов и оборудования. В целом, новая система внесет значительный вклад в укрепление здоровья нации и в совершенствование сферы здравоохранения. Наконец, она создаст благоприятные условия и обеспечит поддержку для внедрения системы медицинского страхования.

В расчете на душу населения затраты на реализацию программы и формирование системы оцениваются в 0,038 долл.США (37 сумов), позволяя при этом обеспечить существенный позитивный эффект в отношении 28 млн. чел. населения страны.

5) Система переливания крови

Целевым объектом данной приоритетной программы является население области среднего масштаба, которое в 2010 г. предположительно составит 1,8 млн. чел. Главная концепция данной программы состоит в централизации и консолидации областных центров переливания крови (ЦПК) и станций переливания крови (СПК) на областном уровне. В частности, ставится задача централизации выполнения анализов крови и обработки полученных результатов. Функции выполнения анализа крови будут переданы с имеющихся в настоящее время СПК в ЦПК, а СПК будут заниматься исключительно сбором анализов крови.

Затраты на проведение поискового исследования будут в основном сопряжены со строительством центральных областных СПК (оснащенных функцией проведения лабораторных анализов, а также функцией обучения медработников) – 960 000 долл.США, а также с поставкой оборудования – 1 080 000 долл.США. Таким образом, общая стоимость затрат оценочно составит 2 040 000 долл.США.

В расчете на душу населения, затраты составят примерно 1,13 долл.США (1,0 сумов). Данная цифра невысока – это всего лишь 0,78% от прогнозной величины душевого ВВП в 2010 г., являющемся окончательным целевым годом по Генеральному плану, и 2,65% от душевого ВВП в 2005 г., являющемся промежуточным целевым годом в краткосрочной перспективе. Таким образом, можно сделать заключение, что реализация программы не будет сопряжена с серьезными проблемами.

Основные текущие затраты на приоритетную программу будут связаны с расходами на реагенты для лабораторных анализов, с расходами на эксплуатацию, содержание, техобслуживание и ремонт оборудования, и оценочно составят 21600 долл.США. При этом, что касается расходов на эксплуатацию, содержание, техобслуживание и ремонт оборудования, то в вышеуказанную оценочную сумму зачислены в основном затраты на анализы крови. Это связано с тем, что, в принципе, будет выполняться обновление уже имеющегося оборудования, так что размер дополнительной потребности в соответствующих расходах будет невелик. Количество обрабатываемых анализов крови спрогнозировано исходя из предпосылки, что будет сформирована система переливания крови, и что анализы крови будет сдавать 1% населения целевой области.

Данная приоритетная программа ставит своей задачей формирование централизованной системы переливания крови с использованием имеющихся кадров и организационной структуры. В новой системе будут трудиться кадры, работающие в ЦПК в настоящее время, и дополнительные затраты на увеличение количества персонала не рассматриваются.

Таким образом, как было показано выше, связанные с Поисковым исследованием годовые эксплуатационные затраты составят 21 600 долл.США, расходуемые на анализы крови. В расчете на душу населения, сумма

оплачиваемых бенефициарами расходов будет невысокой – около 0,012 долл.США (12 сумов). В настоящее время анализы крови также выполняются – хотя и с помощью устарелого оборудования и по устарелым методикам, а соответствующие расходы оплачивает правительство Узбекистана. В этой связи каких-либо серьезных проблем с финансированием при реализации программы не предполагается.

С другой стороны, централизация и консолидация ЦПК и СПК приведет к существенному сокращению затрат. В частности, в результате централизации функций выполнения анализа крови и обработки результатов сократятся до нуля затраты на анализы крови на имеющихся СПК при медучреждениях. Одновременно, это сделает возможным обработку большого количества анализов, что позволит избежать неоправданного расходования реагентов на калибровку. Кроме того, затраты сократятся за счет повышения коэффициента загрузки оборудования.

Наконец, самым существенным полезным эффектом данной программы явится обеспечение безопасности переливания крови.

Согласно отчету Центра СПИДа, анализ крови оказался положительным для 46,95/100 000 чел. (2002 г.). Новая система переливания крови поможет избежать распространения заболевания. Кроме того, новая система позволит улучшить соотношение между потребностью в переливании крови и предложением крови, что сделает также возможным выполнение надлежащих хирургических операций, позволит устранить негативные явления, связанные с дефицитом крови для переливания, создавая неоценимый позитивный эффект в отношении оперируемых и послеоперационных пациентов. Таким образом, программа внесет огромный вклад в обеспечение безопасности переливания крови и в обеспечение стабильного баланса между потребностью в крови для переливания и соответствующим предложением. В результате бенефициаром по данной программе явится все население Республики.

ГЛАВА 17
ПЕРЕДАЧА ТЕХНОЛОГИИ
МЕСТНЫМ ПАРТНЕРАМ

17. Передача технологии местным партнерам

Передача технологии партнерам проводилась в рамках изучения: (i) во время обучения на практике и (ii) на семинарах. Преимущественно в случае обучения на практике передача технологии была проведена посредством рабочих групп, на встречах с партнерами, и также посредством совместного выполнения задач изучения, включая анализ методологии изучения, анализ собранных данных, и подготовку отчетов.

17.1 Передача технологии по финансированию здравоохранения

С помощью компонента финансирования здравоохранения группа изучения провела передачу технологии партнерам посредством следующего: а) презентации и обсуждений на встречах с Рабочей группой; б) презентации японского эксперта: руководителя технического советника ЛСА по системе финансирования здравоохранения Японии в марте 2003 г. и в) обучения двух партнеров из Минздрава в Японии (обучение на уровне менеджера) на курсе обучения для менеджеров сроком с 14 августа по 29 августа и на курсе обучения финансирования здравоохранения сроком с 14 августа по 5 сентября.

Передача технологий посредством встречи рабочей группы была очень полезной. В эту группу были включены партнеры из Минздрава, представители специального комитета по реформам здравоохранения при Кабинете Министров, Минфина финансов, макроэкономики и статистики, а также лица, представляющие другие организации. Во время дискуссий среди местных участников чувствовался дух понимания сотрудничества со странами ОЭСР (организация по экономическому сотрудничеству и развитию). Однако, недостаток данных и/или различного определения данных препятствовали прямому сравнению. Кроме того, на партнеров сильное впечатление произвели затруднения в приведении прямых выводов при сравнении данных, из-за значительного отличия между уровнями развития и системами здравоохранения. Чтобы привести данные и их сбор в соответствии с международным принятым стандартом в стране, необходимо направить на это большие усилия. Первым шагом в этом направлении будет создание национальной системы отчетности здравоохранения, одно из первых действий, идентифицированных в Плане.

Система финансирования здравоохранения Японии была представлена узбекской аудитории. Поскольку слушатели совсем не была знакома с японской системой, эти презентации расширяли кругозор участников и понимание различных систем здравоохранения. Некоторые элементы японской системы не могут применяться в Узбекистане из-за отличающейся основы ресурсов, тогда как некоторые аспекты, например, роль местных властей и участие частного сектора, могут представлять интерес. Знание того, как все это преобразовывается в унифицированную систему может быть определенным вкладом в процесс реформирования в Узбекистане.

Схема финансирования здравоохранения и универсального охвата медстрахования в Японии была представлена на вышеупомянутом семинаре. Поэтому, главная цель обучения в Японии состояла в том, чтобы понять фактическую ситуацию и детали системы финансирования здравоохранения Японии. Для укрепления финансируемой базы здравоохранения и эффективного использования медицинских ресурсов в Узбекистане, обучение было проведено в области финансового управления страховым фондом: ознакомление со структурой доходов, система сбора взносов, система оплаты, управление страховым фондом и структура и функция страховочной ассоциации. В обучение входила ознакомление с системой страхования в сельской местности для обеспечения качественных медицинских услуг. С другой стороны, администрация и управление здравоохранением в сельских районах также важны для укрепления медицинских услуг. Поэтому все это было изучено, включая посещение поликлиник Японии.

При проведении изучения возможен был свободный доступ к необходимым документам по интернету. Были собраны документы Европейского наблюдательного органа здравоохранения, Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения и ЮНИСЕФ. Они явились полезным справочным материалом для реформ политики здравоохранения вообще и финансирования здравоохранения в частности. Расширение мини-библиотек с подобными материалами, профессиональный перевод этих документов и политика распространения может способствовать процессу передачи технологий. Более важно влияние на другие системы посредством проведения изучений и конференций, а также программ обучения, что усилит местные возможности для прослеживания и продвижения процесса реформ, которые в настоящее время находятся в стадии реализации.

Основами этого процесса являются формирование компетентного слоя, выступающего как ядро, в сфере экономики здравоохранения и создание подразделения установления политики финансирования здравоохранения, которое будет направлять процесс преобразования на улучшение системы здравоохранения в Узбекистане.

17.2 Осуществление передачи технологии по ГИС

Узбекистан следует централизованной и агрегационной системе статистических данных. Помимо агентств ООН имеются немного других донорских организаций, работающих в медицинских учреждениях, а Минздрав осуществляет главный проект, финансируемый Всемирным банком по развитию инфраструктуры здравоохранения. Нанесенные на карту медицинские учреждения (ГИС) или вычерченные графические изображения различных указателей на карте не были использованы (кроме ВОЗа, которая имеет тематическую ограниченную карту с областями: в рамках проекта Всемирного банка вручную вычертил графическое изображение СВП на бумажной карте, чтобы отметить учреждения, которые будут отремонтированы или построены в проектных областях).

Данный проект изучения ставил целью создать основные карты Узбекистана до уровня районов, создать карты для одной области как образец с указанными всеми особенностями, распространить основные карты в бесплатном программном обеспечении, и передать эту технологию, компьютерную технику и программное обеспечение РИАЦу так, чтобы дальнейшее развитие и распределение могло быть предпринято им.

Следующие действия предприняты в рамках проекта:

- 1) Создание карты со следующими указаниями Узбекистана и преобразование в цифровую форму.
 - Государственные и областные границы и столицы.
 - Районные границы.
 - Районные столицы.
 - Важные города в каждом районе.
 - Дороги всех типов (государственные автострады, автомагистрали,

второстепенные дороги, другие дороги).

- Железнодорожные линии всех типов.
- Водные объекты - море, река и т.д.

2) Преобразование в цифровую форму и создание полных карт области по образцу Ферганской области со следующими указаниями:

- Районные границы.
- Водные объекты (реки).
- Каналы.
- Очертания (возвышенности и горы).
- Лес.
- Песчаные районы.
- Дороги.
- Пункты СВП.
- Прочие медучреждения.
- Населенный пункты.

3) Сбор, подготовка и печатание карт (около 50 экз.) с данными районов относительно населения, инфраструктуры здравоохранения, болезней, статистических данных системы здравоохранения).

4) Разработка приложения ГИС, подлежащие распределению. Эта программа создана в программе *arc explorer 2,0* (для более медленных компьютеров) и программе *arc explorer 4,0* (версия *java*) для новейших компьютеров. Эта программа с ПРИЛОЖЕННЫМИ ДАННЫМИ, не требующая лицензии на установку, может быть установлена в любом месте без ограничения. Но, при условии, что РИАЦ будет обновлять данные один раз в год и распределять их пользователям.

5) Обучение ГИС и передача технологии партнерам.

Таблица 17.1 Подробности обучения ГИС для партнеров

| № | Наименование | Описание |
|---|--|--|
| 1 | Число обученных программистов (РИАЦ) | 11 |
| 2 | Методология обучения | Лекционный метод, практические занятия, тренировочные упражнения по небольшим проектам |
| 3 | Обучение по темам было сосредоточено на: | Преобразование в цифровую форму бумажных карт, создание различных указателями, прилагаемых данных, создание различных тематических карт, печатание карт, осуществление простого анализа через использование буферов различных форматов данных источника, создание приложений и распределение карт ГИС и приложений |
| 4 | Продолжительность обучения | 30 дней |

- 6) Нижеследующая КОМПЬЮТЕРНАЯ ТЕХНИКА передана в РИАЦ по проекту
- Два компьютера Pentium 4 со всеми составляющими, такими как сидирайтер (устройство для записи компакт-дисков) и один 17-ти дюймовый монитор.
 - Один принтер крупного размера, который может печатать карты до размера A0 (HP DESIGN JET 500 с карточкой HP GL2)
- 7) Нижеследующее ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ передано в РИАЦ как часть проекта.
- ARK VIEW 3,2a
- 8) Полный справочник по ГИС, обновление карт, редактирование карт, данных и др. подготовлено на английском и русском языках и распределено среди обучаемых.

17.3 Осуществление передачи технологии рабочими группами

Группа изучения JICA организовала Рабочие группы для анализа результатов и установления деталей и определения лучшего метода организации работ, выявления проблем и ограничений в существующей ситуации здравоохранения в Узбекистане. Также, рабочие группы сформулировали способы усовершенствования и решения программ. Эти рабочие группы отвечали за передачу технологии и знаний

обучающимся. Эта группа состояла из партнеров от Минздрава, представителей других министерств, связанных с администрацией здравоохранения, медицинскими организациями и предприятиями, международными организациями, неправительственными организациями, директорами и специалистами сельских правительственных и медицинских учреждений, а также группой изучения ИСА. В подсекторах было 12 небольших технических рабочих групп, и в каждой была программа развития. Для координации деятельности каждой рабочей группы было назначено два координатора, один от Минздрава и другой от Группы изучения ИСА. Руководителем рабочей группы был представитель от Минздрава, выступающий в качестве модератора.

Первая пленарная сессия рабочих групп была проведена 31 января 2003 г. Через обсуждения, эти рабочие группы провели анализ собранных данных, существующей ситуации в каждом из секторов, идентифицировали лучший метод организации производственных работ, проблемные вопросы и недостатки существующей медицинской системы услуг, и сформулировали пути решения и программы усовершенствования для Генерального плана.

На пленарной сессии с участием всех членов рабочих групп было проведено объяснение методологии изучения по анализу ситуации и формулировке проекта. Методология их была улучшена во время деятельности рабочей группы. Методология изучения по передачи технологии состоит из двух компонентов.

- Оценка текущей ситуации здравоохранения, лучшего метода организации производственных работ, проблем и недостатков.
- Формулировка способа решения, программ усовершенствования, стратегий и плана реформы здравоохранения.

Методология передачи анализа по оценки и ситуации рабочими группами следовала научному подходу.

- Пошаговый и порайонный подход.
- Объектно-ориентированный подход.
- Структурно-функциональный подход.
- Подход относительно эффективности затрат.

- Секторальный подход.
- Межсекторальный или единый подход.

Также, основная концепция планирования рабочими группами показана ниже;

- Эффективное выполнение медицинского обслуживания.
- Эффективное и рациональное использование медицинских ресурсов.
- Рассмотрение с учетом особенностей каждой области и зоны.
- Сотрудничество с Минздравом, соответствующими министерствами, донорами и неправительственными организациями.
- Программы сосредотачиваются на потребностях пациентов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Аппендикс, таблицу 3.1 Заседание партнеров

Дата: Ноябрь 11, 2002

Место проведения: Конференц зал Министерство Здравоохранения, Ташкент

Министерство Здравоохранения

| Имя | Должность | Организация |
|---------------------|-------------------------------------|---|
| Абдуманнон Сиддиков | Начальник | Департамент координации ВЭД |
| Улугбек Хайруллаев | Зам. Начальника | Департамент координации ВЭД |
| Ходжибеков Марат | Зам. министра | Министерство Здравоохранения |
| Камилов Асомиддин | Зам. министра | Министерство Здравоохранения |
| Илхамов Фархад | Начальник | Главное управление по оказанию лечебно-профилактической помощи |
| Акилов Фархад | Начальник | Управление отделом кадров и обучением |
| Алимова Матлуба | Зам. начальника | Управление отделом кадров и обучением |
| Файзиев Максуд | Первый заместитель начальника | Отдел управления ГАА "Дори-Дармон" |
| Бахромова Назира | Начальник | Центр логистики лекарств |
| Туриева Нурий | Начальник | Главное управление охраны материнства и детства |
| Отабеков Нурмат | Начальник | Отдел санитарно-эпидемиологического контроля |
| Муратханов Ахматхон | Начальник | 2-е управление |
| Файзуллаев Эркин | Зам. начальника | Главное управление экономики и финансов |
| Хакимов Тимур | Начальник | Отдел приватизации и частной медицины |
| Абдурахимов | Начальник | Отдел само-финансирования и само-управления |
| Салдиходжаева Рихси | Начальник | Ассоциация медсестер Узбекистана |
| Душамов Расул | Ведущий специалист | Главный отдел логистики развития |
| Муталова Зулхумор | Начальник | Республиканский информационно-аналитический центр |

Аппендикс, таблицу 3.2 Заседание круглого стола

Дата: Ноябрь 25, 2002

Место проведения: Пресс Центр, Ташкент

Доноры и международные агентства

| Имя | Должность | Организация |
|---------------------------------|--|--|
| Зулфия Каинмова Карима Сакех | Начальник управления ценных бумаг Экономист Здравоохранения/ECSS Manila H.Q. | Азиатский Банк Развития Азиатский Банк Развития |
| Марк Боннел | Международный эксперт | Европейское содействие/ EuroAid |
| Манфред Путтер | Заместитель руководителя группы | Европейское содействие/ EuroAid |
| Юкико Накано | Секретарь | Посольство Японии |
| Томойуки Хайаши | Секретарь | Посольство Японии |
| Кае Янагисава | Резидентный представитель | Офис JICA в Узбекистане |
| Хидеки Танабе | Ассистент резидентного представителя | Офис JICA в Узбекистане |
| Сарвар Тиллабаев | Руководитель программы | Офис JICA в Узбекистане |
| Фозил Хасанов | Координатор по связям | Врачи Без Границ |
| Талевски | Консультант по туберкулезу | Проект "НОРЕ" |
| Туняева Юлия | Ассистент программы | Проект "НОРЕ" |
| С.Сахипов | Менеджер проекта | ЮНФПА |
| Мари Е. Скейси | Специалист по менеджменту общественного здравоохранения | USAID региональный офис в Алматы |
| Алишер Ишанов | Специалист по здравоохранению | USAID офис в Узбекистане |
| Рано Сабитова | Ассистент по здравоохранению | USAID офис в Узбекистане |
| Андреас Тамберг | Советник по здравоохранению | USAID офис в Узбекистане |
| Дженни Фаррелл | Директор проекта в Узбекистане | Проект Здрав Плюс |
| Питер Кэмпбел | Директор Программы мед. образования | Проект Здрав Плюс |
| Аста Кенни | Директор Программы по пропаганде здорового образа жизни | Проект Здрав Плюс |
| Субрата Раут | Директор программы по финансированию и менеджменту | Проект Здрав Плюс |
| Ходжаев Зокир | Координатор проекта | ВОЗ |
| Джек Лангенбруннер | Офис в Москве, Экономист | Всемирный Банк |

Министерство Здравоохранения

| Имя | Должность | Организация |
|---------------------|----------------|------------------------------|
| Ходжибеков Марат | Зам. Министра | Министерство Здравоохранения |
| Абдуманнон Сиддиқов | Директор | Департамент координации ВЭД |
| Ходжиметов | Зам. Директора | "Дори-Дармон" |

Аппендикс, таблицу 3.3 Семинар по первоначальному отчету

Дата: Ноябрь 30, 2002

Место проведения: Конференц зал Министерства здравоохранения, Ташкент

Министерство здравоохранения и областные управления здравоохранением

| Имя | Должность | Организация | Область |
|------------------|------------------------------------|---|----------------|
| Армерданова Ш.К | Начальник отдела | РИАЦ | Ташкент |
| Халимов А.А. | Заместитель | Лечебное управление | Ташкент |
| Исанов А.У. | Гл. Врач | Центральная Районная Больница | Ташкент |
| Акрамов А.И. | Начальник отдела | Обл. Здрав | Ташкент |
| Саримсакова П.З | Начальник экономического отдела | Обл. Здрав | Ташкент |
| Эргашева Х.А. | Гл. Врач | Зангиотинская Центральная Районная Больница | Ташкент |
| Уринбоев И. | Начальник отдела | Обл. Здрав. | Жиззах |
| Шерназаров Ф.Х | Заместитель | Обл. Здрав. | Сырдарья |
| Касимов Ф.М. | Начальник экономического отдела | Обл. Здрав. | Сырдарья |
| Рахманов З | 1ый заместитель | Обл. Здрав | Наманган |
| Хусанов З. | Главный бухгалтер | Обл. Здрав. | Наманган |
| Рузимова З | Начальник экономического отдела | Обл. Здрав. | Хорезм |
| Жумашев И. | 1ый заместитель | Обл. Здрав. | Хорезм |
| Юсупов И. | Гл. Врач | Берунийская Центральная Районная Больница | Каракалпакстан |
| Жуманиязов А. | Зам. Министра | Министерство Здравоохранения | Каракалпакстан |
| Абдуманов Б. | Гл. Врач | Тахтакупирская Районная Больница | Каракалпакстан |
| Туримбетова | Министр Здравоохранения | Министерство Здравоохранения | Каракалпакстан |
| Рахманов Р.К. | Начальник отдела | Обл. Здрав | Кашкадаря |
| Буимурадов | Зам. Начальника финансового отдела | Обл. Здрав | Навои |
| Касимива Ф. | 1ый заместитель | Обл. Здрав | Бухара |
| Мухтаров Х. | Гл. Врач | Областная больница Бухары | Бухара |
| Тухтабаев М. | Заместитель | Обл. Здрав. | Андижан |
| Каримов Б. | Начальник экономического отдела | Обл. Здрав. | Андижан |
| Абдурахимов М.И. | Главный экономист | Обл. Здрав | Фергана |
| Кузьмина | Главный экономист | Обл. Здрав | Фергана |

**Аппендикс таблицу 3.4 Семинар по представлению
промежуточного отчета**

| ФИО | Должность | Управление / Организация |
|---|--|---|
| Асадов Д.А. | 1й заместитель Министра | Министерство здравоохранения |
| Ходжибеков М.Х. | Заместитель Министра | Министерство здравоохранения |
| Машарипов Х. Сидиков А.Э. Акилов Ф.А. | Начальник Начальник | Кабинет Министров Департамент внешних связей Минздрава Управление по кадрам, образованию и науке, Министерство здравоохранения |
| Максумов Д. Бахрамова Н. | Директор Директор | Проект «Здоровье» Центр лекарственной политики, Министерство здравоохранения |
| Хашимов Ш.Х. | Начальник | Главное управление по оказанию лечебно профилактической помощи, Министерство здравоохранения |
| Хайруллаев У. | Начальник отдела | Министерство здравоохранения |
| Душанов Р. | Зам.начальника | Отдел снабжения, Министерство здравоохранения |
| Субрата Раут | Директор по финансам и менеджменту | Здравплюс |
| Салихова Ф. | Менеджер по финансам и управлению | Здравплюс |
| Алимов А. | Ректор | Ташкентский педиатрический медицинский институт |
| Закиров И.Г. | Начальник | Управление приватизации и менеджмента здравоохранения |
| Файзуллаев И.Р. | Зам.начальника | Финансово экономическое управление, Министерство здравоохранения |
| Абдурахимов Р.А. Джалилов Х.Е. Максудова Х.А. Задорожная Р.А. | Начальник Зам.начальника | Управление платных услуг и тарифов Управление по контролю качества лекарств Государственный Комитет по Статистике Министерство экономики |
| Муртазаев А.М. Ядгарова Р.К. | Директор Зам.начальника | Институт “Здоровье” Управление по охране здоровья матери и ребенка |
| Магдалиев О.Д. Карабаев В.Ш. Махмудова Д.И. Наджмитдинов А.М. | Зам.директора Председатель Директор Профессор | РИАЦ Ассоциация врачей Узбекистана НИИ Педиатрии Управление организации и менеджмента здравоохранения |
| Мухамедгараева Ф.Ш. | Зам.председателя | Ассоциация медсестер Узбекистана |
| Иргазиев А. Ахмедова | Директор | “Узмедэкспорт” Институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний |
| Усманов Р.И | | 2й ТашМИ |

| | | |
|------------------|-----------|---|
| Атаханов Ш.Э | Проректор | 1й ТашМИ |
| Искандаров | Директор | НИИ санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний |
| Файзиев Максуд | Начальник | “Дори-Дармон” |
| Хакимов Т.П. | Начальник | Управление приватизации и частной медицины |
| Мурадханов | Начальник | Второе управление (организация медицины катастроф) |
| Др.Хиройя Огата | | Начальник координационного комитета, JICA |
| Кунихико | | Координационный комитет, JICA |
| Хирабайаши | | |
| Хидеаки | | Координатор, JICA |
| Матсумото | | |
| Кае Йанагисава | | Директор, JICA Ташкентский офис |
| Эйджи Асами | | Помощник представителя, JICA Ташкентский офис |
| Сарвар Тиллябаев | | Координатор програм, JICA Ташкентский офис |
| Хироши Або | | Руководитель проекта, член группы исследования JICA |
| Мария Кристина | | член группы исследования JICA |
| Баутиста | | |
| Кенджи Сода | | член группы исследования JICA |
| Кейко Мурааматсу | | член группы исследования JICA |
| Бахром Дурманов | | член группы исследования JICA |
| Надира Муратова | | член группы исследования JICA |

Аппендикс таблицу 3.5 Семинар по проекту окончательного отчета

| | |
|-------------------------|--|
| Г-н Рахимжанов Шухрат | ЮНИСЭФ |
| Г-н Шалакадзе А. | ЮНИСЭФ |
| Г-жа Сабирова Ф.Б. | Научно-исследовательский институт педиатрии |
| Г-н Портер Михаил | Консультант по медицинским вопросам, Всемирный банк |
| Г-н Тайлер Роберт | АДБ проект, охрана матери и ребенка |
| Г-н Тамберг Андреас | USAID |
| Г-н Камира Салех | Азиатский банк развития |
| Г-жа Мухамаджарова Роза | Проект «Здоровье» |
| Г-жа Хиби Эрика | UNFPA |
| Г-жа Физилова Феруза | Консультант, UNFPA |
| Г-н Субрата | ЗдравПлюс |
| Г-жа Анажанова Г. | ЗдравПлюс |
| Г-н Касбел Петер | ЗдравПлюс |
| Г-жа Микиван Первен | MSF |
| Г-н Ходжиметов | ‘Дори-Дормон’, председатель |
| Г-н Нурматов | Самаркандская область, начальник финансового отделения облздрави. |
| Г-н Зиявиддинов Шухрат | Координатор |
| Г-н Хамидова Г. | Г. Бузара, облздрави |
| Г-н Боимурадов Ш. | Кашкадарьинская область, облздрави. |
| Г-н Рахмонов Р. | Кашкадарьинская область, облздрави. |
| Г-н Джиманиязов О. | Республика Каракалпакстан, заместитель министра здравоохранения |
| Г-н Рустанов З. | Наманганская область, облздрави. |
| Г-н Низамов Ж. | Наманганская область, облздрави. |
| Г-н Абдуллаев Н. | Сурхандарьинская область, облздрави. |
| Г-н Мамаражабов | Сурхандарьинская область, зам. начальника облздрави. |
| Г-н Каримов Б. | Андижанская область, облздрави |
| Г-жа Задорожная Р. | Министерство Экономики |
| Г-жа Курбанова Д. | ‘Узмедэкспорт’, заместитель генерального директора |
| Г-жа Цой С. | Ургенч, начальник облздрави. |
| Г-н Наджмитдинов Азад | Ташкентский институт усовершенствования врачей |
| Др. Тада | Представитель JICA, Токио |
| Г-н Цуда | Представитель JICA, Токио |
| Г-н Хошимов Т. | Ташкентская мед. институт педиатрии |
| Г-н Валиев А. | Институт эпидемиологии и микробиологии |
| Г-н Ходжибаев А. | Институт эпидемиологии и микробиологии, генеральный директор |
| Mr.Khashimov Sh. | МЗ, департамент профилактики |
| Mr.Khodjaev Zakir | ВОЗ |
| Mr.Shoislamov B. | Фармацевтический комитет, председатель |
| Mr.Kalanov M. | МЗ, департамент логистики |
| Mrs.Alimova | МЗ, начальник департамента людских ресурсов и учебных заведений |
| Г-н Усманов | |
| Г-н Хасимов Б. | МЗ, главный департамент экономики и финансов |
| Г-н Шоумаров С.Б. | Республиканский центр санитарно-эпидемиологического контроля |
| Г-н Абдурахимов З. | МЗ, департамент платных медуслуг и тарифов |
| Г-жа Бахрамова Н. | Центр лекарственной политики |

| | |
|------------------------------|--|
| Г-н Ходжибеков М. | Заместитель министра здравоохранения |
| Г-н Камиллов Л. | |
| Г-жа Максудова Х. | Республиканский комитет по статистике |
| Г-жа Амбацумова | Министерство Финансов |
| Г-н Зайловиддинов Р. | Ферганская область, заместитель начальника облздрави. |
| Г-жа Кузьмина М. | МЗ, начальник экономического департамента |
| Г-н Мупатханов | МЗ, второй департамент (экстренная медицина) |
| Г-н Сидиков А. | МЗ, начальник департамента международного сотрудничества |
| Г-жа Турисбетова | Мииздрав Республики Каракалпакстан |
| Г-н Касимов Фуркат | Сырдарьинская область, начальник экономического отделения облздрави. |
| Г-жа Касимова Ш. | Бухарская область, первый зам. начальника |
| Г-н Карабаев В. | Ассоциация врачей Узбекистана |
| Г-жа Рузимова З. | Хорезмская область, начальник департамента планирования |
| Г-н Арезов Ю. | Навоийская область, первый зам. начальника облздрави. |
| Г-н Жуманазаров Б. | Навоийская область, экономист |
| Г-н Закиров | Зам. начальника департамента приватизации и реформ, Минздрав |
| Г-н Ергашев | Джизакская область, зам. начальника экономических вопросов |
| Г-жа Лугманова | Джизакская область, начальник экономических вопросов |
| Г-н Буранов | Сырдарьинская область, директор облздрави. |
| Г-н Бакирхамов | Институт гематологии, директор |
| Г-н Кайменов | МЗ, главный гематолог |
| Г-н Лебедефф В. | ЕуроAID, Проектный менеджер |
| Г-н Атаханов | ТашМИ 1 |
| Г-н Касимов Г. | Андижанский область, облздрав |
| Г-жа Туреева Н. | Главное управление охраны матери и ребенка, Минздрав. |
| Г-н Або Хироши | Группа изучения JICA |
| Г-жа Такаёси Фудэ | Группа изучения JICA |
| Г-жа Баутиста Мартя Кристина | Группа изучения JICA |
| Г-н Ранганаякулу Бодавала | Группа изучения JICA |
| Г-н Дурманов Бахром | Группа изучения JICA |
| Г-жа Муратова Надира | Группа изучения JICA |
| Г-жа Султанова Ася | Группа изучения JICA |
| Г-н Асами | Представитель JICA, Ташкент |
| Г-жа Сибитова Рано | Представитель JICA, Ташкент |

Средства массовой информации

| | |
|-----------------------|--|
| Г-н Марков В. | УзРепорт |
| Г-жа Туманова Е. | Поитант Радио |
| Г-н Маматов Т. | Ахборот (ТВ) |
| Г-н Зиямухамедов | Ахборот (ТВ) |
| Г-н Шарипов | Давр (ТВУ) |
| Г-жа Гулноза | Давр (ТВ) |
| Г-н Ранабаев Х. | “Здравоохранение Узбекистана” (газета) |
| Г-жа Содикова Гулнара | “Здравоохранение Узбекистана” (газета) |
| Г-жа Грязнова | “Народное слово” (газета) |
| Г-н Гафаров А. | Туркистон Пресс |
| Г-н Мурадов М. | ‘Ахборот’ Радио |

Приложение 10.1

Республиканский информационно аналитический центр (РИАЦ) :подробное описание

| Название | Деятельность | Персонал | Отчеты | Комментарии |
|--|--|------------------------------|--|---|
| 1. Отдел получения, контроля и анализа медицинских отчетов | Обрабатывают все формы за исключением форм 47 и 30. | 8 человек | | |
| 2. Отдел медицинской статистической информации | Этот отдел собирает отчетные формы 47 и 30 | 8 человек | Отчеты 47 и 30 | |
| 3. Отдел лечебно-профилактических учреждений | Специализированные больницы областного уровня сдают отчеты в соответствующие вышестоящие организации республиканского уровня, такие как (эндокринологический, кардиологический, туберкулезный, онкологический, педиатрический, (всего 8) центров. Этот отдел получает формы отчетов центров республиканского уровня в обобщенной форме по всем областям. | 8 человек | Формы № 7, 8, 9, 10, 11, 12 | Большая часть этих отчетов составлена соответствующим и вышестоящими организациями |
| 4. Отдел санитарно-эпидемиологического контроля | Этот отдел ежедневно собирает информацию по основным восьми инфекционным заболеваниям по каждой области. Данная информация собирается по телефону по стандартному запросу. Для введения и обобщения данных об инфекционных заболеваниях в отделе пользуются старым программным обеспечением, написанным на языке FORTRAN. | 8 человек | Еженедельно по средам этот отчет предоставляется Замюминистру санитарно-эпидемиологического управления. Ежедневный отчет предоставляется в Республиканскую СЭС. Также предоставляется ежемесячный отчет по 64 инфекционным заболеваниям. | Этот отдел стал частью РИАЦ поскольку раньше здесь был телетайп и было проще собирать данные. С развитием Республиканской СЭС своих собственных планов по сбору данных ч/з компьютерную сеть, роль этого отдела должна быть переопределена. |
| 5. Отдел кадров | Имеет информацию о кадрах (докторах) в простой программе foxpro. | Один главный экономист и три | Отвечает на особые запросы министерства 5 - 6 раз в год | Нет записей о всех сотрудниках, обновление данных |

| | | | | |
|---------------------------|---|---|--|---|
| | | программиста | | происходит один раз в год. |
| 6. Отдел программирования | Обслуживает существующее программное обеспечение, компьютеры и разрабатывает новые программы, а также организует тренинги. | Один глава и три программиста | | Программисты обучались недостаточно. Опять же, они не знакомы с возможностями развития программы. |
| 7. Отдел ввода данных | Их работа в основном сопряжена с вводом данных различных отчетных форм в программу MEDSTAT. Имеется сервер и локальная компьютерная сеть. | Постоянные сотрудники в составе 15 (4 инженера и др). человек | | |
| 8. Административный отдел | Управление и ведение финансовой документации | | | |

Описание компьютерной программы созданной / используемой в РИАЦ

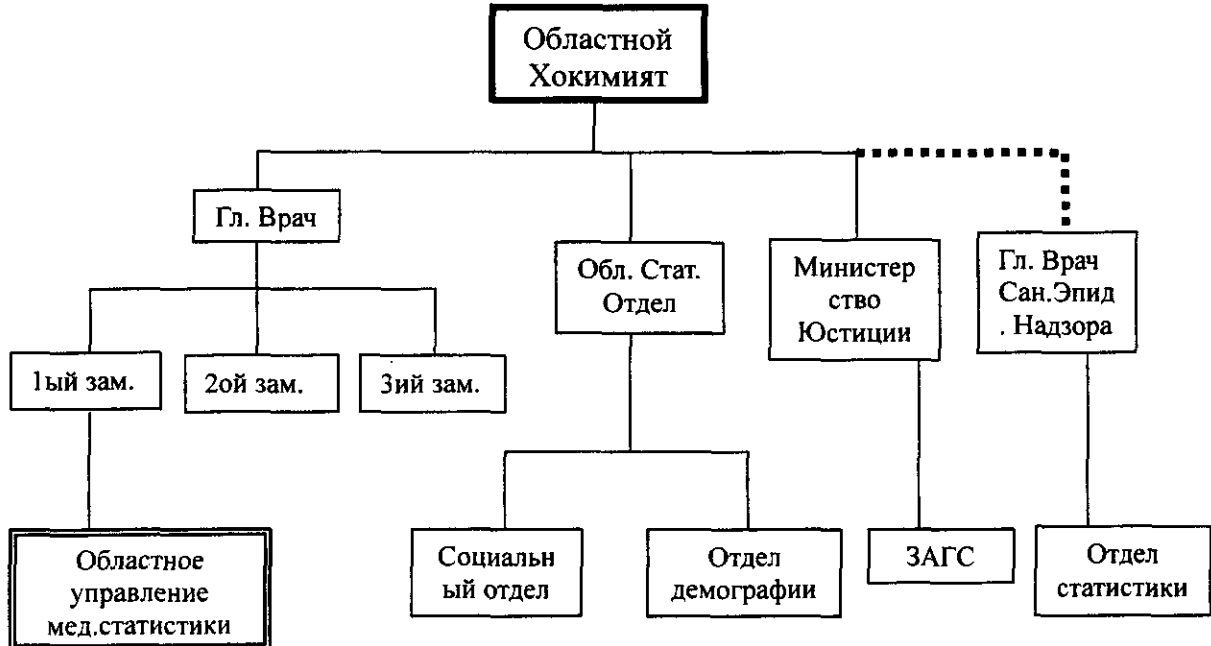
| НАИМЕНОВАНИЕ | MEDSTAT | СИСТЕМА ИНФОРМАЦИИ О КАДРАХ | Информационная системы по инфекционным заболеваниям |
|----------------------|--|---|---|
| Описание | Объемная программное обеспечение, недавно созданное отделом программирования РИАЦа по вводу данных всех форм отчетности, а также хранению и анализу данных | Очень старое программное обеспечение, содержащее минимум информации о врачах. Кол-во записей: 73,000. | Программное обеспечение по вводу данных об инфекционных заболеваниях и их суммированию, созданное около 20 лет назад. |
| Используется | Центр ввода данных РИАЦа, в настоящее время устанавливаемое в некоторых экспериментальных областях. | Используется отделом кадров. Также используется в некоторых областях. | Используется Отделом Санитарно Эпидемиологического надзора для ввода данных по ежедневно собираемым данным об инфекционных заболеваниях. Похожие программы есть в некоторых областях (Сырдарья и т.д.). |
| Возможности | Очень хорошее объемное программное обеспечение, созданное своими сотрудниками, знающими отчеты и владеющими всеми вопросами. | Можно получить информацию о врачах и удовлетворить обычные запросы по сотрудникам здравоохранения | Суммирование. В данной программе есть система оповещения /предупреждения руководства, основанная на среднем и допустимом уровне количества инфекционных болезней |
| Проблемы | В настоящее время обслуживает только доступную базу данных, в которой есть ограничения по данным, которыми можно оперировать. | Информация только о врачах. Очень старая, создана в FOXPRO. Содержит ограниченные поля информации. Не имеет каких-либо встроенных программ, информация должна вручную убираться с карточки | Очень старое программное обеспечение с ограниченными возможностями запроса и построения базы данных. Создано специальном формате языка FORTRAN. |
| Применение в будущем | Может быть передано во все области для того, чтобы первичный ввод данных делался по всем формам в областях, а в РИАЦе они бы только автоматически консолидировались. Может быть установлена в районах для того, чтобы первичный ввод данных делался в районах и они автоматически консолидировались на уровне области и в РИАЦе. | Необходимо сделать в windows с увеличенными полями информации. Затем эта программа может быть установлена в областях для того, чтобы управление кадрами стало легче на областном уровне. Необходимо включить в базу данных информацию по другим сотрудникам. | Необходимо разместить программу в системе windows, которая в будущем может быть установлена на уровне области и района. СЭС имеет планы, при поддержке UNICEF создать собственную программу, а компьютеры уже есть на уровне областей и большинстве районов. |

Приложение 10.2

Информационная система здравоохранения на областном уровне: детальное описание организаций

Республика Узбекистан разделяется на 13 областей и одна независимая республика Каракалпакстан. Каждая область управляется Хокимиятом и поддерживается составом руководящих работников, ответственных за каждое направление. Следующая таблица дает понятие о медицинских учреждениях в одном (маленьком) образце области.

| Профиль Медицинских учреждений Сирдарьинской области | |
|--|----------|
| Население | 6,50,000 |
| Районы | 9 |
| Больницы | 32 |
| СВП | 118 |
| Диспансеры | 12 |

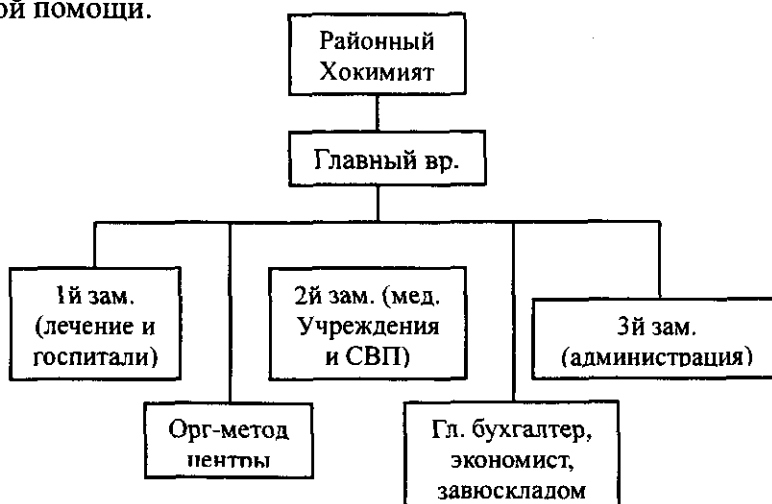


Организации медицинской статистики в заштрихованном месте

Приложение 10.3

Информационная система здравоохранения на районном уровне : детальное описание организаций

Во главе районных организаций здравоохранения стоят главный врач и три заместителя главного врача. Они оказывают услуги по здравоохранению через центральные районные госпитали другие местные учреждения первичной медицинской помощи.



Районные организационно-методические центры (РОМЦ) в центральных районных госпиталях являются основными агентствами ответственными за информацию по здравоохранению. Они координируют и производят обмен информацией с другими агентствами такими как районные СЭС, ЗАГС, статистическими департаментами и т.д..

Санитарно-эпидемиологические станции имеют мелкие секции по статистике здравоохранения на районном уровне. Но каждая подотчетная лаборатория готовит свою отчетность.

Государственный департамент общей статистики находится под управлением районного Хокимията. В нем не существует какого-либо определенного штата сотрудников по статистике здравоохранения и обычный статистик работает с медицинской статистикой после получения ее от организационно-методических центров.

Система ЗАГС (более детальное описание дано в разделе о системе регистрации рождаемости и смертности) подчиняется Хокимияту и обменивается информацией с районным организационно методическим отделом

Приложение 10.4

Проект Здравплюс: пилотные эксперименты в ИСЗ

(Описание экспериментов здрав плюс получены от внутренних отчетов проекта и наблюдения дополнены консультативными визитами в поле и дискуссиями с менеджером проекта)

Проект Здрав Плюс поддерживался USAID как его стремление к улучшению финансовой стабильности, эффективности и качества медицинских услуг в Центрально Азиатских республиках. Проект предпринял некоторые пилотные усилия по поддержке финансовых реформ как часть стратегии ИСЗ. Было разработано и осуществлено в шести пилотных районах (три экспериментальных и три контрольных) проекта в Фергане три типа пилотных интервенций

Эти пилотные вмешательства были разработаны параллельно государственной программе по информационной системе здравоохранения (ГПИСЗ), одна из них по клинической информационной системе которая излагается на следующих страницах в более подробно. Были также проведены другие мероприятия по финансовой информационной системе и базе данных населения, описание которых дано на следующих страницах.

Клиническая информационная система

Пилотная клиническая информационная система основана на модели используемой в Киргизстане, была начата в 1999 г. с перспективой начала системы медицинского страхования. Сначала она состояла из индивидуальной клинической информационной формы (КИФ), которая была использована на районном уровне для проведения исследований элементов использования услуг. Позже планы по системе медицинского страхования приобрели неконтролируемый характер и этот эксперимент был направлен на упрощение системы сбора данных СВП.

| | |
|---|--|
| Referring physician's copy - Referral # | |
| Date of issue: <input type="text"/> | Referral #: <input type="text"/> |
| Patient name & initials: <input type="text"/> | Phys. code: <input type="text"/> Phys. name & initials: <input type="text"/> |
| DOB: <input type="text"/> | Date of issue: <input type="text"/> Ref. #: <input type="text"/> |
| Berates category: <input type="text"/> | Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DOB: <input type="text"/> Berates category: <input type="text"/> |
| Diagnosis: <input type="text"/> | Fac. name: <input type="text"/> |
| Purpose of referral: <input type="text"/> | Civ. name: <input type="text"/> |
| Referred to: <input type="text"/> | Category: <input type="text"/> |
| Facility: <input type="text"/> | Diagnosis: <input type="text"/> |
| Dept: <input type="text"/> | Purpose of referral: <input type="text"/> |
| Recommended by: <input type="text"/> | Recommended by: <input type="text"/> |
| Approved: <input type="text"/> | Performed by: <input type="text"/> |
| Signature: <input type="text"/> | Fac. code: <input type="text"/> Dept. code: <input type="text"/> |
| | Service provided/recommended: <input type="text"/> |
| | Code: <input type="text"/> Date: <input type="text"/> |

Система клинической информационной формы все ещё тестируется. В пилотных районах клинические информационные формы заполняются врачами СВП на

каждого пациента и затем отправляются в районные компьютерные центры для ввода данных в компьютер. Первоначальный анализ, проведенный по данным 2001 года проектом Здравплюс показал, что этих данных недостаточно для полноценного анализа. В Ташлакском районе врачи СВП испытывают в течение месяца обновленные и упрощенные клинические информационные формы, объединенные с журналом посещений всех медицинских служб. Как клинические информационные системы, так и журналы посещений отправляются в районные компьютерные центры для введения данных.

Данный процесс находится под наблюдением районных властей и проводится при их активной поддержке.

В двух поликлиниках г.Ташкента апробируется другой вариант клинических информационных форм, в котором не используются клинические информационные формы, но вся клиническая информация записывается в общий журнал регистрации посещений всех врачей и служб мед.учреждения.

Более подробно об экспериментальных клинических информационных формах в 45 и 19 городских поликлиниках и Ташкентской центральной районной больнице.

Этот эксперимент начался 1го июля 2002. Сбор данных прекратился 31 декабря 2002.

Системы КИФ, внедренные в этих поликлиниках выполняются вручную. Работники Здравплюса разработали унифицированный журнал посещений докторов и медсестер, в котором есть поля для записи объемной информации о посещениях больных как в больнице так и на дому. В настоящее время журналы отправляются в конце месяца (или по мере использования всех страниц) в статистические отделы районных центральных больниц, где они загрузили программу ввода данных и наняли помощников для введения данных.

1. Первоначально Здравплюс создал карточку по КИФ. Но, в связи с материально-техническими сложностями, а также тем, что затруднена проверка ряда пациентов, разработана журнальная система.

2. Регистрационные колонки: Ф.И.О., дата рождения, группа диспансеризации, осложнения, направление пациента, исход болезни, группировка по классификации МКБ 10, развитие болезни, описание, заметки, и т.д..
3. В целях упрощения ввода данных и анализа были разработаны и розданы врачам подробные инструкции для записи кодов и фиксированных групп.
4. Некоторым врачам система нравится, и они хотели бы вводить сами данные в компьютер.

В настоящее время имеется только разработанная программа ввода данных, основанная на MS ACCESS. Программа анализа или сводная программа отчета ещё не создана. В настоящее время собрано много информации и проверяется достоверность данных, последовательность и составляются обычные и специальные отчеты.

Главный врач получил возможность с помощью программиста провести сортировку и анализ данных.

Несмотря на то, что техническое задание и алгоритм для разработки основных форм государственных статистических отчетов (Ф.1, Ф.12, Ф.30, Ф.39) уже созданы, они должны быть внедрены в районных компьютерных центрах.

Проект Здрав Плюс на данной стадии планирует

- Продолжить тестирование КИФ систем только в одном приграничном районе Ферганской области.
- КИФ ограничил свое использование в учреждениях здравоохранения в сельской местности, где не применяются другие формы отчетности. КИФ имеет практическое применение в учреждениях здравоохранения в городской местности.

Проект Здрав Плюс считает, что для руководства и мониторинга проекта модуль финансовой информационной системы является более важным. Также считается, что сравнительно легче с финансовым модулем чем с клинической информационной системой, природа структуры которой сложна и имеет

различные взаимосвязи с рутинной системой отчетов.

Разработка базы данных населения

Началась в конце 1998 года, с целью как подсчета населения в охватываемом регионе, так и возраста, пола среди населения по каждому СВП. Эти данные на конечном этапе будут использованы для подсчета подушевого финансирования населения в бюджете СВП.

База данных населения

БД была применена в шести районах Ферганской области, а также в некоторых районах Сырдарьинской и Навоийской областей. В районных компьютерных центрах Ферганской области было введено примерно 615,000 индивидуальных записей. На сегодняшний день, база данных была использована для подсчета ставки подушевого финансирования в пилотных районах, основанная на общем количестве и структуре населения.

1. С помощью учреждений первичного звена по установленным вопросам была проведена перепись домохозяйств. (Не использовано никаких материалов из существующей учетной книги населения СВП)
2. На областном и сейчас уже на районном уровнях для ввода данных этой переписи было использовано достаточно компьютеров и персонала для ввода данных.
3. Но, использование этой базы данных учреждениями первичного уровня применяется только в целях подсчета бюджета.
4. Процедура модернизации миграции и качества содержания этой информации подлежит тщательным тестам. Неизвестно будет ли эта база данных соответствовать махаллинской, которая ведет похожую учетную книгу.

Проект Здрав Плюс на данной стадии (10 августа 2003г.):

Провел перепись населения в соответствующих районах экспериментальных областей.

Разработал и передал Проекту Всемирного Банка а также РИАЦу пакет документов для применения

Дальнейшее расширение этого проекта на другие области должно решаться в тесном сотрудничестве с Министерством Здравоохранения

Система финансовой информации

Проект Здрав Плюс планировал разработать системы управления первичного звена с такими главными элементами как децентрализация и финансовая автономия.

Пилотная система распределения бюджета СВП позволяет заведующим СВП управлять своим бюджетом и ресурсами в соответствии с их специфическими нуждами.

Компьютеризированная финансовая прикладная программа с модулями на первичном, районном и областном уровнях была разработана в 2000г. группой по информационным системам здравоохранения Здрав Плюса.

Прикладная программа передана областным учреждениям здравоохранения и отобранным районным больницам (экономистам в соответствующих отделах), которые могут теперь генерировать различные отчеты по расходам СВП и затем планировать бюджет.

Проект Здрав Плюс на этой стадии (10 августа 2003г.):

Разработал другой модуль для больниц вторичного звена и ожидает санкций от правительства и других органов для того, чтобы начать его выполнение в больницах.

Приложение Табл. 11.1 Объем обеспечения услуг для СВП.

| |
|--|
| <p>1. Основные услуги здравоохранения</p> <p>Обеспечение, надзор и контроль здоровья сообщества в зоне охвата СВП.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мониторинг и оценка сообщества/зоны охвата и профиль здоровья района. • Создание диагнозов сообщества. • Оценка потребностей здравоохранения. • Пропаганда и контроль безопасности и здорового физического окружения.(воздух, вода, земля, загрязнение, радиация) • Способствование вовлечения индивидуальных членов сообщества, семей и сообществ в вопросы здравоохранения. • Профилактика и контроль эпидемий инфекционных заболеваний. • Мониторинг и надзор факторов риска неинфекционных заболеваний. • Способствование осведомленности о важности здоровья в сообществе и общественного здравоохранения, безопасности пищи и правильного питания • Струдничество с другими секторами, учреждениями и организациями. |
| <p>Способствование, надзор и контроль здоровья специальных групп населения посредством общественных и на основе сообщества программ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Планирование, развитие, внедрение, управление и оценка программ здравоохранения для различных групп населения и болезней. • Введение здорового образа жизни всех групп населения посредством общественной коммуникации • Образование в области здравоохранения, общественная информация и коммуникация в области здорового поведения • Забота об уязвимых или малоимущих группах и семьях (особенно неполные семьи) • Программы и деятельность по репродуктивному здоровью женщин. • Программы и деятельность по здоровью детей. • Программы и деятельность по здоровью взрослых • Здоровье рабочих, особенно занятых в сельском индустриальном производстве. • Здоровье пожилых. |
| <p>Профилактика и контроль распространенных предотвратимых болезней – основных причин смерти населения посредством общественных программ и программ на основе сообщества:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Планы, программы и расписание по вакцинации (регулярная и разовая) • программы контроля туберкулеза • Программы контроля БППП. • Программы контроля ОРИ • Программы контроля ДЗ • Программы контроля ССЗ (особенно скрининг и контроль гипертензии, пропаганда здорового образа жизни) • Программы контроля диабета • Программы профилактики и контроля несчастных случаев и травм • Программы контроля злоупотребления алкоголя и наркотиков. • Программы контроля курения. • Программы по преодолению стресса. • Профилактика генетических нарушений, вызванных близкородственными браками. |
| <p>2. Основные медицинские услуги</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение необходимых индивидуальных профилактических услуг. • Обеспечение экстренной помощи • Обеспечение педиатрической помощи (вкл. перинатальную и уход за новорожденными) • Обеспечение необходимых индивидуальных репродуктивных услуг здравоохранения. • Обеспечение необходимых индивидуальных услуг для профилактики распространения для всех групп населения (основные причины смертей). • Обеспечение необходимых индивидуальных услуг для профилактики распространения неинфекционных заболеваний. (основные причины заболевания) |

3. Дополнительные медицинские услуги.

- Детские болезни, включая перинатальные болезни и болезни новорожденных.
- Сердечно-сосудистые нарушения и болезни.
- Психическое здоровье и психические расстройства.
- Болезни легких.
- Ревматические/ортопедические болезни.
- Болезни ЖКТ
- Болезни почек и мочевыводящих путей.
- Кожно-венерические заболевания.
- Метаболические нарушения и эндокринные болезни.
- Болезни крови и онкологические заболевания.
- Нервные болезни
- Болезни глаз
- Болезни уха, горла и носа.
- Гинекологические заболевания.
- Болезни и травмы кожи, подкожной клетчатки, мышц и скелета (которые могут потребовать хирургического лечения).

Источник: DFID, 1998

Приложение Табл 11.2 Время ожидания консультации

(Единица измерения %)

| Как долго Вы ожидали? | Бухарская обл. | Ферганская обл. | Р.Каракалпакстан | Навоийская обл. | Самарканд обл. | Ташкентская обл. | Город Ташкент | Всего |
|-----------------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|---------------|-------|
| < 15 мин | 78.8 | 66.3 | 75.0 | 66.7 | 78.8 | 0.0 | 76.2 | 68.2 |
| 15<30мин | 20.0 | 25.8 | 22.5 | 27.6 | 21.2 | 27.6 | 14.3 | 23.1 |
| 30 < 60мин | 1.3 | 7.9 | 2.5 | 4.6 | 0.0 | 72.4 | 7.1 | 8.3 |
| 1<2 часа | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.1 | 0.0 | 0.0 | 2.4 | 0.4 |
| Всего | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Источник: Исследование JICA, 2003

Приложение Табл 11.3 Продолжительность консультации

(Единица измерения: %)

| Как долго продолжалась консультация? | Бухарская обл. | Ферганская обл. | Р.Каракалпакстан | Навоийская обл. | Самарканд обл. | Ташкентская обл. | Город Ташкент | Всего |
|--------------------------------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|---------------|-------|
| 5<15 мин. | 62.5 | 34.8 | 59.5 | 69.0 | 48.1 | 3.4 | 65.9 | 52.7 |
| 15<30мин | 23.8 | 55.1 | 24.1 | 24.1 | 32.7 | 44.8 | 22.0 | 32.2 |
| <5мин | 12.5 | 6.7 | 13.9 | 5.7 | 19.2 | 0.0 | 4.9 | 9.6 |
| Дольше | 1.3 | 3.4 | 2.5 | 1.1 | 0.0 | 51.7 | 7.3 | 5.5 |
| Всего | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Источник: Исследование JICA, 2003

Приложение Табл. 11.4 Удовлетворенность информированностью о содержании лечения.

(Единица измерения: %)

| Объяснил ли доктор лечение? | Бухарская обл. | Ферганская обл. | Р.Каракалпакстан | Навоийская обл. | Самарканд обл. | Ташкентская обл. | Город Ташкент | Всего |
|-----------------------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| Отлично | 38.5 | 50.0 | 54.4 | 41.4 | 30.8 | 0.0 | 69.0 | 43.5 |
| Удовлетворительно | 61.5 | 50.0 | 44.3 | 57.5 | 69.2 | 100.0 | 31.0 | 56.0 |
| недостаточно | 0.0 | 0.0 | 1.3 | 1.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.4 |
| Всего | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Источник: Исследование ЛСА, 2003

Приложение Табл 11.5 Удовлетворенность консультацией.

(Единица измерения: %)

| Вы были удовлетворены лечением? | Бухарская обл. | Ферганская обл. | Р.Каракалпакстан | Навоийская обл. | Самарканд обл. | Ташкентская обл. | Город Ташкент | Всего |
|---------------------------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| Очень удовлетворен | 25.0 | 40.4 | 37.5 | 19.5 | 17.3 | 3.4 | 50.0 | 29.1 |
| Удовлетворен | 75.0 | 58.4 | 57.5 | 79.3 | 76.9 | 86.2 | 50.0 | 68.3 |
| Не сильно | 0.0 | 1.1 | 5.0 | 1.1 | 5.8 | 10.3 | 0.0 | 2.6 |
| Всего | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Источник: Исследование ЛСА, 2003

Приложение табл. 11.6 Повторность использования медицинского учреждения.

(Единица: %)

| Вы хотели бы повторно обратиться в то же самое лечебное учреждение? | Бухарская обл. | Ферганская обл. | Р.Каракалпакстан | Навоийская обл. | Самарканд обл. | Ташкентская обл. | Город Ташкент | Всего |
|---|----------------|-----------------|------------------|-----------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| Да | 98.7 | 98.9 | 96.6 | 98.8 | 100.0 | 31.0 | 95.3 | 93.7 |
| Нет | 0.0 | 0.0 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.2 |
| Не знаю | 1.3 | 1.1 | 1.7 | 1.2 | 0.0 | 69.0 | 4.7 | 6.0 |
| Всего | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Источник: Исследование ЛСА, 2003

Приложение Табл. 11.7 Список постановлений областных органов управления с номерами и датой.

| Область | № регистрации | Дата издания |
|---------------------------|---------------|--------------|
| г. Ташкент | 322 | 11/06/2003 |
| Андижанская обл. | 158-К | 15/11/2002 |
| Бухарская обл. | 70-Ф | 08/05/2002 |
| Джизакская обл. | 18 | 05/01/2002 |
| Кашакардарьинская обл. | X157/7 | 07/01/2002 |
| Навоийская обл. | К-9 | 15/02/2002 |
| Наманганская обл. | 325 | 02/06/2002 |
| Самаркандская обл. | 139-К | 13/05/2002 |
| Сурхандарьинская обл. | 22 | 02/04/2002 |
| Сырдарьинская бл. | 14 | 29/01/2002 |
| Ташкентская обл. | 110 | 21/05/2002 |
| Ферганская обл. | 276 | 11/12/2001 |
| Хорезмская бл. | 33 | 03/11/2002 |
| Республика Каракалпакстан | 278 | 12/11/2001 |

Источник: Государственный Департамент сан-эпид надзора министерства здравоохранения.

Приложение Табл. 11.8 Координация доноров с Республиканским институтом здоровья.

| Организация | Целевой год | Деятельность | Целевая область |
|-----------------|------------------|---|-----------------------------------|
| ЮНИСЕФ | 2003-206 2004 | Интегрированное ведение болезней детского возраста. Недостаточность микроэлементов | |
| ВОЗ | 2001- | Предотвращение курения, Интегрированное ведение болезней детского возраста | Узбекистан |
| Всемирный Банк | 2001- 2002- | Укрепление здоовья в школах Выпуск информационного бюллетня Института. | 5 целевых областей, г. Ташкент |
| ЮСАИД/Здравплюс | 1999- | Компания ОРИ, контроль анемии, контроль диареи, репродуктивное здоровье женщин. | Фергана. |
| ЕврозйдП/ТАСИС | 2003-2005 | Проект по обеспечению ПЗ населению. | Каракалпакстан, Сурхандарья. |

Источник: Государственный Департамент санэпиднадзора министерства здравоохранения.

Приложение Табл .11.9 Стандарт показателей питьевой воды и методов контроля.

| Показатели/ компоненты | Единицы измерения | Стандарты | Методы контроля |
|---|---------------------------------------|--------------|--|
| 1. Микробиологические показатели | | | |
| Общее количество микробов | Количество микробов в 1 мл воды | Не более 100 | ГОСТ 18963-73 ИСО 8360/1-2-88 |
| Количество бактерий из группы кишечной палочки – ИБГБ (коли-индекс) | Количество ИБГБ в 1000 мл воды | Не более 3 | ГОСТ 18963-73 ИСО 9308/1-2-90 |
| Эшерихия (показатель свежего фекального заражения.) | Количество эшерихий в 300 мл воды. | Отсутствие | ГОСТ 18963-73 ИСО 9308/1-2-90 |
| Колифаг | Количество в 200 мл воды. | Отсутствие | Методические руководства, утвержденные Минздравом. |
| 2. Паразитологические показатели | | | |
| Простейшие патогенные кишечные: цисты лямблий, дизентерийные амебы, балантидии. | Количество цист в 25 литрах воды. | Отсутствие | Методические руководства, утвержденные Минздравом. |
| Яйца глист. | Количество яиц и личинок в 25 л. воды | Отсутствие | Методические руководства, утвержденные Минздравом. |
| 3. Токсикологические показатели (предельно допустимые показатели компонентов) | | | |
| а) Неорганические компоненты | | | |
| Алюминий (Al) | мг/л | 0.2 (0.5)* | ГОСТ 18165-89 |
| Бериллий (Be) | мг/л | 0.0002 | ГОСТ 18294-81 |
| Бор (B) | мг/л | 0.5 | ИСО 9390-90 |
| Кадмий (Cd) | мг/л | 0.001 | ИСО 5961-85 |
| Молибден (Mo) | мг/л | 0.25 | ГОСТ 18308-72 |
| Арсениум (As) | мг/л | 0.05 | ГОСТ 4152-81 |
| Никель (Ni) | мг/л | 0.1 | ИСО 8288-86 |
| Нитраты (NO ₃) | мг/л | 45 | ГОСТ 4192-82 |
| Нитриты (NO ₂) | мг/л | 3 | ГОСТ 4192-82 |
| Ртуть (Hg) | мг/л | 0.0005 | ИСО 5666/3-84 |
| Свинец (Pb) | мг/л | 0.03 | ГОСТ 18293-72 |
| Селен (Se) | мг/л | 0.01 | ГОСТ 19413-89 |
| Стронций (Sr) | мг/л | 7 | ГОСТ 23950-88 |
| Фтор (F) | мг/л | 0.7 | ГОСТ 4386-89 |
| Хром (Cr ⁺⁶) | мг/л | 0.05 | ИСО 9174-90 |
| б) Органические компоненты | | | |
| Бензол | мг/л | 10 | Методические руководства, утвержденные Минздравом. |
| Бензапирен | мг/л | 0.01 | Методические руководства, утвержденные Минздравом |
| Полиакриламид | мг/л | 2 | ГОСТ 19355-85 |
| Пестициды | мг/л | | Методические руководства, утвержденные Минздравом. |
| 4. Органолептические показатели и предельно допустимые концентрации, критически влияющих на органолептические характеристики воды. | | | |
| Вкус | Баллы | 2 | ГОСТ 3351-74 |

| | | | |
|--|---------|-----------|--|
| Запах | Баллы | 2 | ГОСТ 3351-74 |
| Прозрачность | Мг/литр | 1.5/2.0 | ГОСТ 3351-74 |
| Цвет | Степень | 20/25 | ГОСТ 3351-74 |
| рН кислотность | рН | 6-9 | Измеряется рН-метром с погрешностью не более, чем 0.1 рН |
| Общая минерализация (сухой остаток) | | 1000/1500 | ГОСТ 18164-72 |
| Железо (Fe) | мг/л | 0.3/0.1/ | ГОСТ 4011-72 |
| Общая жесткость | мг/л | 7/10 | ГОСТ 4151-72 |
| Марганец(Mn) | мг/л | 0.1 | ГОСТ 4974-72 |
| Медь(Cu) | мг/л | 1.0 | ГОСТ 4388-72 |
| Фосфаты(PO ₄) | мг/л | 3.5 | ГОСТ 18309-72 |
| Сульфаты(SO ₄) | мг/л | 400/500 | ГОСТ 4389-72 |
| Хлориды(Cl) | мг/л | 250/350 | ГОСТ 4245-72 |
| Цинк (Zn) | мг/л | 3.0 | ГОСТ 18293-72 |
| СПАВ(ПАВ) | мг/л | 0.5 | ИСО 7875/1-2-84 |
| Фенол | мг/л | 0.001/0.1 | ИСО 6439-90 |
| Нефтепродукты | мг/л | 0.1 | Методические руководства, утвержденные Минздравом. |
| 5. Показатели радиоактивного заражения | | | |
| Содержание альфа-радиоактивность | Bк/л | 0.1 | ИСО 9696-92 |
| Содержание бета-радиоактивность | Bк/л | 1.0 | ИСО 9697-92 |
| В случае превышения определенных показателей 5.1 и 5.2 проводится дополнительный контроль радиоактивного загрязнения в соответствии с п. 7.13.6 «Санитарных норм и Правил радиоактивной безопасности» по следующим показателям: уран-238, радон-222, стронций-90 | | | |

Источник : ГЦСЭН, 2000

Приложение Тал. 11.10 Стандарт хранения реагентов дезактивации и методы контроля.

| Реагенты | Место контроля | Единица | Необходимое время контакта реагента с водой, не менее, чем | Методы контроля |
|---------------------------|----------------------------------|--------------|--|-----------------|
| Свободный остаточный хлор | После чистого водного резервуара | 0.2-0.5 мг/л | Не менее 30** | ГОСТ 18190-72 |
| Остаточный озон | После смешивания на месте. | 0.1-0.3 мг/л | Не менее 12** | ГОСТ 18301-72 |

Примечания: * - при взбалтывании воды с целью пролонгации хлорной очистки в водопроводной сети контроль эффективности очистки воды, определяемой в баллах, проводится по концентрации, но не свободного, а связанного хлора, который должен быть в пределах 0.8-1.2 мг/литр.

** - Время контакта определяется экспериментально, в зависимости от определенного качества воды и уровня ее микробного загрязнения по показателю КВ, отражающему связь концентрации свободного остаточного хлора или озона (К) во времени, (В), необходимого для полной инактивации различных типов микробов и паразитического загрязнения используемой воды.

**Приложение Табл. 11.11 Периодичность анализа воды
в сети использования.**

| Кличество обслуживаемого населения, тыс. людей | Минимальное количество образцов, взятых из водопроводного крана в мес. |
|---|---|
| До10 | 2 |
| 10-20 | 10 |
| 20-50 | 30 |
| 50-100 | 100 |
| Более100 | 200 |

Источник : ГЦСЭН, 2000

Приложение Табл 14.1 Схема оценки 1 (Расписание для осуществления проект «Здоровья 1»)

| Цели проекта | Индикаторы Оценки Проекта | | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---|--|------|------|------|------|------|------|------|
| (Goal) | (Objectives) | (Activity & Input) | | | | | | | |
| Улучшение оказания услуг первичного здравоохранения сельскому населению | (Вклад) I. Улучшение услуг в области здравоохранения путем создания и реконструирования Сельских Врачебных Пунктов (СВП), а также поставка качественного медицинского и диагностического оборудования II. Обучение врачей и медицинских сестер Общей Практике | 1. Создание и реконструирование СВП | | | | | | | |
| | | 2. Поставка оборудования и необходимых лекарств в СВП | | | | | | | |
| | | 1. Обучение ВОП | | | | | | | |
| | | a. Обучение ВОП на 10-месячных курсах повышения квалификации | | | | | | | |
| | | b. Учебные туры ВОП | | | | | | | |
| | | c. Краткосрочные курсы. | | | | | | | |
| | | 2. Обучение медицинских сестер общей практики | | | | | | | |
| | | a. Учебные туры | | | | | | | |
| | | b. Обучение медицинских сестер СВП | | | | | | | |
| | III. Изменение механизмов управления и финансирования первичного здравоохранения | 1. Усовершенствование методов финансирования и управления | | | | | | | |
| | | a. Семинары и курсы обучения по финансированию и управлению | | | | | | | |
| | | b. Изменение механизма финансирования аккумуляции средств и распределения услуг первичного здравоохранения | | | | | | | |

Приложение Табл 14.2 Схема оценки 2 (Индикаторы для оценки для проекта «Здоровья 2»)

| Project Evaluation Indicators | | | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--|--|--|------|------|------|-------|-------|-------|------|
| (Цель Проектa) Укрепление ПЭЗ в сельской местности | (Вклад) I. Укрепление медицинских услуг путем строительства и реконструкции медицинских постов сельской местности (МПС), обеспечение соответствующим медицинским и диагностическим оборудованием | 1. Строительство и реконструкция СВП | 17 | 13 | 10 | 22 | 15 | 13 | |
| | | 2. Поставка оборудования и медикаментов для СВП | | | | 41/26 | 41/26 | 41/26 | |
| | II. Подготовка врачей и медсестер ОП | 1. Подготовка ВОП | | 25 | 28 | - | - | - | |
| | | а. Подготовка ВОП на базе 10-месячной программы | | - | - | 43 | 39 | 45 | |
| | | б. Учебные туры для ВОП | | | | 6 | 6 | 6 | |
| | | в. Краткосрочные курсы для ВОП | - | - | - | 15 | 60 | 45 | |
| | | 2. Подготовка медсестер ОП | - | - | - | - | 60 | 30 | |
| | | а. Учебные туры | - | - | - | - | - | - | |
| | III. Механизмы регулирования менеджмента и финансирования в ПЭЗIII. Change mechanisms of Primary Health Care management and financing | б. Подготовка медсестер МПС | - | - | - | 364 | - | - | |
| | | 1. Совершенствование методов финансирования и менеджмента | + | + | + | + | + | + | |
| | | а. Учебные семинары и курсы по финансированию и менеджменту | | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 | |
| | | б. Изменение финансовых механизмов аккумулирования средств и распределения в ПЭЗ | | | | | + | + | |
| | | в. Учреждение штата для для новых систем финансирования и менеджмента | | | | | 15 | 13 | |
| | | 2. Реконструкция сети здравоохранения | | | | | | | |
| | | а. Разработка детального плана по рационализации управления здравоохранением | | | | | + | + | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|---------|---------|---------|-----------|---------|-----------|--|
| | | б. Число врачей на 1,000 человек | 0.9 | 0.1 | 0.2 | 0.2 | 0.5 | 0.9 | |
| | | с. Число врачей на медсестер | 3.1 | 3.0 | 2.4 | 2.8 | 2.9 | 2.9 | |
| | | 3. Создание системы информационного управления (СИУ) | - | - | - | - | + | + | |
| | | а. Сбор данных для внесения в общую базу данных | | | | + | + | + | |
| | | б. Обучение процессу ввода в базу данных | | | | + | + | + | |
| | | в. % смет, подсчитанных через общую базу данных | | | | | | | |
| | | д. г. Кол-во работников МПС, прошедших подготовку "Клинически информационные формы" (КИФ) | - | - | - | - | - | - | |
| | (Результат) | 1. Кол-во пациентов СВП | 161,171 | 247,138 | 492,436 | 580,330 | 930,490 | 2,651,769 | |
| | I. Эффективность услуг здравоохранения | а. % амбулаторных | 161,171 | 247,138 | 492,436 | 580,330 | 930,490 | 2,651,769 | |
| | | б. % профилактики | 62.0 | 53.6 | 49.7 | 55.6 | 37.7 | 48.5 | |
| | | в. % случаев заболевания | 38.0 | 46.4 | 50.3 | 44.4 | 62.3 | 51.5 | |
| | | 2. Кол-во родов (1000). | - | 17.9 | 17.0 | 15.4 | 16.9 | 15.6 | |
| | | 3. Число лечений на дому/месяц | 58,508 | 11,078 | 207,691 | 2,199,075 | 351,719 | 691,218 | |
| | | 4. Число мероприятий по здоровью матери и ребенка | | | | | | | |
| | | 5. Число направлений из СВП в ЦРБ | | 1,372 | 1,879 | 1,520 | 1,937 | 2,137 | |
| | | 6. Число госпитализированных из СВП | 1,816 | 1,755 | 1,485 | 1,482 | 3,937 | 5,219 | |
| | | 7. Число пациентов из ФАБ | | 931 | 548 | 533 | 459 | | |
| | | 8. Число дней лечения стационарных пациентов в СВП | | | | | | | |
| | II. Доступность услуг здравоохранения | 1. % населения, проживающего на расстоянии 1,5 км от СВП | 21.7 | 21.9 | 31.4 | 39.7 | 41.3 | 41.7 | |
| | | 2. Врач на население в СВП | 90.0 | 111.0 | 260.5 | 360.0 | 399.0 | 464.0 | |
| | | 3. Число медсестер на население | 279.5 | 314.7 | 647.5 | 673.0 | 1,166.0 | 1,355.0 | |

| | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|---------|---------|---------|---------|---------|--|--|
| | III. Качество услуг здравоохранения | 1. Улучшение здоровья матери и ребенка | | | | | | | |
| | | а. Кол-во амбулаторных пациентов среди детей до 1 года | | | | | | | |
| | | б. Кол-во амбулаторных пациентов среди детей 1~14 лет | | | | | | | |
| | | в. Кол-во детских вакцинаций | 15,865 | 22,414 | 35,457 | 30,406 | 56,832 | | |
| | | г. Число детских заболеваний, связанных с питанием | | | | | | | |
| | | д. Анемия в период беременности, % | 82.4 | 84.7 | 89.6 | | | | |
| | | 2. Респираторные заболевания на 100 000 | 4,760 | 13,370 | 198,000 | 198,111 | 124,400 | | |
| | | 3. Желудочно-кишечные заболевания на 100 000 | 4,597.8 | 1,898.7 | 3,339.1 | 3,136.4 | 3,174.1 | | |
| | | 4. Заболевания печени/желчного пузыря 100 000 | 45.17 | 63.40 | 22.10 | 31.20 | 58.60 | | |
| | | 5. Сердечно-сосудистые заболевания на 100 000 | 1,481.4 | 1,501.2 | 1,587.3 | 1,617.1 | 1,638.3 | | |
| | IV. Устойчивость реформы ПЭЗ | 1. % расходов на ПЭЗ из общего бюджета здравоохранения в областях | 41.1 | 45.0 | 53.2 | | | | |
| | | 2. Бюджет каждого МПС на 1 жителя | | 639 | 865 | 1,464 | 1,730 | | |
| | | 3. Штатные расходы за пределами общих расходов ПЭЗ для содержания МПС, % | | | | 56.8 | 59.2 | | |
| | | 4. Расходы на медикаменты и поставки из общих расходов на СВП, % | | | | 25,005 | 26,892 | | |
| | | 5. Бюджет медикаментов и поставки из общих расходов для СВП, % | 59 sum | 62 | 106 | | | | |
| | | 6. Стоимость 1 визита в СВП | | 259.70 | 300.10 | 297.10 | 300.18 | | |
| | | 7. Поставка % медикаментов по требованиям каждого СВП | | 81.4 | 81.7 | 82.3 | 83.5 | | |
| | | 8. Эффективное распределение кадров каждого СВП, кол-во и % | | | | | | | |
| | | 9. Достаточное обеспечение оборудованием в каждый СВП, % | | | | | | | |

Приложение Табл 14.3 Оценочная Матрица 3 (Установление Фактов Проекта «Здоровье I»)

| Цели Проекта | | Индикаторы/Цели | | Индикаторы/Цели | |
|--|--|---|---|---|--|
| | Факты/Комментарии | | Факты/Комментарии | | Факты/Комментарии |
| Укрепление первичного здравоохранения в сельской местности | <ul style="list-style-type: none"> • В целом, система первичного здравоохранения в сельской местности постепенно совершенствовалась. • Вклад проекта "Здоровье I" направлен на улучшение здоровья населения. • Значительные улучшения отмечены в Ферганской области. • Распределение кадров, оборудования и лекарств обстается несбалансированным в городской и сельской местности в учреждениях проектными и не-проектными учреждениями. • Необходимо создание программ для удовлетворения нужд населения. • Будет предоставлена возможность подготовки ВОП, медсестер, информационных систем здравоохранения, управления, финансирования, эксплуатации и поддержки | <p>(Цели)</p> <p>I. Укрепление услуг здравоохранения посредством строительства и реконструкции Сельских Врачебных Пунктов (СВП) и поставки надлежащего медицинского и диагностического оборудования</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшается доступность в учреждения 1-го уровня • Оборудование и лекарства поставляются целенаправленно. • Существуют различия между учреждениями Проектными и не-проектными учреждениями. • Например : поставка оборудования не соответствует нуждам населения. • Устойчивость по окончании Проекта является сомнительной. | <p>(Деятельность и Вклад)</p> <p>I. Строительство и реконструкция СВП</p> | <ul style="list-style-type: none"> • СВП легко доступны для населения • Задержка строительства является выполнимой • В 2 Областях-реципиентах услуг здравоохранения Каракульский район (СВП x 26, СВА x 5, ФАП x 6), Жондорский район (СВП x 20, СВА x 12, ФАП x 16) необходимо внедрение программ • Туалеты выполнены традиционно, но не подходят для использования в зимнее время • Недостаточно устройств для сбора/удаления мусора, сточных вод и канализации |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| | |
| II. Подготовка врачей и медицинских сестер общей практики | <ul style="list-style-type: none"> • Подготовка направлена на улучшение качества медицинских услуг. • Большое количество персонала желает участвовать в обучении • Количество обучающихся ограничено. • Содержание обучения в большей степени должно соответствовать ситуации в настоящем. |



| | |
|--|--|
| 2. Оборудование и необходимые лекарства для СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Поставка оборудования и лекарств производится адекватно • Существует пример незнания содержания и необходимости оборудования персоналом СВП (Отличия от нужд участков) • Сомнение в спецификациях, таких как автоклав из-за высокой жесткости воды • Существуют различия между учреждениями Проектными и не-проектными учреждениями для лекарственного обеспечения. • Устойчивость по завершении Проекта, включая надлежащее использование и содержание является сомнительной. |
| 1. Подготовка ВОП 2. Подготовка высококвалифицированных медсестер | <ul style="list-style-type: none"> • Была проведена подготовка ВОП, обучение посетил большое количество работников пилотных СВП. • Четко не определена концепция ВОП и универсальных медсестер. Таким образом, концепция обучения не всегда является удобной для ситуации в настоящем. • В Проекте существует ограниченное количество обучающихся, поэтому существуют трудности для соответствия всем нуждам. |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| <p>III. Изменение механизмов управления и финансирования первичного здравоохранения</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Такие программы, как подготовка кадров и информационные системы здравоохранения проводятся целенаправленно. • Наблюдается эффективное использование бюджетных средств в Фергане. • Для Навои подобная ситуация необходима в будущем. • Важно поощрять управляющий персонал по эффективному использованию финансовых средств. • Компьютеризация и использование телекоммуникаций для передачи информации являются недостаточными. • Необходимо усовершенствование системы точных данных в СВП. |
|---|--|



| | |
|---|--|
| 1. Усовершенствование методов финансирования и управления | <ul style="list-style-type: none"> • В Фергане начато эффективное использование бюджетных средств. • В Навои данная ситуация будет необходима в будущем. |
| а. Обучающие курсы и семинары по управлению и финансированию | <ul style="list-style-type: none"> • До 2002 года обучение прошли 15 человек • Обычно, управленческий персонал не находится в СВП, поэтому необходимо продление обучения для эффективного использования бюджетных средств |
| б. Изменение механизмов финансирования объединения и распределения средств на первичное | <ul style="list-style-type: none"> • Они внедрены в Фергане. • Для Навои данная ситуация будет необходима в будущем. |
| с. Создание новых мест для управленческого персонала для новых систем финансирования и управления | <ul style="list-style-type: none"> • До 2002 года обучение посещали 28 человек • Обычно, управленческий персонал не находится в СВП, поэтому необходимо продление обучения для эффективного использования бюджетных средств |
| 2. Восстановление сети здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> • В СВП введена система первичного обращения и программа выполняется. • В связи с недостаточным уровнем компьютеризации и использования телекоммуникаций передача информации не отвечает требованиям. |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| 3. Создание информационных систем управления (ИСУ) | <ul style="list-style-type: none"> • В Фергане регистрация населения и создание информационных систем здравоохранения является прогрессивной. • Усовершенствование системы в Навои является следующим процессом. • В СВП не проведена компьютеризация. |
| а. Подготовка форм для сбора данных для базы данных населения | <ul style="list-style-type: none"> • В Фергане регистрация населения и создание информационных систем здравоохранения является достаточно развитой. • Усовершенствование системы в Навои является следующим процессом. • Муниципальные учреждения имеют свою систему регистрации населения, она не совсем соответствует БД населения в медицинских учреждениях. |
| б. Обучение по вводу данных в базу | <ul style="list-style-type: none"> • Необходимо увеличить объем подготовки, включая поощрение управленческого персонала |
| с. Создание бюджетов СВП, рассчитанных на использование базы данных населения | <ul style="list-style-type: none"> • Областной указ о подушном финансировании был издан в 2001 году. |
| д. Обучение персонала СВП по клиническим информационным формам (КИФ) | <ul style="list-style-type: none"> • Областной указ о подушном финансировании был издан в 2001 году. • Точность данных от СВП являются ненадежными из-за существующих возможностей СВП по обследованиям. |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|---|
| (Результат) I. Эффективность услуг здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> • Увеличилось количество пациентов и вакцинаций. • Улучшилось качество медицинских услуг. • Вклад проекта «Здоровье I» направлен на улучшение здоровья населения. |
| II. Доступность услуг здравоохранения | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшилась доступность в учреждения 1-го уровня. • Количество медицинского персонала достигает соответствующего уровня |



| | |
|---|---|
| 1. Количество пациентов в СВП | • Увеличилось количество пациентов в СВП (в 5.4 раза по сравнению с 1999 г) |
| 2. Количество родов | • Не отмечаются большие изменения. |
| 3. Количество амбулаторных посещений в месяц | • Увеличилось количество пациентов из-за улучшения сервиса по обслуживанию на дому (в 3.2 раза по сравнению с 1999 г.) |
| 4. Деятельность по охране материнства и детства | <ul style="list-style-type: none"> • Проведена вакцинация, направленная на улучшение здоровья детей. • Выполняются мероприятия по регистрации беременности и подготовке к беременности. |
| 5. Деятельность системы направления пациентов | • Система направления пациентов становится более функциональной (Увеличилась транспортировка пациентов из СВП). |
| 1. Удовлетворенность получателей медицинских услуг по доступности СВП | • Количество населения в радиусе 1,5 км увеличилось от 20 до 40%. |
| 2. Достаточное количество врачей в СВП для удовлетворения нужд населения | <ul style="list-style-type: none"> • Производится поощрение ВОП. • Количество медицинского персонала достигает соответствующего уровня. |
| 3. Достаточное количество медсестер в СВП для удовлетворения нужд населения | <ul style="list-style-type: none"> • Увеличилось количество пациентов на 1 медсестру. • Необходимо гарантировать соответствующее количество и возможности медсестер. |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|---|
| <p>III. Качество услуг здравоохранения</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Проведена вакцинация, направлена на улучшение здоровья детей • Сократилось количество заболеваний в соответствии с увеличением СВП • Необходимо профилактическое образование и оборудование для обследования. |
| <p>IV. Продолжительность реформ системы первичного здравоохранения</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Областной бюджет распределяется по СВП первоочередно • Областной указ о подушевом финансировании был издан в 2001 году . • Лекарства поставляются целенаправленно. • Существуют различия между учреждениями Проектными и не-проектными учреждениями. • Распределение медицинского персонала |

| | |
|---|---|
| <p>1. Улучшение здоровья матери и ребенка</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Проведена вакцинация, направленная на улучшение здоровья детей. |
| <p>2. Улучшение лечения респираторных заболеваний</p> | <ul style="list-style-type: none"> • С 2000 года увеличилось количество СВП, количество заболеваний составило 60% |
| <p>3. Улучшение лечения желудочно-кишечных заболеваний</p> | <ul style="list-style-type: none"> • С 2000 года увеличилось количество СВП, количество заболеваний составило 90% и стало стабильным. |
| <p>4. Улучшение лечения вирусных/гепатитных заболеваний</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшается • Необходимо проводить обучение по профилактической медицине. • Необходимо оборудование для обследования. |
| <p>5. Улучшение лечения сердечно-сосудистых заболеваний</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Улучшается • Необходимо проводить обучение по профилактической медицине. • Необходимо оборудование для обследований. |
| <p>1. Достаточное распределение расходов на первичное здравоохранение из общего бюджета здравоохранения области</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Областной бюджет распределяется в соответствии с приоритетами государственной политики (бесплатность первичного здравоохранения). • Уровень расходов на СВП увеличивается и он достиг 50%. |
| <p>2. Достаточное распределение бюджета для каждого СВП</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Областной указ о подушевом финансировании был издан в 2001 году. • Уровень расходов на СВП увеличивается и возрос в 2.7 раза |



| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>между городской и сельской местностями является несбалансированным, особенно в специализированных областях, а также эксплуатации и содержания.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Система эксплуатации и содержания, включая систему заказа расходных материалов, является недостаточной. • Продолжительность по завершении проекта является сомнительной. |
|--|---|

| | |
|---|---|
| 3. Достаточное распределение расходов по персоналу для содержания СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Начисления заработной платы составляет 60% всего бюджета. • Тем не менее, вспомогательный технический персонал особенно не назначается. |
| 4. Достаточное распределение расходов на поставку лекарств в СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Уровень удовлетворения поставками лекарств превысил 80%. • Существуют различия между учреждениями Проектными и не-проектными учреждениями. • Существуют случаи поставки лекарств только в ЦРБ в связи с организацией поставки лекарств ЦРБ. |
| 5. Достаточное распределение бюджета на поставку лекарств в СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Наблюдается тенденция увеличения бюджета на лекарства • Существуют различия между учреждениями Проектными и не-проектными учреждениями. |
| 6. Стоимость 1 визита в СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Бюджет составляет 300 сум. Стабильно гарантирован. • Сумма бюджета является абсолютно недостаточной. |
| 7. Поставка лекарств на каждый запрос СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Поставка лекарств относительно удовлетворительная (свыше 80% от необходимого) • Существуют различия между учреждениями Проектными и не-проектными учреждениями. |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|---|--|
| 8. Достаточное размещение кадров в каждом СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Распределение медицинского персонала в городской и сельской местностях является несбалансированным. • Особенно подобная ситуация наблюдается в специализированных отраслях. |
| 9. Достаточная поставка оборудования в каждый СВП | <ul style="list-style-type: none"> • Существует пример незнания содержания и необходимости оборудования персоналом на уровне СВП (отличаются от нужд участков) • Необходимы полевые исследования для определения необходимого оборудования и тренингов для вспомогательного технического персонала. • Сомнения в спецификациях, таких как автоклав, в связи с высокой жесткостью водой. |
| 10. Система и знания/технология эксплуатации и содержания оборудования и учреждений | <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие вспомогательного технического персонала • Система заказов запасных частей и расходных материалов является неэффективной. • Устойчивость по завершении Проекта является сомнительной |