

**ЧАСТЬ II**  
**ИТОГИ БАЗОВОГО ИЗУЧЕНИЯ**

## Часть II Итоги базового изучения

### Глава 4 Оказание услуг здравоохранения

#### 4-1 Введение

Эта глава отражает фактическую ситуацию предоставления услуг в Навоийской области и является первой попыткой понять разрыв между спросом на медицинские услуги и их предоставлением, в контексте их усовершенствования. Предварительное изучение указало на существующую ощутимую разницу между спросом на медицинские услуги и их оказанием, поэтому было необходимо проанализировать ситуацию в деталях. Данный отчёт содержит анализ медицинского обслуживания в количественном и качественном аспектах.

В ходе исследования были оценены: размещение ЛПУ, распределение медицинского персонала, настоящее состояние учреждений и оборудования, основные заболевания и переведенные в другие учреждения пациенты. Информация была собрана при проведении исследования лечебных учреждений.

Поскольку управление больницами, которое было охвачено другим исследованием, существует для обеспечения оказания медицинских услуг, этот вопрос также проанализирован в данном отчёте. Индикаторы функциональности и рентабельности, такие как показатель занятости койки, среднее пребывание больного на койке, количество пациентов в расчете на одного врача или медсестру, поступления и расходы, доля поступлений от платных услуг, соотношение фиксированных расходов и переменных издержек, средние расходы на одного пациента, и другие использованы для анализа. Кроме того, отчёт содержит данные о таких компонентах системы управления больницами, как организационная структура предоставления услуг, прогресс введения платных услуг; приобретение лекарственных средств и расходных материалов, содержание помещений и медицинского оборудования, управление информацией, и др.

#### 4-2 Методы

Информация и данные, получены при исследовании лечебных учреждений и управления больницами, состоящего из трех компонентов: (1) получение информации из Навоийского Областного Управления Здравоохранения (НОУЗ); (2) использование двух отдельных анкетных опросов в больницах/областных диспансерах/областных центрах/ учреждениях ПМСП; (3) интервью и наблюдение деятельности в больницах/областных диспансерах /областных центрах.

#### 4-2-1 Получение информации из НОУЗ

Группа изучения ЛСА при необходимости просила НОУЗ предоставить требующуюся для Базового Изучения информацию. Собранная информация включает показатели состояния здоровья, структуру заболеваемости, социально-экономические характеристики, количество, географическое расположение и ежегодный бюджет лечебных учреждений, статистические формы, которые лечебные учреждения регулярно предоставляют.

#### 4-2-2 Анкетный опрос в Больницах/Диспансерах/Центрах

Предварительные вопросники, подготовленные японскими консультантами, ответственными за управление больницами, были завершены в процессе совместного обсуждения с местными экспертами и коллегами из НОУЗ, после частичного пересмотра в ходе обучения персонала.

До начала Командировки на Объекты 1, Группа Изучения собиралась послать вопросники в 29 лечебных учреждений. Однако, обсуждая с каунтерпартами и основываясь на списке главных врачей, участвовавших в ежемесячных собраниях НОУЗ, было определено 31 ЛПУ, чтобы разослать вопросники, включая 4 больницы, неподведомственные Министерству здравоохранения, а именно 3 больницы ГМК и больницу «НавоиАзот».

Анкеты были розданы 3 февраля 2007 на областном ежемесячном совещании главных врачей. К концу Командировки на Объекты 1 всего 28 больниц/диспансеров/центров ответили на анкетные опросы.

#### 4-2-3 Анкетный опрос учреждений ПМСП

В настоящее время в Навоийской области существует 135 СВП и 106 ФАП. Было подтверждено, что все СВП в области были охвачены проектами Всемирного Банка «Здоровье – 1» и «Здоровье – 2», и, что существующие ФАП являются филиалами СВП. Учитывая общий график Командировки на Объекты 1, было решено провести интервью с 100-120 СВП в течение двух недель в конце февраля 2007.

Анкета, подготовленная японским консультантом, была завершена при обсуждении с местными экспертами, особенно вопросы относительно категории и методов учета персонала, сбора статистики заболеваний и медицинского оборудования.

Группа Изучения набрала регистраторов из числа выпускников Навоийского Медицинского Колледжа, которые были обучены в течение двух дней и направлены во все восемь районов области. Под руководством местного эксперта было проведено анкетирование на местах, включая дополнительное обучение регистраторов на рабочем месте, и ввод собранных данных. В результате, всего 112 учреждений ПМСП были изучены с 20 февраля до 1 марта 2007.

#### 4-2-4 Интервью и наблюдение в Больницах/Диспансерах/Центрах

В результате обсуждения с партнёрами, основываясь на списке лечебных учреждений в Навоийской Области, 6 областных учреждений, включая филиал РНЦЭМП, 6 областных диспансеров, 5 Областных Центров, Областной ЦГСЭН и Институт Здоровья были определены главными учреждениями для изучения в г. Навои. Также было выявлено, что поликлиники играют роль амбулаторных подразделений больниц и диспансеров, и что клиники для туберкулезных больных являются частью больниц, находящихся за пределами города, поэтому, информация относительно этих ЛПУ включена в исследование больниц.

Всего 28 центров/ диспансеров/ больниц области, включая, больницу НГМК в Заравшане, были посещены японскими консультантами Группы Изучения, для сбора качественных данных относительно управления больницами и для того, чтобы увидеть настоящее состояние лечебных учреждений и медицинского оборудования.

Консультанты, ответственные за исследование управления больницами и планирование оборудования, провели интервью с компаниями “Медсервис”, обслуживающей медицинское оборудование и “Медтехника”, обеспечивающей расходные материалы и запасные части.

#### 4-2-5 Анализ данных

Количественные данные, собранные в ходе исследования были проанализированы главным образом в Microsoft Excel, чтобы упростить процесс анализа. Ввод рукописных данных был закончен в течение Командировки на Объекты 1. Качественная информация, собранная через интервью также дополнила анализ.

### 4-3 Результаты

#### 4-3-1 Лечебные учреждения в Навоийской области

##### (1) Учреждения районного(вторичного)/областного(третичного) уровня

В Навоийской Области учреждения районного/ областного уровня классифицируются на следующие три категории: больницы, областные диспансеры и областные центры. Распределение по районам и городам показано в Таблице 4- 1.

**Таблица 4-1: Распределение лечебных учреждений вторичного/третичного уровня в Навоийской области**

Районы/города	Областные больницы	Областные Диспансеры	Областные центры	Центральная районная Больница (ЦРБ)	Основные больницы неподведомственные Минздраву
г.Навои	филиал РНЦЭМП <sup>1</sup>	Туберкулезный	Центр СПИД		ГМК-Навои
	Детская больница <sup>1</sup>	Онкологический	Скрининг Центр		Навоиазот
	Детская инфекционная больница	Психоневрологический	Подростковый Центр		
	Родильный дом	Эндокринологический	Станция переливания крови		
		Наркологический	Бюро судебной медицины		
Кармана	Офтальмологическая <sup>1</sup>	Кожно-венерологический		ЦРБ <sup>1</sup>	
	Special Medical Prophylactic				
Кизилтепа				ЦРБ <sup>1</sup>	
Хатирчи				ЦРБ <sup>1</sup>	
Нурата				ЦРБ <sup>1</sup>	
Навобахор				ЦРБ <sup>1</sup>	
Канимех				ЦРБ <sup>1</sup>	
Учкудук				ЦРБ <sup>1</sup>	ГМК Учкудук
Томди				ЦРБ <sup>1</sup>	
г. Заравшан			Реабилитационный центр		ГМК Заравшан
<b>Всего</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>

Примечание: 1. Есть поликлиника

Источник: Навоийское Областное Управление Здравоохранения (НОУЗ)

#### і) Больницы

Больницы проводят только стационарное лечение одной или более категорий болезней. Некоторые поликлиники расположены в пределах помещения больниц и играют роль амбулаторного отделения больницы, но они определены как отдельные учреждения. Навоийский филиал Республиканского Центра Экстренной Медицинской помощи также определен как больница. В области больницы разделяются на две группы: центральные районные больницы (ЦРБ), являющиеся учреждениями вторичного уровня; и областные больницы (третичный уровень) для оказания услуг более высокого уровня.

##### а. Центральная Районная Больница (ЦРБ)

В Навоийской области есть восемь районов, и каждый имеет ЦРБ, по крайней мере, с одной поликлиникой. Они расположены в центре района, и многие ЦРБ и районные поликлиники – находятся на одной территории. Они обычно имеют терапевтические, хирургические, детские, акушерско-гинекологические, и инфекционные отделения (Таблица 2), и некоторые из них принимают туберкулезных больных на стационарное лечение. Однако в Учкудуке нет хирургических операционных, и нет никаких хирургов, исключительно работающих в Томди. Относительно других особенностей, только в ЦРБ Карманы есть нейрохирург, ортопед и гематолог; поэтому данная ЦРБ принимает направленных даже из Навои нейрохирургических пациентов.

Они также предоставляют услуги по переливанию крови, рентгенологии (главным образом общая рентгенография, флюороскопия и абдоминальная УЗД), ЭКГ и лабораторные анализы.

**Таблица 4-2: Медицинские услуги, оказываемые ЦРБ в Навоийской Области**

Название ЦРБ	Поликлиника	Клинические отделения							24-часовая экстренная помощь	интенсивная терапия/реанимация	Переливание крови	Платные услуги	Рентгенодиагностика	Эндоскопия	Функциональная диагностика	Лаборатория		
		Внутренние болезни	Хирургические б-ни	Детское	акушерство, гинекология	Инфекционные б-ни	Туберкулезный	Другие								Клиническая	Микробиология	Гистопатология
Кармана	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x		
Нурата	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
Навбахор	x	x	x	x	x	x			x	x	x	x	x	x	x			
Хатирчи	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x			
Кизилтепа	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Канимех	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x			
Томди	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x		x	x		
Учкудук	x	x		x	x	x	x				x	x			x	x		

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ЛСА

Деятельность ЦРБ представлена в Таблице 4-3. Среднее количество коек на 1,000 населения составляло 3.8 в 2006. В плотно-населенных районах подобно Хатирчи, сравнительно меньше коек.

В целом, по всем ЦРБ количество стационарных больных - 123.9 на 1,000 населения. Особенно в Нурата и Томди, приняли значительно меньше пациентов. В двух этих районах существует 6 СУБ, так что большинство жителей часто обращается туда. С другой стороны, ЦРБ Карманы принимает больше пациентов даже из других районов/городов, так как эта ЦРБ имеет отделения нейрохирургии, травматологии и гематологии.

В восьми ЦРБ произошли 0.45 случаев смертности на 1,000 населения в 2006. Такие низкие показатели отражают, то, что смертные случаи главным образом произошли дома. Показатели несколько выше в Кармане, Канимехе и Учкудуке. ЦРБ Карманы иногда оказывает помощь направленным пациентам в тяжёлом состоянии, в то время как высокие показатели смертности в Канимехе и Учкудуке связан с суровыми условиями жизни.

**Таблица 4-3: Отдельные показатели деятельности ЦРБ в Навоийской области в 2006**

ЦРБ	Кол-во койки	Кол-во коек (/ 1,000 нас)	Кол-во стац.больных	Кол-во стац.больных(/ 1,000 pop)	Кол-во смертей	Кол-во смертей (/ 1,000 нас)	Показатель занятости койки (%)	Показатель занятости койки (дни)	Среднее пребывание на койке (дни)	Кол-во операций	Кол-во операций(/1,000 нас)	Кол-во родов	Кол-во родов на женщин репродуктивного возраста	Кол-во кесаревых сечений	Кол-во кесаревых сечений (/ 1,000 женщин репродуктивного возраста)
Кармана	322	3.4	15,647	162.8	59	0.61	101.9	336.2	7.0	2,520	26.2	1,709	64.7	110	4.2
Нурата	326	4.3	6,225	81.7	33	0.43	94.6	312.1	10.5	1,050	13.8	1,600	76.4	74	3.5
Навбахор	285	3.5	11,261	136.7	30	0.36	96.8	319.6	8.2	723	8.8	1,571	69.3	73	3.2
Хатирчи	460	3.0	18,156	118.8	49	0.32	95.2	314.1	7.2	2,990	19.6	3,002	71.4	129	3.1
Кизилте	465	4.1	15,100	133.5	51	0.45	102.6	338.7	9.4	2,234	19.8	2,180	70.1	142	4.6
Канимех	220	5.6	4,741	120.9	25	0.64	98.5	325.0	11.1	542	13.8	675	62.6	10	0.9
Томди	130	5.4	1,755	72.8	11	0.46	75.9	250.4	11.8	110	4.6	292	44.1	13	2.0
Учкудук	100	4.0	2,584	103.4	16	0.64	86.7	286.1	10.9	0	0.0	325	47.3	0	0.0
<b>Все ЦРБ</b>	<b>2,308</b>	<b>3.8</b>	<b>75,469</b>	<b>123.9</b>	<b>274</b>	<b>0.45</b>	<b>94.0</b>	<b>310.3</b>	<b>9.5</b>	<b>10,169</b>	<b>16.7</b>	<b>11,354</b>	<b>67.8</b>	<b>551</b>	<b>3.29058</b>

Примечание: 1. Количество коек района включает койки СУБ  
 2. Показатель занятости койки, вычисленный в процентах это Японский метод калькуляции, Узбекский метод выражается в днях, если узбекский показатель разделить на 330, получается Японский  
 3. Население Учкудука не включает 12000 человек, относящихся к больнице НГМК

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ИСА

Определение показателя занятости койки (ПЗК) в Узбекистане отличается от Японского. Узбекский ПЗК обозначает количество дней, которые одна койка занята в году. 330 дней является показателем полной годовой утилизацией койки, остальные 35 дней могут приходиться на дни когда проводится ремонт или санитарные мероприятия. С другой стороны, Японский показатель определен как соотношение среднего суточного количества больных на количество коек. Следовательно, мерой измерения являются проценты. Узбекский показатель может переводиться в Японский показатель при делении его на 330. Следовательно, он измеряется в процентах. Предположим, что 330 дней составляет 100%, Узбекский ПЗК переводится в Японский показатель если поделить на 330.

Показатель занятости койки превышает 280.5 дней или 85% по всем ЦРБ кроме Томди (250.4 дней или 75.9 %), в то время как в Кармане и Кизилтепе показатель больше 330 дней или 100%. Среднее пребывание пациентов на койке больше в отдаленных районах как Томди (11.8 дней), Канимех ( 11.1), Учкудук (10.9 дней) и Нурата (10.5). Высокий показатель занятости койки частично отражает наличие все еще немногочисленных платных отделений. Люди стараются быстрее выписаться, потому что они вынуждены платить после перевода из экстренного отделения в другие. Поэтому, ЦРБ Карманы, где есть работающее на полную мощь платное отделение, имеет показатель занятости койки

более чем 330 дней (100%) и невысокий уровень средней длительности пребывания пациентов на койке. Высокий уровень среднего пребывания пациентов на койке в Томди и Учкудуке связан с наличием в них туберкулезных отделений, где пациенты лечатся больше чем 50 дней.

Что касается работы хирургии, Томди и Учкудуке она на очень низком уровне, из-за отсутствия хирургов в Томди и отсутствия операционных в Учкудуке. В Навбахорском районе недостаток хирургов и хирургического оборудования отражается в малом количестве проведенных операций.

В Томди и Учкудуке малое количество родов. Население этих районов, живя в тяжелых условиях с недостаточным питанием, зачастую используют контрацептивы. Также было сказано что, многие временно работают в Казахстане, и это также отражается на низком количестве родов.

#### б. Больницы области

В области всего шесть больниц третичного уровня: филиал Центра экстренной помощи, детская больница, офтальмологическая больница, детская инфекционная больница, родильный дом и специальная медико-профилактическая больница.

Услуги, оказываемые этими больницами области, внесены в Таблицу 4-4. Филиал Центра экстренной помощи, детская больница и офтальмологическая больница имеют поликлиники на своей территории. Так как в области нет ещё общей многопрофильной больницы, филиал Центра экстренной помощи и детская больница совместно выполняют её функции. Детская больница принимает пациентов моложе 15 лет, в то время как филиал Центра экстренной медицинской помощи использует 30 % своей мощности для больных с неэкстренной патологией. Другие больницы специализируются на отдельных категориях клинических отделений. Детская инфекционная больница оказывает услуги также и взрослым пациентам. Специальная медико-профилактическая больница (профилакторий) предназначена для долгосрочного лечения алкоголиков и наркоманов.



**Таблица 4-4: Услуги оказываемые областными учреждениями в Навоийской области**

Учреждения	Клинические отделения														Лаборатория								
	Поликлиника	Внутренние болезни	Хирургия	Акушерство/гинекология	Инфекционные болезни	кардиология	Неврология	Офтальмология	Отоларингология	урология	Ортопедия/травмотология	Другие	24-часовая экстренная помощь	интенсивная терапия/реанимация	Переливание крови	Платные услуги	Рентгенодиагностика	Эндоскопия	функциональная диагностика	клиническая	Микробиология	Гистопатология	Гемодиализ
филиал РНЦЭМП	x	x	x	x		x	x			x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x
Детская	x	x	x			x	x		x	x	x	x	x			x	x	x	x	x			
Роддом				x								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Офтальмологическая	x						x					x			x								
Детская инфекционная					x							x				x	x	x	x	x			
Спец.профилакторий											x	x							x				

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ЛСА

Таблица 4- 5 показывает деятельность областных больниц. Легко увидеть, что количество коек на областном уровне меньше чем в ЦРБ. Высокая госпитальная летальность в филиале Центра экстренной помощи и детской больнице частично отражают, что они играют роль учреждений третичного уровня, куда направляются пациенты в самых тяжелых случаях. Коэффициент занятости койки более 330 дней или 100 % в филиале РНЦЭМП, детской больнице и специальной медико-профилактической больнице, кроме офтальмологической больницы, в то время как среднее пребывание на койке 5-8 дней кроме специального лечебно-трудового профилактория (99 дней).

**Таблица 4-5: Отдельные индикаторы деятельности областных ЛПУ в Навоийской области в 2006**

Название больницы	Кол-во коек	Кол-во пациентов	Кол-во смертей	Показ-ль занятости койки(%)	Показ-ль занятости койки(дни)	Сред. Пролетол. Пребывания (дни)	Кол-во родов	кол-во кесаревых сечений	Кол-во операций	Рентген диаг-ка	Эхография	Гастрофиброскопия	Эритроциттест	Лейкоциттест	Сахар крови	Тест на глаукому
Филиал Центра Экстренной мед	200	11,832	133	103.8	342.6	5.4	-	-	4,025	28,131	25,628	2,732	26,091	1,905	5,583	-
Детская	125	5,736	35	109.5	361.2	7.6	-	-	1,479	2,581	3,829	1,116	11,023	11,408	134	-
Родильный дом	150	6,354	1	92.4	305.0	7.0	2,464	272	1,870	185	11,108	34	12,000	12,000	817	-
Офтальмологическая	40	1,797	0	98.3	324.3	6.9	-	-	793	-	-	-	-	-	-	61
Детская инфекционная	75	2,604	4	95.5	315.0	8.0	-	-	-	400	900	400	3,500	800	800	-
Специальный профилакторий	39	136	0	104.2	344.0	99.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: 1. Показатель занятости койки (ПЗК) в процентах Японский метод расета, в то время как занятость койки выражается в количестве дней в Узбекистане. При делении Узбекистанского показателя на 300, получается Японский.

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ЛСА

с. Лечебные учреждения производственных объединений

Одна из особенностей системы здравоохранения в Навоийской области - существование больниц неподведомственных областному управлению здравоохранения. Основные

производственные компании имеют собственные лечебные учреждения: НГМК (Навоийский горнометаллургический комбинат) три больницы: в г. Навои, г. Зарафшан (200 км к северо-западу от Навои) и г. Учкудук (300 км к северо-западу от Навои); у «Navoiyazot» (химического комбината) есть своя больница в г. Навои. Количество коек лечебных учреждений НГМК - полностью приблизительно около 900, в то время как больница «Navoiyazot» имеет 80 коек. Поэтому, больницы НГМК, которые изначально существуют для рабочих НГМК и их семей (всего 90,000 человек), имеют наибольший потенциал для оказания медицинской помощи в области.

Согласно контракту с НОУЗ больницы НГМК в Зарафшане и Учкудуке также оказывают медицинское обслуживание населению не работающему на металлургическом комбинате. В Зарафшане, почти всему населению оказывает помощь больница НГМК, потому что большинство работает в горнометаллургической промышленности. Больница НГМК в Учкудуке оказывает общему населению экстренную медицинскую помощь, хирургическую и реанимационную помощь, которые ЦРБ Учкудука не в состоянии оказать. В г. Навои не оказываются услуги, по контракту с НГМК. Поэтому, когда пациенты не работающие в НГМК нуждаются в лечении в ведомственной НГМК больнице, они сами несут все затраты на лечение.

Согласно интервью в больнице НГМК в Зарафшане, их поликлиники принимают 1400 пациентов в день и ежегодно госпитализируют 14,000 стационарных больных. Сердечно-сосудистые заболевания, инсульты и острые респираторные инфекции являются основными заболеваниями в больнице. В больнице на 380 коек показатель занятости койки составляет 297 дней или 90 %, и среднее пребывание пациента на койке было 9.1 дней в 2006. В больнице работают 260 медицинских докторов и 702 медсестер.

## ii) Диспансеры

Областные диспансеры специализируются на оказании помощи по отдельным категориям болезней. В основном, они имеют свои собственные стационары и поликлиники как присоединенные амбулаторные отделения (Таблица 6). Шесть диспансеров, а именно туберкулёзный, онкологический, кожно-венерологический, эндокринологический, неврологический и наркологический, оказывают специализированную медицинскую помощь как единственные поставщики данных видов услуг на областном (третичном) уровне.

**Таблица 4-6: Услуги, оказываемые областными диспансерами в Навоийской области**

Диспансер	Клинические отделения														Лаборатория						
	Поликлиника	Туберкулезное	Онкологическая хирургия	Химиотерапевтическое	Дерматологическое	Микология	Венерология	Эндокринология	Офтальмология	психо-неврологич	Наркология	24-часов экстренная помощь	Интенсивное (реанимация)	Переливание крови	Платные услуги	Рентгендиагностика	Эндоскопия	физиологический тест	Клиническая	Microbacteriology	Histopathology
Туберкулёзный	x	x									x				x			x			
Онкологический	x		x	x											x		x	x			x
КВД	x				x	x	x				x			x				x			x
Эндокринологический	x							x	x									x			
Психо-неврологический	x									x											
Наркологический	x									x	x			x							

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ИСА

Количество коек варьирует в учреждениях (Таблица 7). В 2007 Онкологический диспансер будет переведен в ЦРБ Карманы с расширением коек от 25 до 50. В настоящее время Эндокринологический диспансер не имеет стационарного отделения, будет иметь 20 коек после перевода. Показатель занятости койки более 330 дней или 100 % в туберкулезном диспансере, психо-неврологическом и наркологическом диспансерах. В онкологическом диспансера (308.1 дней или 93.4 %) и КВД (266.4 или 80.7 %) также превышает 260 дней или 80%. Вообще среднее пребывание более длинное, особенно у туберкулезных больных согласно приказам, что пациенты должны быть госпитализированы в течение первых 2 месяцев.

**Таблица 4-7: Отдельные показатели деятельности областных диспансеров в Навоийской области в 2006**

Диспансеры	Кол-во амбулаторных б-х		Кол-во стац.б-х	Кол-во смертей	Пок-ль занятости койки (%)		Сред. Продол. Пребывания (дни)	Кол-во операций	Рентген диаг-ка	Эритроциты	Лейкоциты	Сахар крови	Холестерин крови	RW	тест на гонорею	тест на грибки	бактериоскопия мокроты
	Кол-во коек	Кол-во б-х			Пок-ль занятости койки (%)	Пок-ль занятости койки (%)											
Туберкулёзный	27,547	162	1,145		26	115.6	381.6	51.2	-	4,400	-	-	-	-	-	-	14,243
Онкологический	41,408	25	757		8	93.4	308.1	9.2	879	3,274	2,068	-	-	-	-	-	-
КВД	40,372	110	1,624		1	80.7	266.4	17.5	-	-	-	-	-	231,996	121,446	561	-
Эндокринология	5,280	0	-		0	-	-	-	-	3,340	3,340	3,922	918	-	-	-	-
Психо-неврологический	3,328	50	464		1	102.9	339.7	36.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Наркологический	1,800	20	489		3	107.7	355.3	14.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: Примечание: Показатель занятости койки (ПЗК) Японский метод вычисления в процентах, согласно Узбекистанским правилам выражается в количестве дней, деля Узбекистанский показатель на 330, можно перевести его в Японский ПЗК

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ИСА

### iii) Центры

Областные Центры оказывают местным жителям специализированную помощь по ВИЧ/СПИД, скринингу, подростковому здоровью, переливанию крови и судебной медицине. Они не имеют никаких стационарных отделений.

Центр СПИД, оказывает услуги по добровольного до и после тестового консультирования и добровольного тестирования и проведению анти-ретровирусных (АРТ) препаратов с 2006 года, при поддержке Глобального Фонда, для борьбы с СПИДом, туберкулезом и малярией. Скрининг Центр определяет риск рождения детей с аномалиями, начиная с его учреждения в 2005 году. Подростковый Центр обслуживает молодых людей в возрасте 14-18 лет и студентов колледжей, включая их медицинское обследование перед службой в вооруженных силах, оказание услуг детям, зарегистрированным милицией из-за совершения преступлений, включая половое воспитание. Станция переливания крови собирает кровь от доноров и обеспечивает препаратами крови лечебные учреждения, после тестовой проверки. Станция является единственным учреждением, которое проверяет кровь на наличие вируса гепатита С. Бюро Судебной Медицинской Экспертизы производит судебно-медицинские вскрытия после запросов милиции, обвинителя и суда, несмотря на то, что текущие патологоанатомические вскрытия производятся в патологоанатомическом отделении филиала Центра Экстренной медицинской помощи.

#### (2) Учреждения первичной медико-санитарной помощи

Первый пункт контакта для получения медицинского обслуживания – учреждения первичного звена здравоохранения (ПМСП) так называемые СВП. Первоначально оказывали первичную помощь сельские врачебные амбулатории (СВА) и фельдшерско-акушерские посты (ФАП), и постепенно они были преобразованы в СВП. В отдаленных районах как Канимех, Учкудук и Томди и плотно-населенных районах подобно Хатирчи, многие ФАП сохранены как филиалы СВП.

Кроме того, сельские участковые больницы (СУБ), имеющие 30-40 коек дневного стационара, предоставляют медицинскую помощь между первичным и вторичным уровнями здравоохранения.

Распределение учреждений ПМСП в Навоийской области показана в Таблице 4-8. Всего в области есть 13 СУБ, 135 СВП, 1 СВА, которая будет преобразована в СВП в течение 2007 года и 106 ФАП. Каждое учреждение ПМСП в отдаленных районах оказывает помощь населению в радиусе 185.6 км<sup>2</sup>, 190 км<sup>2</sup> и 545.1км<sup>2</sup> в Канимехе, Учкудуке и Томди соответственно.

**Таблица 4-8: Распределение учреждений ПМСП в Навоийской области**

Район/город	СУБ	СВП	СВА	ФАП	Население СВП	Диаметр обсл. СВП
Навои		1			-	-
Кармана		16			4,703	75.6
Кизилтепа		33		7	3,636	12.8
Хатирчи	1	28	1	29	4,854	18.2
Нурата	4	16		9	2,228	155.5
Навбахор	1	19		1	4,525	48.4
Канимех	2	9		22	2,166	185.6
Учкудук	3	4		14	1,998	190.0
Томди	2	6		24	1,380	545.1
Заравшан		3			4,334	390.2
<b>Всего</b>	<b>13</b>	<b>135</b>	<b>1</b>	<b>106</b>	<b>3,851</b>	<b>82.4</b>

Источник: 1. НОУЗ; 2. Ответы на анкеты по исследованию СВП

В целом, доктора, обученные как врачи общей практики, оказывают помощь в СВП. Там возможно оказать помощь при нормальных родах и провести лабораторное исследование, что стало возможно с помощью проекта “Здоровье I” Всемирного Банка. СВП также участвуют в профилактике некоторых заболеваний путем проведения медицинских обследований и прививок. СВП имеют стационарные койки для услуг дневного стационара.

Большинство СВП работают от 8:00 до 18:00 в будние дни (с понедельника по субботу) и от 10:00 до 16:00 по воскресеньям и праздникам.

Основываясь на нашем обзоре, охватившем 111 СВП (из 136 существующих в Навоийской области), мы обобщили их деятельность в Таблице 4-9. По количеству амбулаторных больных в СВП заключено, что ежедневно от 1 до 8 человек первично обращались в каждое СВП в 2006. Количество первично обратившихся в 2006 году варьировало от 484 в Канимехе до 2976 в Навбахоре.

Низкое использование СВП идентифицировано в Канимехе (484) и Томди(792) и Зарафшане (1021). Малые показатели деятельности лабораторий в Учкудуке и Томди частично отражают отсутствие лаборантов и слабость их подготовки.

Наиболее часто встречающимися заболеваниями на уровне СВП в Навоийской области являются эндокринные болезни, заболевания, связанные с питанием и нарушением обмена веществ, болезни дыхательной и пищеварительной систем. Кроме того, там очень много больных с анемией.

**Таблица 4-9: Деятельность СВП в Навоийской Области в 2006**

Район\город	кол-во амб.б-х	кол-во амб.б-х	Кол-во родов	Кол-во родов	Кол-во лаб.исслед	Кол-во лаб.исслед
	на 10,000 нас	на СВП	на 10,000 нас	на СВП	на 10,000 нас	на СВП
Кармана	5,468	2,571	181	85	31,425	14,778
Кизилтепа	5,947	2,163	170	62	38,186	13,886
Хатирчи	3,666	1,779	169	82	30,448	14,780
Нурата	5,179	1,154	196	44	54,924	12,236
Навбахор	6,577	2,976	174	79	32,143	14,545
Канимех	2,237	484	165	36	63,462	13,744
Учкудук	7,094	1,417	105	21	6,073	1,213
Томди	5,737	792	94	13	0	0
Заравшан	2,356	1,021	181	79	46,046	19,954
<b>Навоийская обл</b>	<b>5,107</b>	<b>1,967</b>	<b>172</b>	<b>66</b>	<b>35,086</b>	<b>13,511</b>

Источник:1. Ответы на анкеты по исследованию СВП

#### 4-3-2 Система направления и санитарная авиация

##### (1) Настоящее положение направления пациентов

Наш обзор СВП показывает, что общее количество направленных пациентов из исследованных СВП в восемь ЦРБ составляло 12 798 пациентов в 2006 году. Ситуация различна в районах и городах: 193 случаев были направлены в г. Заравшан, в то время как было больше чем 1,000 пациентов в направлены в Кизилтепа (3 657), Хатирчи (3 095), Кармана (1 894) и Навбахор(1 255). В целом, 1089 пациентов непосредственно направлены в областные или республиканские учреждения. Наиболее часто это были пациенты с болезнями крови и кроветворных органов, с эндокринными заболеваниями, нарушениями питания и метаболизма, системы кровообращения, дыхательной и пищеварительной систем.

С каждого ЦРБ 20-50 случаев были переведены в областные учреждения кроме Кизилтепы. В 2006 году республиканские учреждения приняли 24 пациентов из филиала Центра Экстренной Медицинской помощи и 32 пациентов из областной детской больницы из г. Навои.

##### (2) Санитарная Авиация и её настоящее состояние

Кроме системы направления, Узбекистан уже установил систему, при котором учреждения более высокого уровня главным образом филиалы РНЦЭМП, отправляют специалистов в учреждения более низкого уровня для проведения помощи. Эту систему называют санитарной авиацией. В 2006, санитарная авиация использовалась, полностью 625 раз и 715 пациентов получили помощь.

Таблица 4-10 показывает сравнение числа направленных пациентов с теми, кто получил помощь по санитарной авиации. Районы вокруг г. Навои как Навбахор и Хатирчи имеют тенденцию использовать больше санитарную авиацию, чем направление. Только Кизилтепа направляет много пациентов в г. Навои. Что касается отдаленных районов

подобно Томди и Учкудуку, пациенты больше направляются в г. Навои, чем вызывается санитарная авиация. Кроме того, ЦРБ Томди послала 7 пациентов и ЦРБ Учкудука послала 5 случаев в больницу НГМК в Заравшане.

**Таблица 4-10: Сравнение направления пациентов и использования санитарной авиации в 2006**

<b>Кол-во пациентов ЦРБ</b>	<b>Направленные в обл. учреждения</b>	<b>Санавиация из обл. учреждений</b>
Кармана	26	25
Нурата	46	62
Навбахор	12	73
Хатирчи	30	53
Кизилтепа	322	55
Канимех	21	25
Томди	26	2
	17	6
<b>Все ЦРБ</b>	<b>500</b>	<b>301</b>

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ЛСА

Как было сказано выше, ЦРБ направили 500 пациентов в областные учреждения и вызвали санитарную авиацию в 301 случаях, поэтому, в целом они используют направление чаще, чем санитарную авиацию. Однако, согласно интервью проведённых Группой Изучения, очень немного пациентов направлены с основными заболеваниями типа болезней сердца (инфаркта миокарда, стенокардии, и т.д.), инсультами, травмами головы, пневмониями у детей и аномалией родовой деятельности. Главным образом, в этих случаях ЦРБ использовали санитарную авиацию.

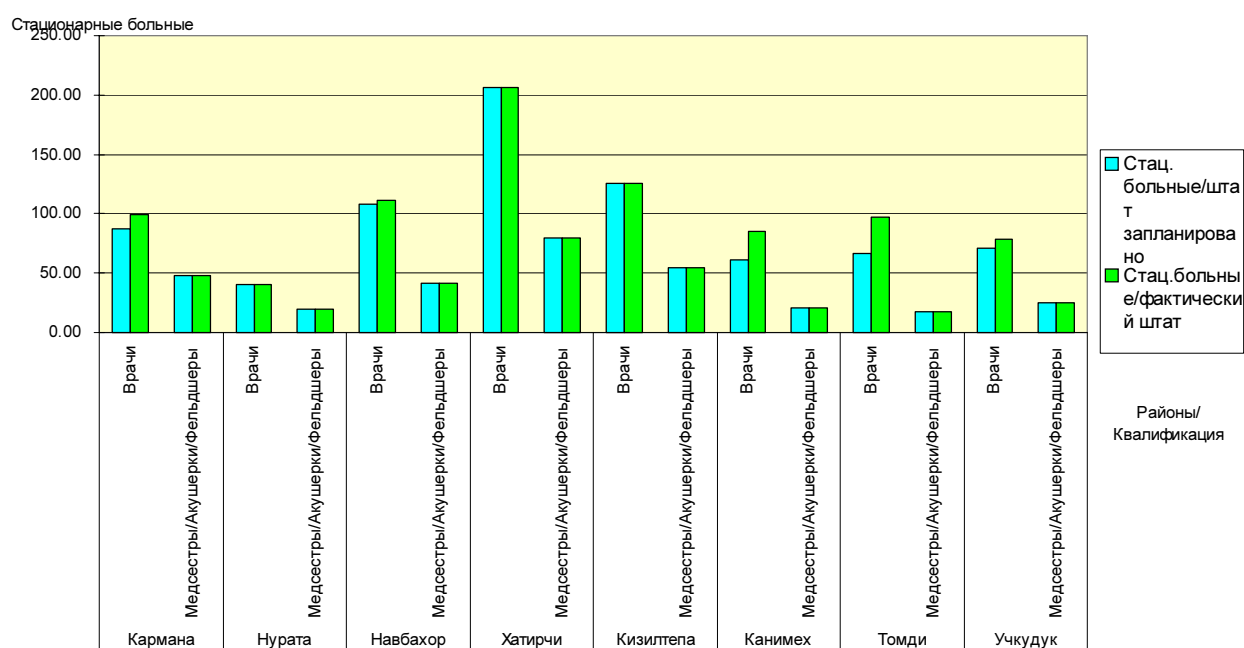
Все больные с подозрением на диабет посылались в эндокринологический диспансер в г. Навои и были поставлены на учёт. Однако эти пациенты получают основное лечение в своих ЦРБ, и в серьезных случаях подобно диабетической коме получают помощь в филиале РНЦМП из-за отсутствия стационарного отделения в Эндокринологическом диспансере.

Санитарная авиация имеет длинную историю с советской эры, и она должна функционально дополнять ЦРБ помощью специалистов, которых там нет. В настоящее время нет таких огромных различий в объеме и уровне оказываемой медицинской помощи между ЦРБ и учреждениями областного уровня. Величина области также создает трудности пациентам из отдаленных районов, подобных Томди, добираться до города для получения помощи. Сегодняшняя тенденция частого использования санитарной авиации связана с этим фактором.

### 4-3-3 Управление кадрами

Всего, 1 544 врачей (не включая НОУЗ и Медицинский Колледж) и 7 510 средних медицинских работников, включая медсестр, акушерок, фельдшеров и связанный с ними штат поддержки работали в Навоийской области в 2006 году. Область имеет второе место по наименьшему количеству врачей (21.2 на 10,000 населения) и второе наименьшее количество средних медицинских работников (103.4 на 10,000) по республике.

Рисунок 1 и 2 показывает соотношение стационарных больных к докторам и средним медицинским работникам. Существует небольшие различия между выделенными единицами штата и фактически занятыми, можно сказать, что каждое учреждение имеет практически укомплектованные штаты.

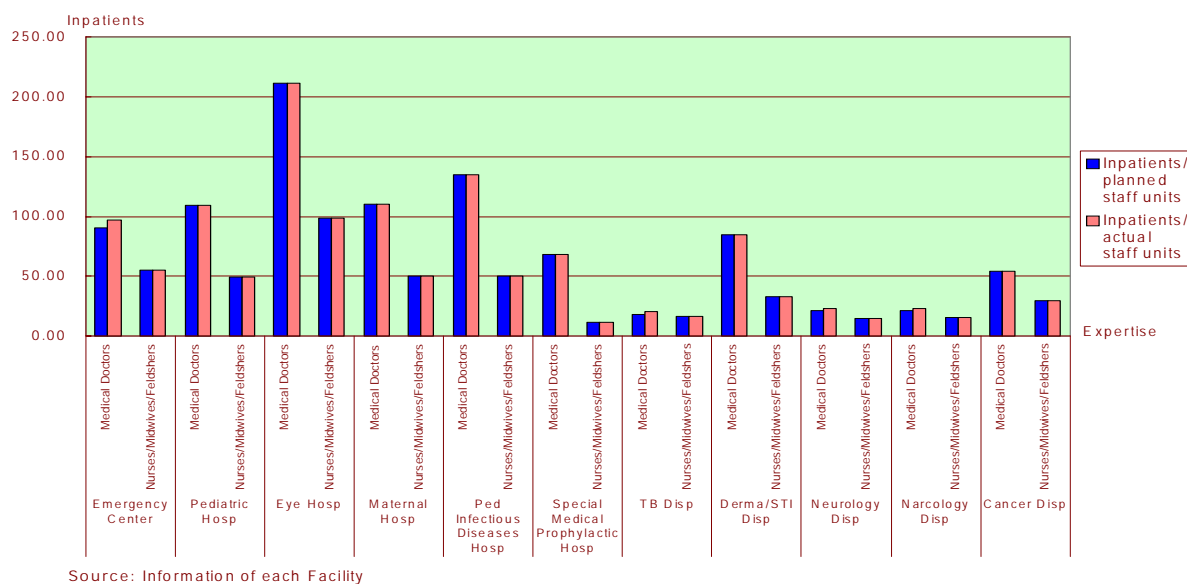


Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ИСА

**Рис. 4-1: Количество стационарных больных на единицу штата в 2006 (ЦРБ)**

С другой стороны, количества стационарных больных на единицу штата различны между учреждениями. Из ЦРБ, Навбахорская, Хатирчинская и Кизилтепинская обслуживают больше чем 100 стационарных больных в расчете на единицу штата врачей, в то время, как областные учреждения с коротким средним пребыванием на койке, подобно детской больнице, родильному дому, детской инфекционной больнице и офтальмологической больнице принимают больше чем 100 стационарных больных на единицу штата врачей.





Источник: Информация каждого ЛПУ

**Рис. 4-2: Количество стационарных больных на единицу штата в 2006 (Областные учреждения)**

#### 4-3-4 Управление фондами

##### (1) Тенденции распределения фондов

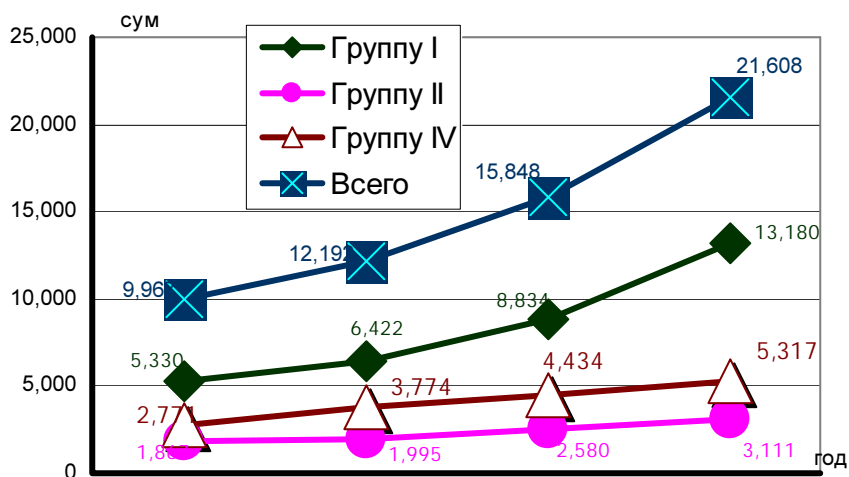
Текущие бюджеты для сектора здравоохранения в Навоийской области главным образом выделяются руководством области, областным хокимиятом. Учреждения здравоохранения могут получать плату за обслуживание от пациентов, но как будет показано позже, их доля в общих поступлениях весьма ограничена.

Областное управление здравоохранения готовит проект бюджета следующего года в июне, так что каждое учреждение должно представить свой перспективный бюджет до первого июня. Областной хокимият в среднем утверждает только 60-70 % предложенных бюджетов, хотя расходы на кадры полностью ассигнованы благодаря Указу Президента. Есть два способа бюджетирования на уровне районов: ЦРБ получают свои бюджеты через районные хокимияты от областного хокимията, в то время как СВП получают непосредственно от областного управления здравоохранения.

Тенденции бюджета на душу населения показаны на Рисунке 4-3. На рисунке Группа I и Группа II, соответственно, означают обычные заработные платы и различные пособия, и Группа IV показывает другие расходы на горючее, обслуживание зданий и учреждений, приобретение пищевых продуктов, медикаментов и расходных материалов, и т.д.

Увеличение бюджетов НОУЗ в течение прошлых пяти лет почти равно увеличению расходов на персонал. Как показано в Графике 4-3, расходы персонала (Группа I) были увеличены на 105 % с 2004 до 2006. В то время как, ежегодное увеличение других расходов, включая топливо, техническое обслуживание зданий и оборудования и

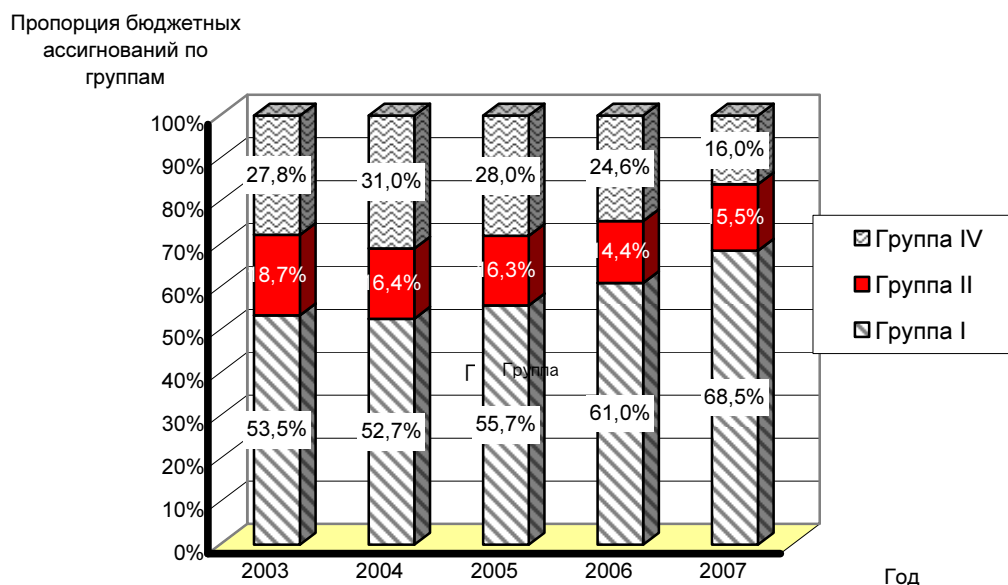
приобретение пищевых продуктов, лекарств и расходных материалов (включенных в Группу IV) только немного превышает ежегодный процент инфляции (приблизительно 15 %). Поэтому, это может быть фактически небольшим увеличением.



Источник: НОУЗ

**Рис. 4-3: Тенденция бюджета НОУЗ на душу населения в 2003-06**

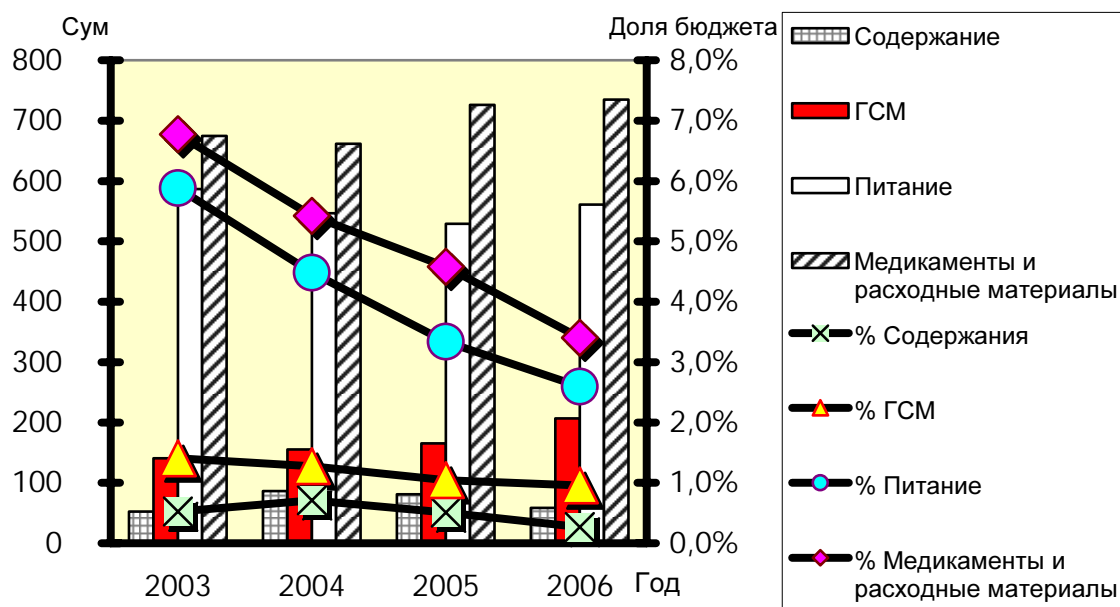
Следовательно, пропорция расходов на персонал (Группа I) в общих бюджетах НОУЗ была увеличена с 2004, достигая почти 70 % (График 4-4), в то время как другие расходы (Группа IV) продолжают уменьшаться.



Источник: НОУЗ

**Рис. 4-4: Пропорция распределения бюджета в 2003-07**

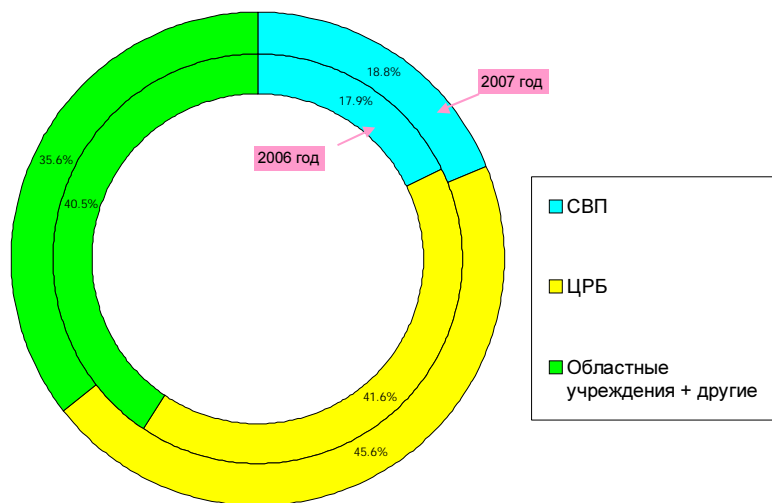
Анализ тенденции распределения по отдельным статьям расхода, а именно на содержание зданий и оборудования, топливо, пищевые продукты и лекарства, показывает, что вообще бюджеты немного повышаются по большинству пунктов, но пропорции продолжают падать (График 4-5).



Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ИСА

**Рис. 4-5: Распределение бюджета по отдельным статьям расходов на душу населения в 2003-06**

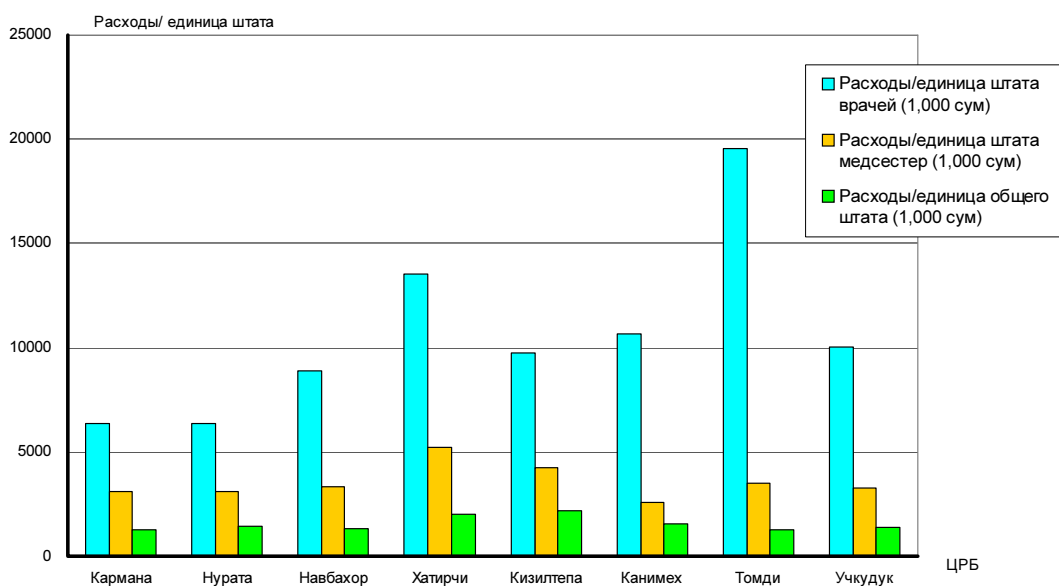
Что касается распределения бюджета по районам, НОУЗ дает им 59.5 % в 2006 и 64.4 % в 2007. Ассигнование на ЦРБ - 41.6 % в 2006 и 45.6 % в 2007, в то время как, на СВП - все еще маленькая пропорция, 17.9 % и 18.8 % соответственно (График 4-6).



Источник: НОУЗ

**Рис. 4-6: Распределение бюджета на СВП, ЦРБ и областные учреждения в 2006-07**

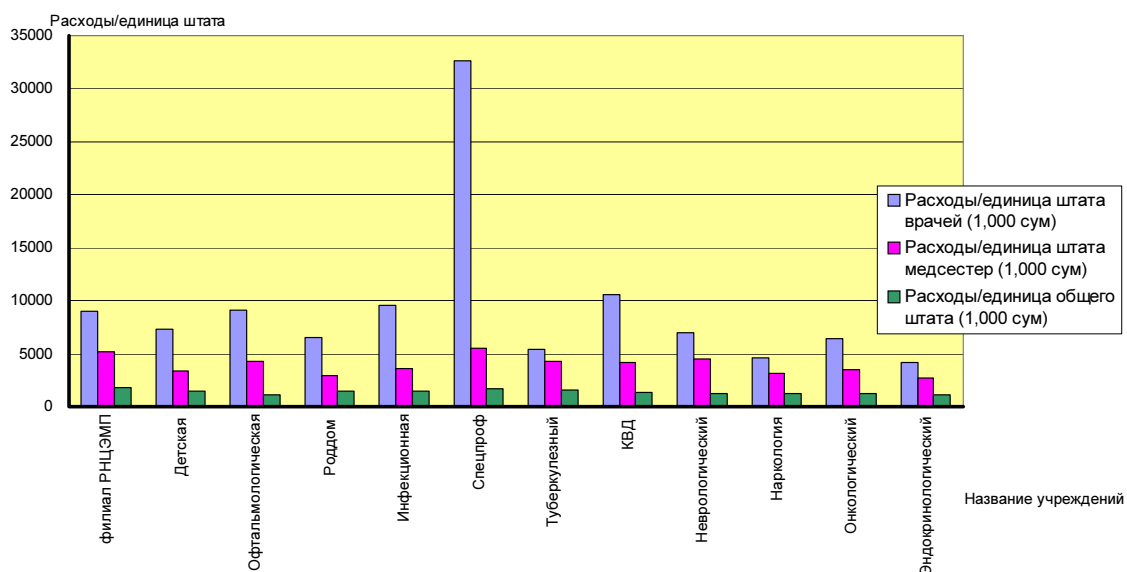
Финансовые отчеты учреждений в Навоийской области указывают, что большинство из них не имеют долгов. Кажется, что они справляются полностью в пределах бюджета, данного государством. Расходы на единицу штата и на одного стационарного больного сравнены в Графиках 4-7 и 4-9. Только расход на единицу штата врача имеет значительные различия, что видно из графика 7 и 8. ЦРБ Хатирчи и Томди и специальная медико-профилактическая больница со сравнительно меньшим количеством врачей имеют тенденцию тратить больше.



Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ЈСА

Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения ЈСА

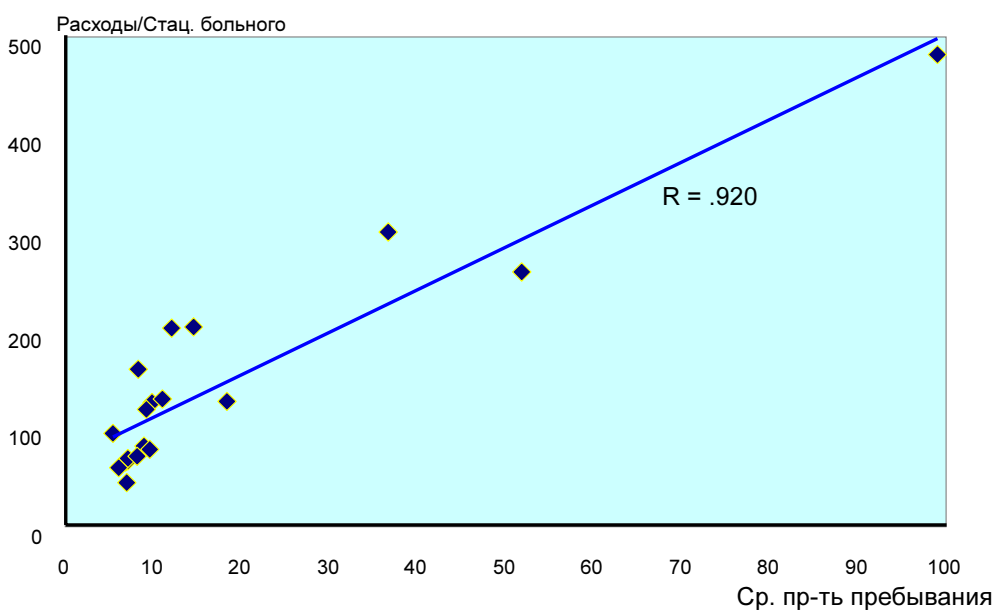
**Рис. 4-7: Расходы на единицу штата (ЦРБ)**



Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения JICA

**Рис. 4-8: Расходы на единицу штата (областные учреждения)**

Учреждения с более продолжительным средним пребыванием пациентов, такие как ЦРБ Томди (12 дней), специальный лечебно-трудовой профилакторий (99 дней), туберкулезный диспансер (51.8 дней), психоневрологический диспансер (36.6 дней) и наркологический диспансер (14.5 дней) расходуют больше средств на больных. Как ясно обозначено в Графике 4-9, расход на стационарного больного имеет решительно положительную корреляцию со средним пребыванием на койке: коэффициент корреляции (R) - .920.



Источник: Ответы на анкеты и интервью Группы Изучения JICA

**Рис. 4-9: Расходы на стационарных больных**

Капитальный (основной) бюджет более 1 миллиона сум непосредственно рассматриваются областным хокимиятом. Всякий раз, когда областное управление здравоохранения или лечебные учреждения нуждаются в каком-то строительстве, реконструкции и ремонте на такую сумму, они представляют письма - запросы в областной хокимият. Строительства маленького масштаба, реконструкция и ремонт со стоимостью меньше, чем 1 миллион сум могут быть финансированы из текущего бюджета областного управления здравоохранения.

## (2) Схема платных услуг

В Узбекистане, платные услуги были официально введены в 1991 для того, чтобы гарантировать дополнительные источники финансирования медицинского обслуживания. Лечебные учреждения могут устанавливать нормы оплат, получаемых от пациентов, в соответствии с регулированием Министерства здравоохранения, и доходы, собранные через эту схему могут использоваться как дополнительные средства для выплаты жалований или пособий; как фонды, чтобы купить оборудование, расходные материалы и запасные части, и т.д.

Указ Президента № 2107 от 1998 говорит, что следующие категории услуг освобождены от оплаты:

- ★ Экстренная медицинская помощь
- ★ Профилактические услуги
- ★ Лечение социально-значимых болезней, включая туберкулез, ВИЧ/СПИД, проказу, рак, психиатрические болезни, наркоманию, эндокринные заболевания, и т.д.
- ★ Роды в лечебных учреждениях
- ★ Медицинское обслуживание детей и подростков
- ★ Медицинское обслуживание инвалидов, ветеранов Второй Мировой Войны, сирот и жертв Чернобыльской катастрофы

Несмотря на то, что Навоийская область находится в наименьшем прогрессе по введению платных услуг, в настоящее время большинство лечебных учреждений ввели их. Областная офтальмологическая больница является единственным лечебным учреждением, которое в полном масштабе проводит услуги на платной основе. В ЦРБ Карманы и Кизилтепы открыты платные отделения, и они взимают плату за отдельные услуги, такие как кардиограммы, рентген и ультразвуковую диагностику, и лабораторные исследования. В ЦРБ Канимеха и Учкудука медицинское обследование рабочих перед устройством на работу является платной услугой.

Однако процент платных услуг по отношению к полному доходу учреждений являются очень маленьким: около 1-2 % кроме областной офтальмологической больницы (29 %).

Согласно НОУЗ, одним из препятствий для гладкого продвижения платных услуг является недостаток учреждений, которые могут полностью применить эту схему. Нет никаких общих больниц на областном или городском уровне, которые наиболее легко могли бы ввести схему финансирования. В ЦРБ многие пациенты категоризированы как инвалиды, ветераны войны, жертвы Чернобыля, и т., поэтому там трудно эффективно оказывать платные услуги.

В принципе дети, подростки и беременные женщины освобождены от плат, но возможно оказывать и им платные услуги, если есть два или больше учреждений, как в Ферганской или Бухарской областях. К сожалению, в г. Навои только одна областная детская больница и родильный дом.

### (3) Структура управления финансов в лечебных учреждениях

Финансовые менеджеры размещены в учреждениях, включая СВП, и ответственны за управление его бюджетом и его собственным счетом в банке, бухгалтерию и подготовку финансовых отчетов. Эти отчеты регулярно представляются в Областной Финансовый отдел и Отделу Финансов Министерства здравоохранения в Ташкенте ежеквартально. Областное управление здравоохранения имеет полномочия, чтобы ассигновать бюджеты лечебным учреждениям, но не ответственно за ревизию их использования.

## 4-3-5 Управление лечебных учреждений и медицинского оборудования

### (1) Настоящее состояние зданий и оборудования

#### i) Здания

ЦРБ построены в стиле «павильона», где 3-16 зданий рассеяны в пределах их территории. Годы, когда они были построены с 1896 по 2004; особенно в ЦРБ Карманы большинство зданий очень старые. Их расположение также различно, и, кажется, что нет никакого стандартного плана расположения зданий. Здания имеют самое большее три этажа, и нет никаких лифтов. Общая площадь ЦРБ варьирует от 1 120 м<sup>2</sup> (Учкудук) к 12 766 м<sup>2</sup> (Нурата).

Главное здание ЦРБ Навбахор сравнительно новое, но его планирование столь усложнено, что пациенты вынуждены блуждать или могут легко потеряться в здании. Большинство ЦРБ не имеет мест, где пациенты ждут консультации и исследования, это свидетельствует о недружелюбном отношении к пациентам. В некоторых ЦРБ туалеты находятся вне стационарных палат, они грязные и далеки от зданий. Некоторые из них не имеют мест, чтобы вымыть руки около туалетов или у входа в здание, создавая гигиенические проблемы.

Что касается лечебных учреждений областного уровня, филиала Центра экстренной медицины, родильного дома, детской инфекционной больницы и туберкулезного

диспансера, они формируют медицинский комплекс почти на одной территории. В основном они состоят из единственного здания крупного масштаба с четырьмя этажами, но их полная площадь является меньше, чем площадь таких ЦРБ как в Нурате, Навбахоре, Кизилтепе и Кармане. Эти здания были построены с 1966 до 1972, но, к сожалению, их помещения не всегда функционально связаны друг с другом.

Некоторые здания первоначально не предназначались для лечебных учреждений. Таково здание детской больницы, главное здание которой имеет пять этажей, и было построено в 1972 как армейское общежитие. Оно было полностью отремонтировано в 1996 для использования больницей, но, судя по устройству здания, его будет трудно использовать его в течение долгого времени. Настоящие здания онкологического и эндокринологического диспансеров - также первоначально не предназначались для лечебных учреждений, хотя они и будут перемещены в другие помещения.

Относительно СВП, многие были отремонтированы в 1999-2004 годы в ходе Проекта Всемирного Банка «Здоровье 1». Кроме того, реконструкция продолжена через Проект «Здоровье 2» с 2005 до 2010, особенно в плотно-населенных районах как Кизилтепа, Хатирчи и Навбахор.

Что касается Больниц НГМК, больница в Заравшане была открыта в 1966, когда этот город был построен, и последние здания были поликлиника для взрослых и детей, построенная в 1995, и новое медицинское отделение в 1996. С собственным бюджетом НГМК, это выполняет реконструкцию когда это необходимо. Больница в Заравшане имеет наибольшую 52 624 м<sup>2</sup> площадь в Навоийской области.

#### ii) Поставка электричества, воды, отопления и газа

В Навоийской области, большинство больниц и диспансеров использует общественное электричество, поставляемое из г. Навои. Обеспечение города электричеством устойчивое и большинство из учреждений имеет двойную систему получения электроэнергии, поэтому, лечебные учреждения областного уровня не имеют генераторов. Так как, в ЦРБ несколько раз в месяц отсутствует электроэнергия, они обзавелись маленькими генераторами. Во время исследования ЦРБ Группой Изучения ЛСА в феврале 2007 никаких проблем с электроэнергией не наблюдалось.

Существуют проблемы с поставкой воды особенно в Канимехе и Томди, которые неблагоприятно влияют на гигиену и производстве дистиллированной воды в лаборатории. Большинство больниц и диспансеров зависят от городского водоснабжения, и ЦРБ Нураты и Хатирчи потребляют воду из собственных глубоких колодцев. ЦРБ Карманы сталкивается с проблемой сточных вод.



Что касается отопления, больницы и диспансеры имеют систему центрального отопления, помещая котельную на территории учреждения. Снабжение отоплением устойчивое кроме ЦРБ Томди.

Как правило, нет никакой центральной системы подачи медицинских газов таких, как воздух, кислород и закись азота, но в филиале Центра экстренной медицины, родильном доме, детской больнице и родильном отделении ЦРБ Нураты есть центральное снабжение кислорода. Большинство учреждений использует его из цилиндров, главным образом приобретенных у «Навоиазот», химического комбината в г. Навои. Тем временем, больница НГМК в Зарафшане оборудована центральной системой подачи кислорода и воздуха.

iii) Управление удалением отходов

Некоторые учреждения обезвреживают отходы растворов для проявления Рентгеновских снимков до удаления или до использования организации по утилизации отходов, однако, многие выбрасывают без обезвреживания.

Реактивы для исследований выбрасываются после очищения или собираются компанией по удалению отходов из многих лечебных учреждений. Несколько учреждений сжигают образцы после лабораторных исследований, но многие выбрасывают непосредственно на свалку как общий мусор. Что касается шприцов и полиэтиленовых пакетов, большинство учреждений сжигает их.

iv) Медицинское оборудование

Все ЦРБ кроме Учкудука имеют аппараты для общей рентгенографии и рентгеноскопии, но большинство из них было поставлено в течение советской время в 1980-ых и очень ветхие. ЦРБ Карманы и филиал Центра экстренной медицины получили оборудование в 1999 через помощь Правительства Японии, и оно все еще в хорошем состоянии. Областная детская больница получила Рентген аппарат из Венгрии в 1995, и, он работает должным образом. В настоящее время нет никакого оборудования для проведения маммографии в области, кроме больницы НГМК в Зарафшане.

Ультразвуковые аппараты частично новые, и приобретены через Проект Всемирного Банка «Здоровье 1». Лабораторное оборудование также новое, в хорошем состоянии. Они были поставлены Проектом «Здоровье 1» и, используя собственный бюджет правительства, но все еще маленький.

Кроме филиала РНЦЭМП, детской больницы и родильного дома, другие больницы и диспансеры не имеют аппаратов искусственной вентиляции легких (респираторов). Большинство из них имеет гастрофиброскоп, но некоторые, фактически, не используют его.

Мониторы есть в некоторых больницах, но они обычно не используются. Что касается кюветов для новорождённых, некоторые из них не работают в течение долгого времени, частично из-за отсутствия запасных частей. Кроме того, существует недостаток кадров, которые правильно используют кюветы.

Машины скорой помощи доступны во всех больницах и амбулаториях, но большинство из них маленькие и не полностью оборудованные.

Все СВП охвачены Проектами «Здоровье 1» и «Здоровье 2» Всемирного Банка. Поэтому, основное медицинское оборудование доступно, и большинство его хорошо функционирует.

Согласно информации, полученной из Министерства здравоохранения, отделения экстренной медицины и детские отделения получают медицинское оборудование в скором будущем за счет кредитов Кувейтского Фонда и Азиатского Банка развития. Исламский Банк Развития также окажет содействие для оснащения областных филиалов РНЦЭМП.

Больницы НГМК могут позволить себе медицинское оборудование, используя собственный бюджет. В Зарафшане, у больницы НГМК есть три общих аппарата Рентгена, один флюороскоп, один мобильный Рентген, один стоматологический Рентген и один цифровой аппарат Рентгена. Навои и Зарафшан - единственные больницы, где есть доплеровские ультразвунографы.

## (2) Техническое Обслуживание Медицинского Оборудования

Акционерная компания «Медсервис» проводит регулярную проверку и техническое обслуживание медицинского оборудования. В 1994, после обретения независимости Узбекистаном Медсервис отделился от «Медтехники», которая полностью обслуживала медицинское оборудование и в настоящее время специализируется на приобретении и продаже медицинского оборудования и расходных материалов, и «Медсервис» все еще находится под зонтиком компании «UZB-Medteknika». В Навоийской области, у компании «Медсервис» 9 сотрудников, включая одного инженера и шесть техников для обслуживания медицинского оборудования подведомственных Минздраву учреждений, включая СВП, согласно контракту с больницами и диспансерами. Как только Медсервис получил заявку, они должны приступать к работе в течение трех дней после получения вызова на ремонт. Несмотря на это Медсервис сталкивается с трудностями при обслуживании таких заявок. Раньше один или два сотрудника работали в районных филиалах для обслуживания оборудования. Но количество сотрудников резко уменьшилось после того как Медсервис стал самостоятельной организацией под руководством Министерства здравоохранения. У Медсервиса нет собственного транспорта. В настоящее время техники на районном уровне стали полупостоянными сотрудниками ЦРБ

Сегодня большинство оборудования европейского, американского или японского производства. Медсервис не всегда идет в ногу с техническим прогрессом медицинского оборудования, происходящим в тех странах. Даже если персонал и техники хорошо и знают импортруемое современное оборудование, у них все равно нет непосредственного опыта для эффективного технического обслуживания и ремонта. В других случаях, они не могут приобрести запасные части для оборудования.

В советское время, персонал больницы получал информацию о регулярной проверке состояния медицинского оборудования, но в настоящее время такая система не более чем название.

ЛПУ могут напрямую заключать соглашения с местными агентами, которые работают с лабораторным оборудованием, но также испытывают недостаток бюджета. После приобретения независимости Узбекистан испытывает приток современного высокотехнологичного иностранного медицинского оборудования, что влияет не только на увеличение количества и разнообразия оборудования, но и на повышение стоимости технического обслуживания. ЛПУ испытывают трудности в финансировании содержания оборудования, так как нет статьи бюджета на расходы технического обслуживания.

Другая проблема плохое распространение информации относительно обслуживания медицинского оборудования среди лечебных учреждений. Следовательно, если одно учреждение может восстановить оборудование, то другое не способно починить такое же. Оборудование и его содержание находится вне контроля самого медицинского персонала ЛПУ.

Инвентаризация всего медицинского оборудования производится НОУЗ, и управляется одним из заместителей начальника управления, в соответствии с приказом НОУЗ №217, основанного на Приказе Министерства здравоохранения № 355 от 2006. Она содержит название оборудования, изготовителей/модели, год производства, год разминки, состояние, и т.д. Учёт регулярно проверяется, по крайней мере, один раз в год. В настоящее время у НОУЗ нет информации относительно местных агентов для приобретения запасных частей и расходных материалов, она есть у «Медсервис».

У больниц НГМК большое число собственного штата обслуживания. Например, больница НГМК в Зарафшане имеет специализированный штат в 50 человек в административном отделе для обслуживания медицинского оборудования.

#### 4-3-6 Управление лекарственными средствами

Есть приблизительно 200 уполномоченных компаний, занимающихся фармацевтическими препаратами в Узбекистане. Одной из главных компаний является «Dori-Darmon». В соответствии с Указом Президента № 456 от 2000, лечебные учреждения могут выбирать поставщиков лекарственных препаратов. В Навоийской области, фактически большинство

учреждений закупают лекарства у «Dori-Darmon». Немного лекарственных препаратов для пациентов с социально-значимыми заболеваниями, подобно онкологическим и эндокринным, непосредственно прибывают от Министерства здравоохранения. НГМК, который имеет свою собственную центральную аптеку в г. Навои, сам распределяет свои лекарства в больницы.

Больницы/ диспансеры/центры имеют свой собственный центральный склад для лекарств. Как только лекарства поступили, они распределены каждому отделению после обсуждения с их заведующими. Поэтому, они главным образом управляются отделениями. Запасы медицинских препаратов ежемесячно проверены докторами и ответственными медсестрами. Основываясь на наблюдении Группы Изучения, лекарственные средства хорошо управляются.

Большинство учреждений прилагают большие усилия, чтобы закупать достаточное количество препаратов, главным образом из-за нехватки бюджета. Как упомянуто в Графике 4-5, доля бюджета на приобретение лекарств уменьшилась в течение прошлых пяти лет. С учетом инфляции, этот бюджет в реальных значениях также уменьшился.

Другая проблема заключается в том, что ЛПУ не могут свободно приобретать медикаменты, не входящие в список. В настоящее время есть списки медикаментов для различных ЛПУ: для учреждений РНЦЭМП, для детской больницы, для детской инфекционной больницы, для диспансеров, для ЦРБ, СВП и т.д.

Интервью Группы Изучения с главными врачами показало, что многие из них могут обеспечить только 10 - 60% от требуемого количества лекарств. Следовательно, пациенты самостоятельно покрывают эти нехватки, поскольку «Дори – Дармон» может снабдить достаточно многими лекарствами в любое время. В настоящее время исключениями являются - тубдиспансер и Центр СПИДа, так как Глобальный Фонд, для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM) обеспечивают фонды, для финансирования лекарственных средств.

#### 4-3-7 Управление информацией

Для того, чтобы знать ежедневно число стационарных больных, больницы используют два типа форм. Каждое утро, каждое отделение представляет статотделу число стационарных больных, на начало предыдущего дня, вновь госпитализированных в течение дня, выписанных, переведенных в другие отделения и число смертных случаев предыдущего дня и числа стационарных больных на начало текущего дня. Статистик заново проверяет данные с использованием чисел, зарегистрированных на приеме.

Количество хирургических операций, лабораторных исследований и названия учреждений, куда направлены пациенты, можно получить из истории болезни каждого пациента.

После двойной проверки статистика, эти ежедневные сообщения собираются ежемесячно, и учреждения передают эти статистические данные ежеквартально в областное управление здравоохранения. Насколько Группа Изучения наблюдала в филиале Центра экстренной медицины, данные точно зарегистрированы. Однако большинство учреждений собирает статистические данные вручную. У них есть, по крайней мере, один компьютер, но это все еще мало, и они не могут полностью использовать его.

Формат стационарных историй болезней различается от амбулаторных карт, используемых в СВП. Больницы используют форму № 003 “История болезни”, основанную на приказе Министерства здравоохранения № 231 от 16 апреля 1992, в то время как СВП используют форму № 025 “Амбулаторная карта” основанную на приказе Министерства здравоохранения № 283 от 29 мая 2000 года. Каждое ЛПУ ответственно за хранение медицинских историй в течение 25 лет.

У каждого пациента СВП есть амбулаторная карта (№ 025). В случае если пациенту нужно более всестороннее обследование или госпитализация, СВП выдает ему карту и посылает в больницу. В больнице на пациента открывается История болезни (№003), открытая в приемном отделении и посланная с больным в отделение. При выписке больница выдает больному специальный документ о выписке с кратким изложением истории болезни и лечения, которая сдается вместе с амбулаторной картой (№ 025) обратно в СВП.

Форма №003 заполняется при каждой госпитализации, и истории хранятся в архиве в хронологическом порядке по месяцам. В случае если пациент дважды госпитализирован, копия старой истории не прилагается к новой истории, и очень в редких случаях поднимается старая история. С другой стороны, форма №025 есть у всех пациентов и медперсонал легко может ее найти и осведомиться о предыдущей истории болезни.

В настоящее время иногда трудно провести документальную связь между амбулаторной картой (№025) и историей болезни (№003), потому что они не нумеруются одинаково. Можно найти информацию о пациенте, но не по идентичному номеру документов.

#### 4-4 Обсуждение

##### 4-4-1 Финансирование здравоохранения в Навоийской области

Как было уже упомянуто, НОУЗ продолжает увеличивать свой бюджет в течение последних пяти лет. Однако это полностью относится к увеличению заработной платы медицинского штата. Фонды, доступные для обслуживания и закупки топлив, пищевых продуктов, лекарств и расходных материалов почти неизменны, и могут быть фактически уменьшены, основываясь на инфляции.

Схема платных услуги, как ожидается, будет играть роль компенсации такой нехватки средств. Однако, доля сборов от платных услуг составляют 1-2 % от общего дохода

большинства больниц и диспансеров. Областная офтальмологическая больница, которая продвигает в полном масштабе пользовательскую схему оплаты (платные услуги) и собирает 29 % общего дохода от пациентов, является исключением.

НОУЗ сталкивается с небольшим количеством трудностей для более широкого внедрения этой схемы. Основываясь на Указе Президента 2107 от 1998, в принципе это не может быть введено в большинстве больниц области и диспансеров, поскольку большинство пациентов входит в список групп, освобожденных от платы. Областная многопрофильная больница - тип учреждения где ввести схему было бы наиболее легко. В Навоийской области, филиал Центра экстренной медицины расходует 30 % его функций в " услуги общего типа" то есть для неэкстренных пациентов. Однако филиал не может получать оплату от этих пациентов, так как является частью экстренной службы.

#### 4-4-2 Направление пациентов или санитарная авиация?

В Навоийской области существует тенденция предпочитать санитарную авиацию направлению пациентов. Конечно, число направленных пациентов больше, чем число пациентов, получивших помощь санитарной авиации, но многие из них посланы в город для установления диагноза или консультации, и затем, посланы назад в свои ЦРБ для лечения. Иногда санавиация вызывается из Ташкента.

Кажется, что есть небольшое различие между ЦРБ и областными учреждениями в Навои и Кармане. Фактически, нейрохирургия, ортопедия и травматология ЦРБ Карманы превосходят областные учреждения, и несколько пациентов направлены туда ежегодно. С другой стороны, большинство пациентов, обращающихся в областные учреждения – это жители города Навои. В отличие от других областных центров, там, в настоящее время нет никаких городских больниц, проводящих в основном стационарную помощь. Следовательно, областные учреждения существуют главным образом для людей, живущих в Навои.

Частично, история Навои повлияла на эту ситуацию. Область была образована в 1982 году, в советское время, а затем город был присоединен к Самаркандской области в 1987 году, и в 1989, после очередного расформирования, к Бухарской области, как город. Это было восстановлено в 1992, спустя один год после обретения независимости Узбекистана. В течение этого периода, в городе существовали только городская больница, городская детская больница, городской родильной дом, и т.д. Они были преобразованы в областные учреждения после возрождения области, но пока это всё еще молодые учреждения для становления областного уровня здравоохранения.

Географический фактор Навои также влияет на направление и санитарную авиацию. Например, Учкудук и Томди посылают большее количество пациентов чем, получают санитарную авиацию, но большинству пациентов, живущих в отдаленных местах, очень

трудно посещать даже ЦРБ. Легко предположить, что они считают, что г. Навои находится очень далеко.

#### 4-4-3      Несовершенная система сервисного обслуживания оборудования

По крайней мере, две проблемы по обслуживанию медицинского оборудования, которые были определены, не полностью отражают ситуацию, хотя немногие признали и их в течение интервью, проведенных Группой Изучения. Во-первых, информация относительно технического обслуживания, включая местных агентов, по ремонту, обеспечению запасными частями и расходными материалами плохо распространяется. В результате, даже одинаковое оборудование, произведенное и купленное в один и тот же год, некоторые учреждения могут хорошо использовать и в случае необходимости хорошо ремонтировать, а другие не могут. В настоящее время одна организация, ремонтирует оборудование, а другая обеспечивает запасными частями, но их взаимная связь не всегда хорошо организована.

Во-вторых, почти отсутствует понятие профилактического обслуживания оборудования, как заметила Группа Изучения. Надлежащая правильная сервисная проверка оборудования позволила бы, сохранять его в хорошем состоянии и предотвращать непроизводительную трату бюджета.

## Глава 5      Обзор случаев смерти

### 5-1      Введение

Группа изучения ЛСА сделала попытку изучить настоящее состояние системы здравоохранения Навоийской области в целом. Структура, управление взаимодействия между учреждениями, поведение людей по обращению за помощью, и удовлетворение услугами здравоохранения была изучена и описана через другие компоненты этого изучения. Это не простая задача - узнать и оценить уровень медицинских услуг, оказываемых в настоящее время в районах и на уровне области. Заболеваемость и структура смертности в области доступны через Навоийское Областное управление здравоохранения (НОУЗ). Поскольку, подходы в постановке диагнозов или ведения (управления, лечения) пациентов не контролируются регулярно, не сообщаются в НОУЗ. Более того, диагнозы, сообщаемые из каждого учреждения, могут быть не всегда точными, областной статистический отдел не являющийся медицинским учреждением, может ненадлежащим образом отобрать главную причину смерти из множественных диагнозов, поставленных пациенту. В этом контексте, обзор внутрибольничной документации был одним из надлежащих методов проверки диагнозов, оценки ведения пациентов, и выявления критических факторов в диагностике, лечении и направлении пациентов. Полное рассмотрение документации занимает много времени, и поэтому, число историй болезней должно быть ограничено, и более информативные документы должны быть отобраны для обзора. Хотя только приблизительно 500 пациентов умирают в больницах из 4,000 случаев в год в Навоийской Области, их истории болезней тщательно зарегистрированы и сохранены каждой больницей. Таким образом, Группа изучения планировала изучить истории болезней пациентов, которые умерли в больницах, несмотря на получение некоторого медицинского обслуживания.

### 5-2      Методы

Обзор случаев смертности был выполнен в поэтапной манере. В течение Командировки на объекты 1, изучение было начато с подсчета имеющихся историй болезней (отчетов больниц) в Навоийской области. В течение Командировки на объекты 2, было проведено рассмотрение историй болезней отобранных случаев смертности, так же как интервью ключевых информантов для проведения качественного исследования.

1. идентификация главных источников информации (медицинские истории)
2. анализ собранных случаев, чтобы идентифицировать обычные болезни, которые ведут к больничной летальности (количественный анализ)
3. отбор типичных случаев, отмеченных больницами области или Центральными Районными больницами (ЦРБ)



Критерии включения:

- Целевые заболевания: пациенты, умершие от 7 главных причин, кроме тех, кто умер вследствие несчастного случая
  - Число: попытаться собрать 10 случаев для каждой целевой болезни;
  - Равновесие: попытаться собрать половину случаев из областных больниц и другую половину - из ЦРБ
  - Длительность пребывания в больнице: выбрать случаи с более продолжительным пребыванием в больнице
4. Посещение больниц и обзор документации (медицинские истории) отобранной больницы, чтобы оценить:
    - точность диагнозов
    - уместность подходов и методов постановки диагноза
    - уместность ведения пациентов и лечения с точки зрения международных стандартов и руководств
  5. интервью лечащих врачей пациентов или главных врачей больниц
  6. интервью у руководителей различного уровня, экспертов и других специалистов, чтобы изучить настоящую ситуацию по развитию, распространению и выполнению протоколов/стандартов
  7. сравнение данных из различных источников, чтобы идентифицировать проблемы на вторичном и третичном уровнях здравоохранения

## 5-3 Результаты

### 5-3-1 Гопитальная летальность в 2006

В течение КО 1 Группа изучения посетила 9 лечебных учреждений: филиал РНЦЭМП, *областной* онкологический диспансер, областную детскую больницу, детскую инфекционную больницу *области*, и ЦРБ в Навбахоре, Нурате, Канимехе, Кармане и Хатирчи. Таким образом, 370 случаев летальности, пациентов лечился между январем и декабрем 2006, было идентифицировано в больницах в Навоийской *области* (Таблица 5-1).

**Таблица 5-1: Распределение случаев летальности по возрасту, найденных КО 1**

Возраст	Всего	%
Новорожденный	58	(15.7)
1-4	24	(6.5)
5-14	8	(2.2)
15-49	126	(34.1)
50-59	56	(15.1)
60-69	51	(13.8)
70-79	32	(8.6)
80+	11	(3.0)
Другие	4	(1.1)
<b>Всего</b>	<b>370</b>	<b>(100.0)</b>

Источник: Группа изучения ЛСА

Каждый случай смертности получил многократные диагнозы, и в больше чем половине случаев диагноз “острой остановки сердца” или “острая сердечная и легочная недостаточность.” Эти диагнозы описывают патофизиологическое состояние перед смертью, а не патогенез, приводящий к смерти. Группа изучения не принимала такие диагнозы, как причину смерти для тех пациентов, и пробовала найти главную болезнь, которая была причиной кардио-респираторной дисфункции и остановки из длинного списка диагнозов, поставленных пациенту. В процессе такой пере - классификации было выявлено 8 главных причин, а именно: несчастные случаи (главным образом автомобильные катастрофы), заболевания сердца (включая ишемическую болезнь сердца, ИБС), инсульты, рак, болезни печени, почечные болезни, сахарный диабет и его осложнения, и детские острые респираторные инфекции, которые составляют приблизительно 80 % смертных случаев. (Таблица 5-2).

**Таблица 5-2: Основные причины смерти среди 370 случаев летальности, выявленных КМ-1**

	Всего	%
Травма/Несчастный случай	62	(16.8)
Суициды	7	(1.9)
<b>ИБС</b>	<b>41</b>	<b>(11.1)</b>
Другие болезни сердца	9	(2.4)
Гипертоническая болезнь	1	(0.3)
<b>Инсульты</b>	<b>52</b>	<b>(14.1)</b>
<b>Рак / Злокачественные новообразования</b>	<b>17</b>	<b>(4.6)</b>
<b>Цирроз печени</b>	<b>22</b>	<b>(5.9)</b>
Другие болезни печени	2	(0.5)
<b>Хроническая почечная недостаточность</b>	<b>8</b>	<b>(2.2)</b>
<b>Сахарный диабет</b>	<b>6</b>	<b>(1.6)</b>
Острые респираторные инфекции, взрослые	3	(0.8)
<b>Острые респираторные инфекции, дети</b>	<b>48</b>	<b>(13.0)</b>
Другие болезни легких	13	(3.5)
<b>Всего</b>	<b>291</b>	<b>(78.6)</b>

Источник: Группа изучения ЛСА

### 5-3-2 Выбор случаев для детального рассмотрения

В начале КО 2, 68 случаев были отобраны из списка 370 случаев летальности в соответствии с предварительно упомянутыми критериями. Пациенты, которые умерли при несчастных случаях, были исключены из этого изучения, потому что филиал РНЦЭМП уже создан, чтобы принимать и лечить таких пациентов в Навоийской *Области*. Если существовало множество случаев одной болезни, случаи с более продолжительным пребыванием в больницы были предпочтены, потому что пациенты, которые умирают в течение часов после прибытия, часто слишком больны, чтобы быть вылечены при любой системе здравоохранения. В случае диабетических смертных случаев, где было ограниченное количество случаев, диабетические пациенты, которые умерли от других главных болезней, включены.

Через областное управление здравоохранения Группа изучения ЛСА попросила, главных врачей упомянутых лечебных учреждений позволения изучить выбранные медицинские случаи более детально. По некоторым причинам две медицинские записи (описание случая) не были доступны, и команда могла рассмотреть 66 записей. (Таблица 5-3).

**Таблица 5-3: Распределение рассмотренных случаев летальности**

Лечебные учреждения	ИБС	Инсу льт	Рак	болезни печени	болезни почек	Сахарный диабет	ОРИ	Всего
Навоийский филиал РНЦЭМП	3	5	1	3	4	4		20
Обл. Онкологический диспансер			5					5
Обл. Детская больница				1			3	4
Обл. Инфекционная больница				1	1		2	3
Навбахор ЦРБ	1	2		1			1	6
Канимех ЦРБ	1	1	2	1	1	1	1	8
Кармана ЦРБ	2	1	1		1			5
Хатирчи ЦРБ	2	1		1		2	1	7
Нурата ЦРБ	1	1	2		1	1	2	8
<b>Всего</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>66</b>

Источник: Группа Изучения ЛСА

### 5-3-3 Система направления пациентов

Рассмотрение историй болезней и интервью с руководителями и специалистами лечебных учреждений выявило, что всего несколько экстренных пациентов были направлены из ЦРБ в областные учреждения. Есть несколько причин и объяснений: пациент слишком болен, чтобы быть переведен, лечение в областной больнице не намного отличается от помощи оказываемой в ЦРБ, нет никаких специалистов или специальных отделений в Навои, члены семьи, или родственники нерасположены к переводу, или они не могут позволить себе этого. Более подробная картина будет сделана изучением поведения пациентов по обращению за помощью. В очень серьезных случаях местные лечебные учреждения могут вызвать консультанта из Навои или Ташкента, чтобы провести консилиум относительно

ведения или, иногда, операции. Но не существует четких критериев или стандартов для приглашения консультантов. Через рассмотрение записей случая смерти, команда изучения не могла найти существенные различия между лечением, проведенными врачами ЦРБ и специалистами филиала РНЦЭМП или другого областного лечебного учреждения в Навои.

Другое наблюдение – это неэффективность системы направления. 1) Число пациентов переведенных из СВП или ЦРБ ограничено. В результате, большинство пациентов, которые посещают больницы *области*, поступает из города Навои самотеком или по скорой помощи. 2) взаимосвязь между СВП/ЦРБ и *областными/* республиканскими учреждениями не эффективна, поскольку в большинстве медицинских историй нет направлений и выписки из предыдущей больницы. Исключением была одна история в которой было направление из ЦРБ Навбахора в филиал РНЦЭМП, были еще другие два выписки из НИИ Онкологии и из Республиканского Центра Урологии, соответственно, с описанием лечения пациента. Некоторые пациенты были направлены из СВП в больницы со специальными направлениями, однако в них не содержалось достаточно информации о состоянии пациента и проведенном лечении.

#### 5-3-4 Ишемическая болезнь сердца (ИБС)

В Навоийской области нет кардиологического диспансера. Пациенты с ИБС и другими острыми сердечными состояниями обращаются в экстренные отделения ЦРБ или филиал РНЦЭМП в Навои. Анализ случаев выявил, что имеет место:

- Позднее обращение за помощью пациентов с ИБС
- ИБС ведётся консервативно, но очень часто без использования кардиомониторов из-за отсутствия оборудования
- Тромболитические препараты не доступны для народа. Селективная тромболитическая терапия может быть сделана только в РНЦЭМП. В реанимационном отделении Республиканского кардиологического центра используется неселективный тромболитис.
- Врачи зачастую теряют ориентацию при контроле гемодинамики, выбирая между ограничением по введению жидкости и необходимостью коррекции волемического объёма. Если назначать пациенту большое количество жидкости, это вызывает увеличение объёма циркулирующей крови, что в свою очередь усугубляет сердечную недостаточность и, что может привести, в конечном итоге к смерти.
- Республиканский НИИ кардиологии работает по созданию стандартов и протоколов в кардиологии (включая ИБС, летальные аритмии и гипертоническую болезнь) и планирует обучить врачей со всей республики. В РНЦЭМП созданы стандарты по экстренной кардиологии и распространены по всей республике.

- Однако, большинство врачей не знакомо с развитыми стандартами и протоколами, и редко использует их практически.

### 5-3-5 Инсульты

Большинство пациентов с инсультом, в конце концов, поступает в экстренные отделения ЦРБ, или в Навоийский филиал РНЦЭМП. В настоящее время два нейрохирурга, которые прошли краткосрочное обучение в РНЦЭМП, работают в областном филиале. Согласно главному нейрохирургу Минздрава, они могут обеспечить основную нейрохирургическую помощь для экстренных пациентов с травмой головы, но не для пациентов с инсультом. Обзор летальных случаев при инсульте подтвердил его комментарии:

- Только одному пациенту, из проанализированных случаев с геморрагическим инсультом, произведено нейрохирургическое вмешательство.
- Как и в случаях ИБС тромболитические агенты не доступны пациентам с ишемическим инсультом
- Дифференциальный диагноз между кровоизлиянием и инфарктом часто сделан, основываясь на клинических данных и истории болезни. Иногда геморрагические инсульты подтверждены спинномозговой пункцией.
- В такой ситуации изредка просят произвести компьютерную томографию мозга в больнице НГМК.
- Директор филиала РНЦЭМП добавил ещё несколько причин:
  - компьютерный томограф в больнице НГМК очень старый, и это не производит изображения необходимого качества.
  - Компьютерная томография (КТ), исследование не бесплатное для неработающих на НГМК людей. Немного пациентов готовы заплатить за такую дорогую диагностическую процедуру. Филиал РНЦЭМП не имеет финансовый ресурс в своем бюджете, чтобы заплатить за пациентов и сделать томографию, потому что это предписано, что экстренная помощь должна быть бесплатной.
  - Большинство пациентов, у которых есть показания для КТ исследования, без сознания и на искусственной вентиляции. В таком состоянии пациенты не могут быть перемещены в другие учреждения.

### 5-3-6 Злокачественные новообразования

Для онкологических пациентов существует два пути обращения за помощью, первый – это избирательное посещение областного онкологического диспансера, и другой – обращение в областной филиал РНЦЭМП при экстренных осложнениях, например, при остром кровотечении.

Всего девять врачей работают в областном онкодиспансере и большинство из них хирурги. Основной метод лечения радикальная или паллиативная хирургия. В настоящем

нет возможности проводить радиационную терапию, потому что здание диспансера близко к жилому массиву и специально не оборудовано. В скором времени диспансер будет переведен в Карману и радиационное лечение будет проводиться

Бюджет, ассигнованный для покупки противораковых препаратов покрывает только 50-70 % необходимой суммы, требуемой для химиотерапии. Это означает, что некоторые пациенты не могут закончить стандартизированный режим химиотерапии бесплатно, и должны платить сами. К сожалению, большинство пациентов не может покупать современные дорогие препараты.

В Японии, 15% пациентов, которые поступают в больницы уже с симптомами, диагностированы в ранней стадии заболевания, остальные 85 % в поздней стадии заболевания и с более неблагоприятным прогнозом для долгосрочного выживания. Для выявления опухолей в ранних стадиях и улучшения прогноза выживания онкологических пациентов, были организованы несколько систем скрининга для выявления рака среди общего «бессимптомного» населения Японии. Например, населению старше 40 лет официально рекомендуется ежегодно проводить контрастную гастрографию или гастрофиброскопию, женщинам старше 35 лет или старше проводить маммографию. Исследование кала на скрытую кровь обычно проводится при ежегодном медицинском осмотре. В Узбекистане, где нет никаких системы скрининга, большинство пациентов со злокачественными опухолями прибывает в больницу уже с симптомами и диагностируются в поздней и неизлечимой стадии.

#### 5-3-7 Болезни печени

Из 370 случаев смертности 24 умерли от болезней печени, у 22 из них был цирроз печени. В Навоийской области нет никакого специалиста-гепатолога, и это - главная причина, почему ЦРБ редко переводят пациентов с болезнями печени в больницы области. Это - также причина того, что диетотерапия, воздержание от алкоголя, или терапия интерферона обычно не пробуют на пациентах, хотя эти вмешательства могут задержать прогрессию печеночной недостаточности. Дороговизна интерферона - очевидно ограничительный фактор для простых людей. Группа изучения просмотрела ведение печеночной комы, и нашла что это должным образом не стандартизировано.

#### 5-3-8 Болезни почек

Из 370 случаев смертности 8 умерли от почечной недостаточности. Нет никакой специализированной службы нефрологии для хронических почечных больных в Навоийской *Области*. Хотя диетотерапия, объединенная с надлежащим лечением может задержать прогрессию почечных болезней, ЦРБ редко переводят пациента в больницы *области*. Гемодиализ проводится в Навои пациентам с острыми интоксикациями. В такой ситуации, если у пациента хроническая почечная недостаточность, и не проводится адекватный диализ, у больного остается очень маленькая надежда. Проведение

гемодиализа или перетониального диализа пациентам с хронической почечной недостаточностью будет проблемой в ближайшем будущем. Трансплантация почек в настоящее время запрещается согласно законам в Узбекистане.

### 5-3-9 Сахарный диабет и его осложнения

Протокол ведения диабетической комы не стандартизирован: в рассмотренных историях нет ни одного пациента с внутривенным капельным вливанием инсулина с физиологическим раствором, который является лучшим путем быстрого и точного контроля гипергликемии. В Навои нет эндокринологического диспансера со стационарным отделением. Рассмотренные истории, также показывают недостаток эндокринологов, опытных в ведении диабетических экстренных состояний и/или плохая связь со специалистами реанимации

### 5-3-10 Детские ОРИ

Дети с ОРИ могут поступать в *Областную* детскую больницу или детскую инфекционную больницу тремя путями: непосредственно, по скорой помощи, или переведены из ЦРБ с или СВП. Половина тех десяти случаев смертности с ОРИ имели историю лечения антибиотиками перед их прибытием в заключительные учреждения (частично - леченые ОРИ). Соответственно, половина случаев сопровождалась сопутствующими состояниями, как церебральный паралич или повышенное внутричерепное давление (возможно у иммуно-компрометированных хозяев). Однако, больницы, которые приняли таких пациентов, не обращали никакого особого внимания на пациентов с “частично леченными ОРИ” или “ОРИ с некоторыми сопутствующими состояниями”. И начинали лечить по простым протоколам, как “приобретенной в сообществе ОРИ” (внутримышечная инъекция Пенициллина, и орального Аминобезилпеницилина). В рассмотренных случаях Пациенты часто были привезены в лечебные учреждения слишком поздно, или направлены в упомянутые больницы очень поздно. Позднее начало внутривенных антибиотиков и подачи кислорода также очень обычные явления

Случай ОРИ: десятимесячный мальчик с внутричерепным давлением в анамнезе, у которого развились респираторные симптомы после многих дней заболевания был принесен в СВП, а оттуда сразу направлен в областное ЛПУ, где ребенку поставили диагноз ОРИ, основываясь на рентгенограмме грудной клетки. Был назначен пенициллин внутримышечно, без эффекта, на четвертый день нахождения в больнице был назначен Cephalosporin внутривенно. Состояние ребенка оставалось тяжелым, на седьмые сутки была вставлена эндотрахеальная трубка, однако, не смотря на начатую оксигенацию больного не удалось спасти.

### 5-3-11 Слишком много диагнозов без учета патогенеза

Данное Изучение провело обзор случаев госпитальной летальности, и поэтому, мы не могли избежать некоторого смещения в выборке рассматриваемых случаев. На самом деле многие больные получили адекватное лечение и покинули лечебные учреждения в добром здравии. Учитывая, смещение данных в выборе случаев, Группа Изучения попыталась найти ошибки в диагностических и лечебных процессах, которые практикуются в системе здравоохранения Навоийской области.

#### (1) Множественные симптомы

Одной из общих характеристик в большинстве рассмотренных случаев смерти является наличие множественных симптомов, выявленных у каждого пациента. Множественные симптомы могут быть объяснены тем, что более ранние симптомы могли быть пропущены. Например, в большинстве случаев смерти детей умерших от детских ОРВИ диагноз острой дыхательной недостаточности был поставлен им только в последний день. Обычно, у детей острая дыхательная недостаточность не развивается внезапно, и они не умирают в течение нескольких часов после постановки диагноза. У этих детей должна была быть более высокая частота дыхания и какие-то другие симптомы расстройства внешнего дыхания при поступлении. В течение нахождения в больнице при ухудшении состояния, должны были появиться новые признаки: затрудненное дыхание, раздувание ноздрей, западение на вдохе надключичных областей, межреберий, холодный пот, раздражение, бессонница, уменьшение сосания, изменение цвета кожи и так далее. Клиническое решение проведения оксигенации или механической вентиляции должно было бы принято раньше, чем у больного разовьется полная картина дыхательной и полиорганной недостаточности, если бы медицинский персонал относился с большим вниманием к появлению этих признаков.

Среди части больных наличие множественных симптомов может быть также связано с поздним обращением за медицинской помощью, другими словами с поздним поступлением в лечебные учреждения. Эти данные соответствуют данным нашего компонента по исследованию поведения населения по обращению за помощью (Глава 5). Среднесрочная оценка программы «За выживание детей» Проекта НОРЕ также указало на существование опозданий по обращению за акушерской помощью в дополнение к позднему принятию клинических решений медицинским персоналом. Позднее поступление часто приводит к увеличению симптомов и развитию осложнений.

#### (2) Симптоматические диагнозы, поставленные различными специалистами

Когда к специалисту (по органу) обращается пациент с множественными симптомами, он может получить консультации других специалистов. Обычно, эти специалисты работают в ЛПУ вторичного и третичного уровня в Узбекистане, и они могут проконсультировать больного по своей специальности. К сожалению, во многих ЛПУ Навоийской области



существует недостаток современного диагностического оборудования, и это создает препятствия для постановки точных и правильных диагнозов и принятию решений специалистами. Следовательно, консультирующий кардиолог просто ставит диагноз сердечной недостаточности, не объясняя патогенез сердечной недостаточности. Консультирующий нефролог просто описывает почечную недостаточность у пациента, не объясняя, является ли это первичной или вторичной проблемой.

### (3) Симптоматическое лечение

Основой современного медицинского лечения является постановка диагноза. Как только пациенту поставлены множественные диагнозы, лечащий врач выполняет различные назначения для контроля различных симптомов. Однако правильное лечение не может быть назначено без постановки правильного диагноза. Во многих рассмотренных случаях больным с инсультом были назначены антикоагулянты, гемостатики, и противотромбоцитарные препараты. Первые два препарата могут быть полезны при ишемическом инсульте, но вредны пациентам с геморрагическим инсультом. Нет научного подтверждения эффективности назначения гемостатиков при геморрагическом инсульте, но они могут увеличить риск повторного кровоизлияния при ишемическом инсульте. При инсультах больные зачастую теряют сознание и не могут самостоятельно пить, в результате выделение мочи уменьшается, однако назначение больших количеств жидкости внутривенно этим пациентам может вызвать отек мозга и увеличить риск острой дыхательной недостаточности, как следствие мозговой грыжи. Люмбарная пункция может привести к дыхательной недостаточности от мозговой грыжи, и поэтому данная процедура также противопоказана пациентам с инсультом. Одним словом, симптоматическое лечение в некоторых случаях приносит вред. Коренная проблема большинства симптоматических диагнозов при случаях смерти заключается в слабости знания специалистов некоторых вопросов общей внутренней медицины.

## 5-4 Обсуждение

### 5-4-1 Недостаток врачей общего профиля и специалистов на областном уровне

В Навои бывшая областная больница была превращена в филиал Центра экстренной помощи и с того времени в области отсутствует ЛПУ общего профиля на областном уровне. Команда изучения неоднократно слышала серьезное желание руководителей создать новую многопрофильную больницу. Многопрофильная больница часто означает большую больницу, которая имеет все отделения, но группа специалистов лечат орган, в котором они специализируются и добавляют определенные органы диагнозы. Они не исследуют систематически пациента для выявления скрытой первопричины, которая затрагивает различные органы. Случаи, описанные в предыдущей секции - типичные примеры ловушки для группы специалистов без ведущего терапевта (общего врача). Для избежания

таких ошибок в общей многопрофильной больнице должен быть врач, терапевт высокого уровня, с многосторонним и глубоким опытом.

#### 5-4-2 Настоящее положение Стандартов Ведения Пациентов

Согласно Минздраву, клинические протоколы и стандарты создаются и развиваются. Группа изучения имела возможность увидеть экспериментальную версию стандартов для нехирургических болезней, и информирована, что подобные протоколы и стандарты будут скоро также развиты для педиатрических и хирургических болезней. Такие усилия были только что начаты на уровне Республики, и поддерживаются всеми ведущими организаторами здравоохранения и специалистами. Недавно “стандартное ведение острого коронарного синдрома и гипертонической болезни, ” созданные Республиканским Центром Кардиологии, были одобрены Минздравом и распространены по всем *областям* Узбекистана. Другая рабочая группа развила стандарты для нейрохирургии и травмы головы. Республиканский Центр Урологии работает по его собственным стандартам, которые были изменены по европейскому стандарту. Содержание предлагается через локальную сеть области. Это все - положительные примеры.

#### 5-4-3 Потребность в надежных клинических руководствах для улучшения качества медицинских услуг

Команда нашла несколько других фактов в течение проведенных командировок, и сделала некоторые предварительные рекомендации.

1. Несмотря на большую работу, сделанную Центром Доказательной Медицины в Ташкентском Институте Усовершенствования Врачей, они не могли пригласить всех профессоров, лекторов и докторов на модули обучения Центра и клинической эпидемиологии. Центр развил стандарты и протоколы по гипертонии, железодефицитной анемии, но был не в состоянии предписать их для осуществления в обычной практике.
2. Некоторые члены команды изучения посетили восьмую конференцию по экстренной помощи, проведенную в Ташкенте 15-ого июня 2007. К сожалению, некоторые участники конференции не понимали принципы создания протоколов и стандартов, правила дизайна исследовательских проектов, различия между исследованием и развитием стандартов. Некоторые исследования выполнены без современных требований клинической эпидемиологии, именно поэтому результаты их могут быть спорными.
3. В ходе КО 2 Группа изучения могли только найти “Стандарты экстренной медицинской помощи (2000) ” в лечебных учреждениях Навои, но эти стандарты является уже устаревшим и должны быть обновлены, чтобы дать более детальные инструкции и критерии для ведения пациентов в различных экстренных ситуациях. Для большинства других болезней и состояний, никакие стандарты и протоколы в

настоящее время не доступны. И это делает практику врачей, неэффективной и снижает качество медицинских услуг.

4. И экспериментальный проект стандартов, подготовленных Минздравом (2007) и “Стандарты экстренной медицинской помощи (2000) ” помогают клиницистам успешно ставить диагнозы. Однако есть трудности постановки диагнозов пациентам с неясными симптомами.
5. В таких случаях, клинические руководства должны быть готовы для разумного ведения пациентов.
6. Поскольку практика доказала, что однократное обучение недостаточно, чтобы изменить поведение врачей и медицинскую практику, необходимо организовать регулярные тренинги.
7. Также рекомендуется, чтобы необходимое оборудование и лекарства систематически проводились каждому лечебному учреждению, основываясь на клинических руководствах и количестве принимаемых пациентов каждого ЛПУ.

Другие проблемы, которые будут затронуты, и возможное решение проблем должны быть полностью обсуждены с соответствующими людьми в течение оставшегося времени проведения Изучения. Таблица 5-4 показывает предварительное резюме анализа ситуации и возможных вмешательств.

**Таблица 5-4: Разграничение третичного и вторичного уровней здравоохранения в Навоийской области  
(Настоящее состояние и вмешательства в будущем)**

	Состояние третичного уровня	Состояние вторичного уровня	Проблемы и ограничения	Возможные решения
В общем	Консервативные лечение кроме онкологических случаев зловредности	Консервативное лечение с редким направлением	Улучшение лечения управления 7 болезней в одно и тоже время трудно технически и материально.	Установление приоритетов и фокус
ИБС	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лечение тромболитиками и катетер Swan-Gants доступны только в РНЦЭМП в Ташкенте</li> <li>В Навои только консервативное лечение</li> <li>Отсутствие осторожного введения растворов</li> <li>Недостаток кардиомониторов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Слишком больные пациенты не могут быть перемещены в областные учреждения.</li> <li>Санитарная авиация немного отличается</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Через сколько агрессивное лечение будет представлено в Навои?</li> <li>Финансовый источник для такого лечения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>В/в инъекции тромболитических средств при контроле аритмии.</li> </ul>
Инсульты	<ul style="list-style-type: none"> <li>Хирургические вмешательства могут быть сделаны только в Ташкенте.</li> <li>Консервативное лечение и для мозгового инфаркта и для кровоизлияния в мозг. Диагноз, основанный на компьютерной томографии, не делает никакого различия в лечении.</li> <li>Спинальная пункция иногда используется для дифференциального диагноза</li> </ul> <p>→ Увеличивается риск на спинномозговую грыжу?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>То же самое как выше</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>То же самое как выше</li> <li>Областной филиал РНЦЭМП может быть оборудован компьютерным томографом.</li> <li>Изучение томографом должно быть бесплатное в филиале РНЦЭМП</li> <li>Нейрохирурги могут быть назначены?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Посылать снимки КТ в Ташкент (телемедицина)</li> <li>Спинальные пункции запретить</li> </ul>
Онкологические заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>После диагностирования симптоматических пациентов с онкологическими заболеваниями, проводится хирургическое лечение, химиотерапия и радиотерапия.</li> <li>Противораковые препараты не имеются в наличии на складе, и должны быть куплены пациентами в таких случаях.</li> </ul> <p>→ Почему не приоритизируются больные с большим шансом за выживание?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пациенты с подозрением направляются в областные больницы.</li> <li>В некоторых учреждениях вторичного уровня есть гематологи или онкологи.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Долгосрочный результат терапии не хороший, если лечение начинается в симптоматические фазе.</li> <li>Какой орган должен быть расположен по приоритетам, чтобы начать скрининг бессимптомного рака?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Иначе, лечить излечимый рак даже в поздних стадиях</li> </ul>
Заболевания печени	<ul style="list-style-type: none"> <li>В Навоийской области нет гепатологов</li> <li>Не существует система бесплатного лечения интерфероном</li> </ul> <p>→ Больные с хронической печеночной недостаточностью имеют небольшие шансы в Навоийской области</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нет никакого учреждения более высокого уровня, чтобы направить пациентов с болезнями печени.</li> <li>Учреждение вторичного уровня должно принимать пациентов в терминальной фазе</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лечение печёночной энцефалопатии не стандартизировано.</li> <li>Обучение пациентов диетотерапии или рекомендации воздержания от алкоголя не проводятся надлежащим путем</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Надлежащее руководство по лечению печёночной энцефалопатии могут улучшить результат.</li> </ul>
Заболевания почек	<ul style="list-style-type: none"> <li>Нефрологов нет (они не доступны) в Навоийской области</li> <li>Гемодиализ проводится только при острых интоксикациях</li> <li>Трансплантация почек запрещена законом</li> <li>Диетотерапия + лечение может задержать прогресс почечной недостаточности.</li> </ul> <p>→ Больные с хронической почечной недостаточностью имеют небольшие шансы в Навоийской области</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>То же самое как выше</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Через сколько лет диализ будет проводится в Навои</li> <li>Финансовый источник для такого лечения</li> <li>Пациенты не могут приезжать из сельских районов в Навои для регулярного диализа.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Представление только гемодиализа</li> <li>Перетониальный диализ, как альтернатива?</li> </ul>
Диабет и осложнения	<ul style="list-style-type: none"> <li>Специалисты по сахарному диабету принимают только амбулаторных больных</li> <li>Пациенты с гангреной и ретинопатией направляются к хирургам и офтальмологам, соответственно.</li> <li>Пациентам с нефропатией нет лечения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пациенты с легкими формами могут быть не диагностированы из-за недостатка скрининга.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лечение диабетической комы не стандартизировано.</li> <li>Более строгий контроль уровня сахара крови очень рекомендуется.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Надлежащее руководство по лечению диабетической комы может улучшить результат.</li> <li>Введите гемоглобин А1 для испытания?</li> </ul>
Острые респираторные инфекции у детей	<ul style="list-style-type: none"> <li>Направленных пациентов лечат, как пневмонию, приобретенную в сообществе</li> <li>Недостаток газоанализаторов крови и пульсооксиметров</li> <li>Поздно дают кислород или проводят механическую вентиляцию.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Приобретенную сообществом пневмонию” лечат на вторичном уровне, но лечение слишком долгое?</li> <li>Учреждения первичного уровня оборудованы концентраторами кислорода и пульсоксиметрами через Проект Здоровье, Всемирного Банка.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Частично рассмотренная пневмония” и “пневмония у пациентах с основными болезнями” должна быть дифференцирована от “приобретенной сообществом пневмонии.”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Надлежащая классификация и руководящие принципы могут улучшить результат лечения больных</li> </ul>

**6-1 Введение**

Поведение людей при обращении за медицинской помощью является еще одним аспектом при оказании услуг здравоохранения. В общем, социально-экономический статус пациентов, культурные истоки, знание болезней, представление о поставщиках медицинских услуг и собственный опыт в прошлом, семья и друзья оказывает влияние на поведение при обращении за медицинской помощью. В данном исследовании была собрана информация, которая связана с этими факторами, а также с поведением людей. На основе собранных данных была проанализирована настоящее состояние использования услуг здравоохранения и решающие факторы в поведении людей при обращении за медицинской помощью. В то же самое время были также проверены восприятие вопросов здравоохранения со стороны людей и их представление о поставщиках медицинских услуг.

**6-2 Методы**

Был проведен структурированный анкетный опрос, чтобы получить количественные данные (исследование домохозяйств); и качественное интервью было проведено с персоналом лечебных учреждений на «передовой», с патронажными медсестрами и, с врачами общей практики в некоторых СВП и поликлиниках (углубленное интервью).

**6-2-1 Исследование домохозяйств**

Группа изучения составила анкету (вопросник) в сотрудничестве с Министерством здравоохранения (Минздрав) и Навоийского областного управления здравоохранения (НОУЗ), которая включала следующие пункты:

- Общая характеристика семьи и членов семьи
- Уровень жизни и состояние семьи
- Поведение по обращению за помощью при травмах, остром заболевании и хронических болезнях за прошлые пять лет
- Поведение по обращению за помощью по охране материнского и детского здоровья за прошлые пять лет
- Случаи смертности за прошлые пять лет
- Отношение и мнение относительно медицинских услуг

Исследование домохозяйств проводилось в 1048 семьях в Навоийской области. Количество целевых семейств в каждом городе / районе, и сельской и городской местности было определено согласно распределению населения. В каждом районе, участки,

охваченные СВП или поликлиник, были отобраны как целевые. На целевых участках, целевые семьи были отобраны осуществлением систематической случайной выборки. Таблица 6-1 показывает распределение выбранных целевых семей по городам/районам, и городской и сельской местности.

Группа изучения предоставила работу 14 исследователей. Тринадцать из которых являются врачами и четверо работали при проведении Изучения Здоровья Населения Узбекистана.

**Таблица 6-1: Распределение целевых семейств для исследования домохозяйств**

Город / Район	Навои	Канимех	Кармана	Томди	Заравшан	Навбахор	Учкудук	Кизилтепа	Нурата	Хатирчи	Общее кол-во
Городской <sup>1</sup>	163	13	36	0	71	0	29	13	49	30	<b>404</b>
Сельский	0	33	89	31	14	111	18	127	55	166	<b>644</b>
<b>общее количество</b>	<b>163</b>	<b>46</b>	<b>125</b>	<b>31</b>	<b>85</b>	<b>111</b>	<b>47</b>	<b>140</b>	<b>104</b>	<b>196</b>	<b>1 048</b>

<sup>1</sup> Городской включает городскую территорию и городское место

Команда изучения провела 3-дневное обучение регистраторов, чтобы объяснить концепцию этого исследования и намерение каждого вопроса, и обучить навыкам общения. Было сформировано 7 команд, состоящих из одного мужчины и одной женщины, чтобы одинаково проводить интервью и с мужчинами, и с женщинами в целевом семействе. Команды исследования участвовали в посещении целевых семейств, чтобы собирать данные с 28 мая по 18 июня 2007.

#### 6-2-2 Углубленное интервью

Подробное интервью проводилось, чтобы получить качественные данные, чтобы поддержать результаты анализа данных исследования домохозяйств. Японский консультант с переводчиком провел интервью 22 медицинских работников ПМСП, у врачей общей практики и медсестр в СВП в Учкудуке, Заравшане, Томди, Хатирчи, Кизилтепе, Нурате и Навбахоре, и поликлинике в г. Навои Главные пункты интервью были следующие.

- Медицинский персонал, работающий в СВП/поликлинике
- Территория охвата, количество населения и семей
- Общие проблемы здоровья на участках охвата
- Категории пациентов, посещающих СВП/поликлиники и посещаемых на дому
- Отношения с жителями на участке охвата
- Доступность районного центра
- Общие характеристики области охвата
- Факторы избежания пациентов, обращающихся в лечебное учреждение

### 6-2-3 Анализ данных

Пункты общих характеристик и отношения к услугам здравоохранения целевых семей и их членов и, их поведение по обращению за помощью были проанализированы. Команда изучения использовала перекрёстные таблицы для категориальных данных и гистограммы для аналоговых (сплошных) данных, чтобы описать характеристики целевых семей и их членов, и тенденции их поведения по обращению за медицинской помощью и отношение к услугам здравоохранения. Анализ подмножества был использован, чтобы показать связь общих характеристик, поведения по обращению за помощью, и отношения к услугам здравоохранения. Весь статистический анализ был выполнен со статистическим пакетом SPSS 11.5J для Windows.

Результаты статистического анализа поддерживались качественными данными, собранными при углубленных интервью.

### 6-3 Результаты

Основываясь на результатах качественного и количественного анализа, в этом отчёте будут изложены следующие пункты:

- Общие характеристики целевых семей и их членов
- Общие проблемы здоровья и поведение по обращению за помощью
- Поведение по обращению за помощью по охране материнского и детского здоровья
- Основа поведения по обращению за медицинской помощью

Результаты были сравнены по географическим условиям, по следующим категориям :

- (1) « город Навои и городские (районы) предместья» включающие Навои и районные центры Канимеха, Карманы, Навбахора, Кизилтепы, Нураты и Хатирчи
- (2) “Сельские районы (предместья) г.Навои” включающие сельские места Канимеха, Карманы, Навбахора, Кизилтепы, Нураты и Хатирчи
- (3) «Отдаленные районы (места)» включающие Томди, Учкудук, Зарафшан

#### 6-3-1 Общие характеристики целевых семей и их членов

##### (1) Демографические данные

Демографические характеристики целевых семей и их членов показаны в Таблице 6-2. Средний размер семьи является большим в сельских районах. В результате, число индивидуумов в сельских районах - больше чем в городе.

**Таблица 6-2: Общие Характеристики Целевых Семейств**

		Город Навои и городские предместья	Сельские предместья Навои	Отдалённые места	Всего
Кол-во семей		295	590	163	1048
Семьи с главой-женщиной		19.3%	13.2%	14.2%	15.1%
Размер семьи	mean±SD (стандартное отклонение)	4.8±1.59	5.6±1.40	5.1±1.71	5.3±1.54
Количество людей	Муж	688	1,109	408	2,205
	Жен	733	1,210	418	2,361
	Всего	1,421	2,319	826	4,566
Гендерное соотношение		0.94	0.92	0.98	0.93
Этническая группа	Узбеки	90.9%	87.6%	27.1%	
	Русские	1.3%	0.0%	1.0%	
	Каракалпаки	2.3%	1.9%	3.5%	
	Таджики	0.6%	2.7%	0.1%	
	Казахи	3.5%	6.2%	67.5%	
	Татары	0.9%	0.3%	0.5%	
	Другие	0.6%	1.3%	0.4%	

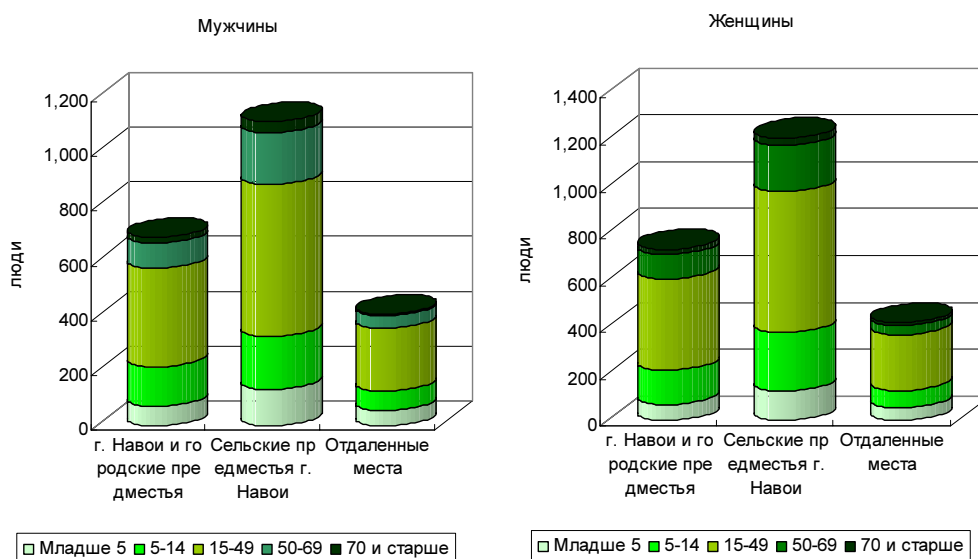
Примечание: (1) “г. Навои и городские предместья” включает г.Навои и городские места Канимеха, Карманы Навбахор, Кизилтепы, Нураты and Хатирчи.

(2) “Сельские предместья Навои” включает сельские места Канимеха, Карманы Навбахор, Кизилтепы, Нураты and Хатирчи.

(3) “Отдалённые места” включают Томди, учкудук, Заравшан

Источник: Ответы на анкеты Группы изучения ЛСА

График 6-1 показывает структуру населения по возрастным группам. Иждивенцы (младше 14 и старше 70) составляет 33% в трех местах. Население репродуктивного возраста (15-49 лет) в сельских пригородах Навои (50%) в меньшей пропорции чем в г.Навои и городских пригородах (53%) и отдаленных местах (56%). Сельские пригороды Навои имеют больше пожилых (60 и старше), чем две другие местности.



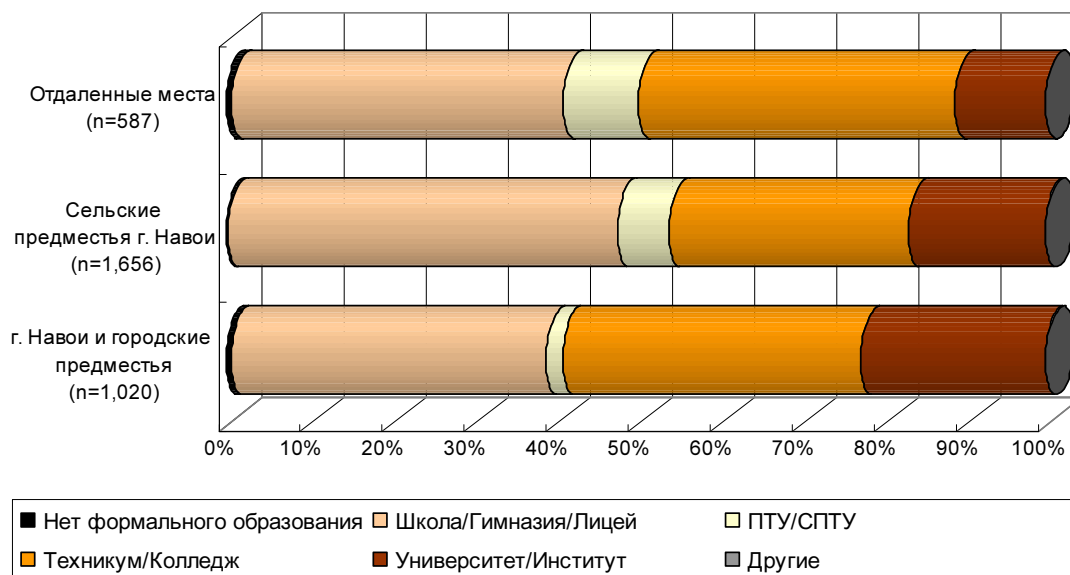
Источник: Ответы на вопросники Группы изучения ЛСА

**Рис. 6-1: Структура населения по возрастным группам**



## (2) Образование

График 6- 2 представляет самое высокое образование членов семейства (в возрасте 15 и старше). Население г. Навои и городских предместий имеет тенденцию быть более образованным.



Источник: Ответы на вопросники Группы изучения ИСА

**Рис. 6-2: Самое высокое образование членов семейства (15 лет и старше)**

## (3) Познания о здоровье

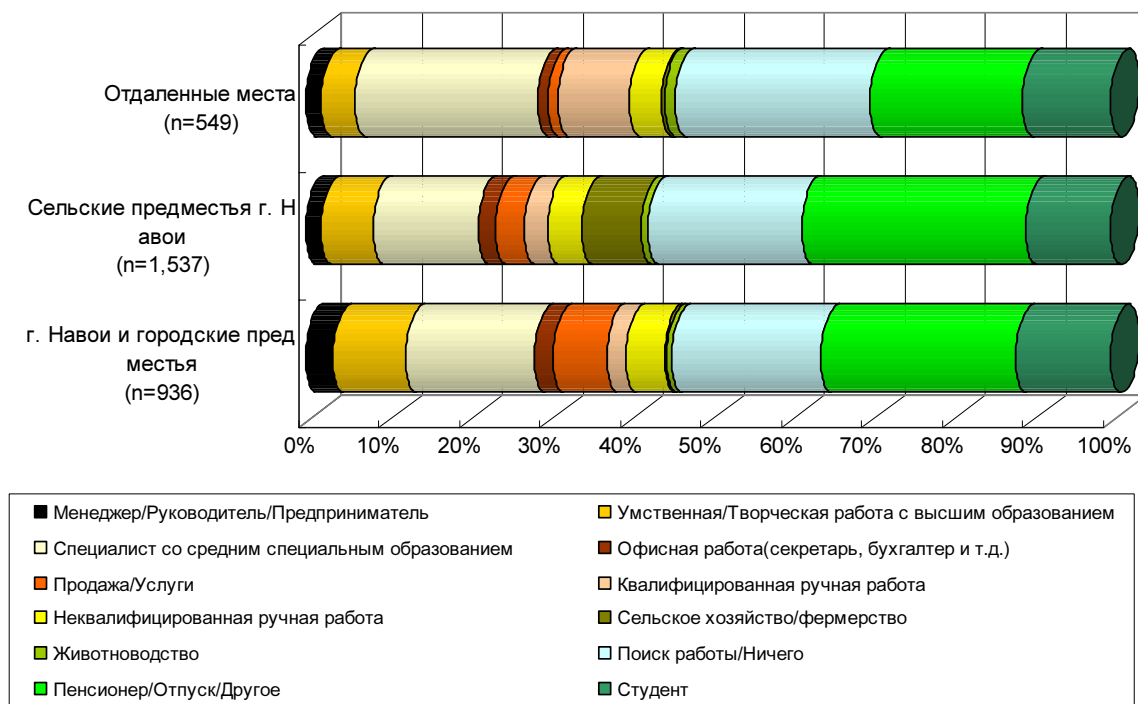
В ходе исследования домохозяйств, исследователи задавали четыре вопроса об общих болезнях респонденту из целевого семейства. Восемьдесят четыре процента (84 %) могли дать соответствующий ответ, что случится, когда они не обращаются за помощью при гипертонии, в то время как только 61 % могли для анемии. Девяносто два процента (92 %) могли ответить, как предотвратить анемию должным образом, в то время как только 86 % могли для гипертонии.

Согласно некоторым медицинским работникам первичного здравоохранения, они думали, что большинство людей могло иметь надлежащее знание, потому что они иногда предоставляют советы, чтобы предотвратить или лечить общие хронические болезни как гипертония и анемия. Однако, учитывая вышеупомянутые результаты, такие советы не стандартизированы.

## (4) Условия жизни

График 6-3 показывает занятие членов семейства в возрасте 15 - 60. Пятьдесят два процента (52%) населения в г. Навои и городских предместьях и отдаленных местах имеют некоторую занятость, в то время как в сельских предместьях г. Навои это - меньше чем половина (48%). Поскольку есть индустриальный комплекс в г. Навои и Заравшане, там больше возможностей для работы. Среди тех работающих, 68% в г. Навои и городских

предместьях, 66% в отдаленных местах и 56% в сельских районах могут получать регулярный заработок. Люди, имеющие регулярный заработок, имеют лучший уровень жизни, в то время как работающие в секторе сельского хозяйства, могут иметь нестабильный доход, и зависеть от погоды и сезона. Специалисты в сельских районах обычно вовлечены в сельскохозяйственный сектор.



Источник: Ответы на вопросники Группы изучения ИСА

**Рис. 6-3: Занятие членов семейств (15 – 60 лет)**

В некоторых отдаленных местах, также трудно вырастить сельскохозяйственные продукты. Семьи в таких областях находятся вообще на пособиях, и они иногда продают свой домашний скот, когда у них большое количество расходов.

Относительно инструментов доступа публики к информации и связи, 78% семейств покупают газеты регулярно, 85% имеют радио, 99% имеют телевидение, 39% имеют телефоны, и 34% имеют мобильные телефоны. Распространение телефона и мобильного телефона намного выше в г. Навои и городских предместьях (74% и 47%, соответственно) чем в сельские районах (24% и 27%) и отдаленные местах (34% и 38%). В областях без такой инфраструктуры связи, некоторые лечебные учреждения имеют беспроводное радио. Это могло бы быть трудно для СВП без такого оборудования связи предпринять быстрое действие в экстренных случаях; чтобы вызвать санитарную авиацию, направить пациентов, и т.д.

В общем, в городской местности люди легко передвигаются вокруг своих жилых массивов; они покупают товары первой необходимости в месте своего проживания и

передвигаются пешком. В сельской местности они едут в ближайший городок на общественном транспорте.

В предместьях Навои, людям легко получить доступ к областному центру или обычному рынку, потому что есть дорожная сеть и регулярный общественный транспорт, в то время как в некоторых отдаленных местах, нет автомобильных дорог и общественного транспорта. Некоторые из таких мест изолированы в течение зимы, потому что дорога замерзает.

### 6-3-2 Общие проблемы здоровья, осознанные людьми

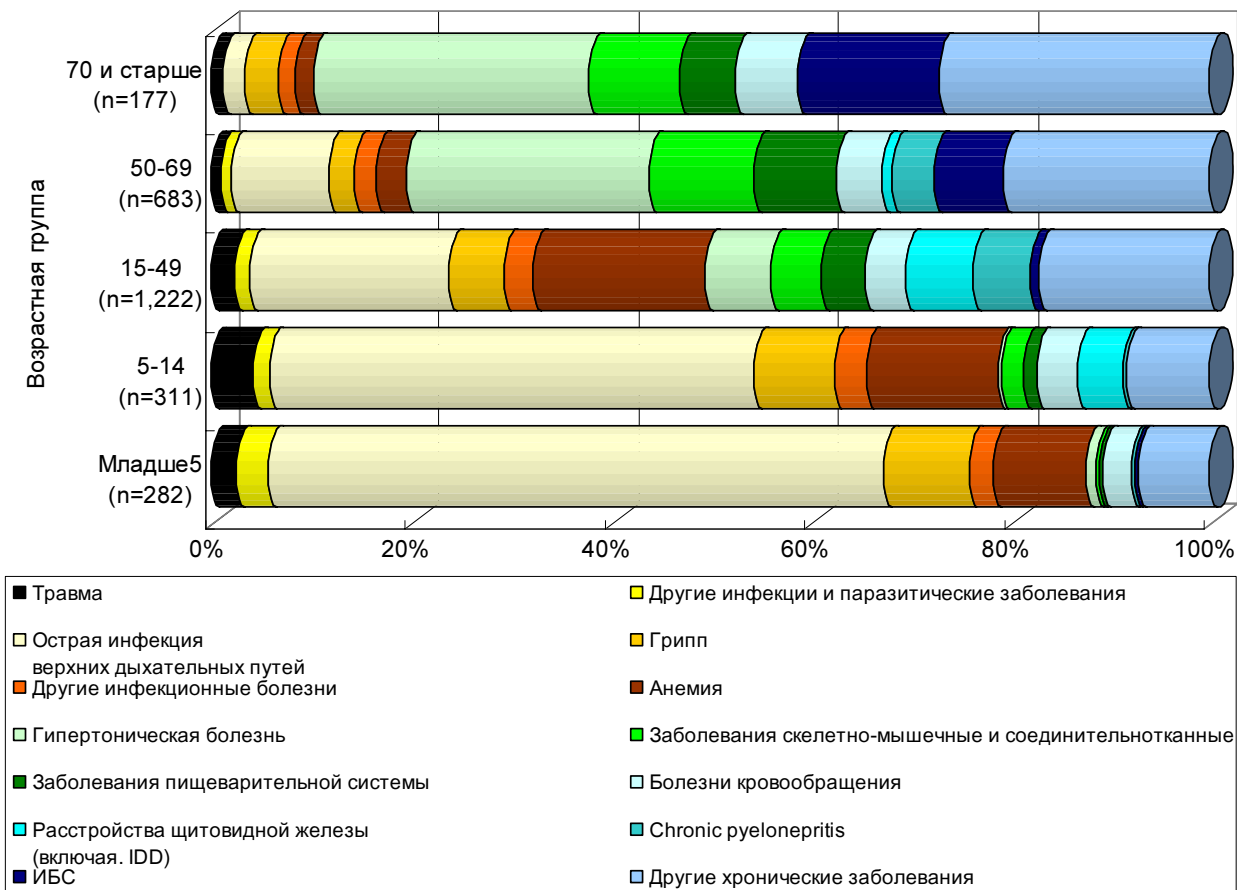
Исследователи спрашивали, имел кто-либо из членов семьи проблемы здоровья трех категорий; травма, острая болезнь и хроническая болезнь; в течение прошлых пяти лет. Отвечающие называли диагнозы, если вспоминали, или описывали симптомы. Группа изучения тщательно перевела те ответы открытого характера по МКБ 10 и затем, суммировала те как показано в Графике 6-4.

Среди членов целевых семейств, 30 % имели проблемы здоровья в течение прошлых пяти лет, и некоторые имели больше чем две проблемы. Пропорция людей с проблемой здоровья в течение прошлых пяти лет была выше в старшем населении (81% в 70 и закончена, и 69% в 50 - 69), и меньше чем 30 % в более молодых группах (20% в 15-49, 26% в 5-14 и 28% в под 5).

Согласно отвечающим, острые респираторные инфекции (ОРИ) и грипп весьма обычны среди детей, особенно, младше пяти лет. Хронические болезни обычны среди взрослого населения. Гипертония обычна среди старших. Дефицит йода обычен среди женщин. Гипертония распространена среди людей в возрасте 50 и старше.

Анемия широко распространена среди населения репродуктивного возраста (15 - 49) и 84 % людей у которых анемия, женщины. Шестнадцать процентов (16%) среди женщин в репродуктивном возрасте и 5% среди детей младше трех имели анемию в течение прошлых пяти лет. Согласно “Отчёту по Целям Развития Тысячелетия, Узбекистан 2006” (Офис Организации Объединенных Наций в Узбекистане, 2006), анемия найдена у 65% женщин репродуктивного возраста и 61 % детей, в возрасте трех лет, страдают дефицитом железа и анемией. Учитывая разрыв между результатом данного исследования и опубликованных цифр, предполагается, что общее население не знает об анемии должным образом, хотя большинство женщин и маленьких детей в целевых семьях страдают анемией.

Согласно данным СВП, диарея также часта в течение лета, потому что у населения иногда портится или загрязняется продовольствие. Однако, некоторые не считают, что диарея болезнь, и они не обращаются за медицинской помощью.



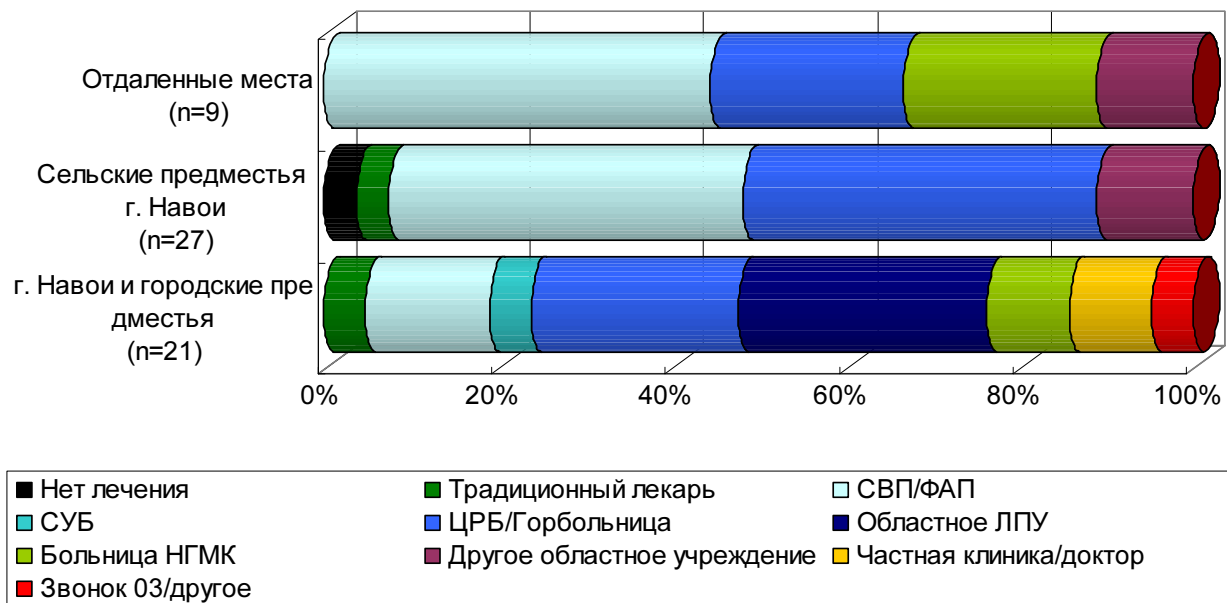
Источник: Ответы на вопросники Группы изучения JICA

**Рис. 6-4: Общие проблемы здоровья по возрастным группам (Последние 5 лет, Многократные Ответы )**

### 6-3-3 Поведение по обращению за помощью в случае медицинских проблем

#### (1) Первые учреждения обращения за помощью

Как показано в Таблице 6-5, люди обращаются в СВП и ЦРБ (Центральную Районную Больницу) в случае травмы. В г. Навои и городских предместьях, люди имеют больше вариантов чем в других местах. Они могут выбрать медицинское обслуживание согласно серьезности травмы. В сельских предместьях г.Навои, главные поставщики медицинских услуг – СВП и ЦРБ. Вокруг Заравшана, население может бы получить доступ в больницу НГМК, в то время как в других местах, это трудно попасть в Заравшан, и, в некоторых местах у людей единственный выбор- это СВП. Семь процентов (7%) поехали в другую область, потому что экстренный пациент должен был получить помощь в ближайшем учреждении, даже если оно находится в другой области. Поэтому, большинство тех случаев имеют место в пограничных районах. В Навои и городских предместьях, население звонит “03” для вызова машины скорой помощи и легче попасть в областное учреждение.

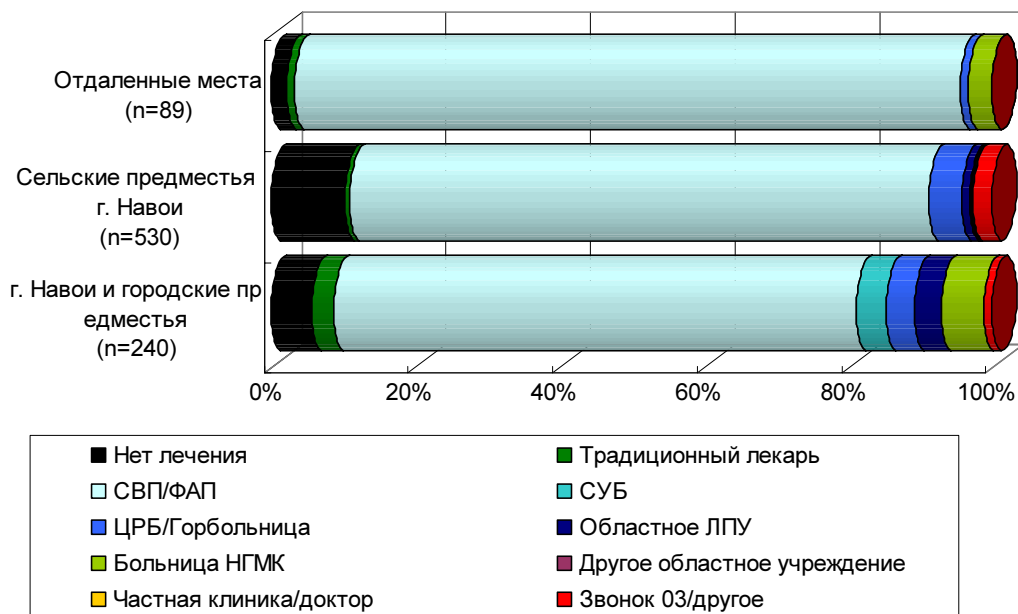


Источник: Ответы на вопросники Группы изучения ЛСА

**Рис. 6-5: Поведение по обращению за помощью при травмах (последние 5 лет)**

Население обычно обращается в самое близкое лечебное учреждение и идёт пешком, в случае небольшой травмы или болезни. Если это трудно для них дойти в ЛПУ, они могут вызвать по телефону медицинских работников из ближайшего первичного медицинского учреждения. Среди пациентов с травмой, 7% получают лечение дома или на их рабочем месте.

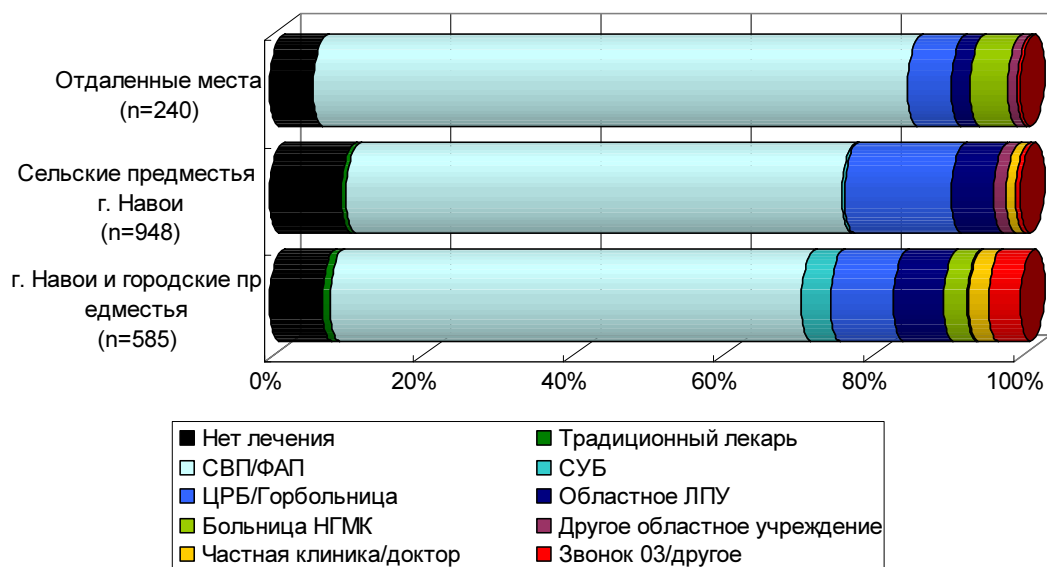
Поскольку это трудно для неэкстренных пациентов обращаться за помощью в учреждения другой области, СВП - главное учреждение для получения медицинского обслуживания в случае острых заболеваний, особенно в отдаленных местах, как показано в Графике 6-6. В Навои и городских предместьях, есть больше вариантов. Приблизительно 10% не обращались за помощью в ЛПУ, но некоторые, лечились дома или пошли к традиционному целителю. Среди острых случаев, 37% лечились дома или месте работы.



Источник: Ответы на вопросники Группы изучения ЛСА

**Рис. 6-6: Поведение по обращению за помощью при острых болезнях (Последние 5)**

Поведение по обращению за помощью при хронических болезнях подобно поведению при острых заболеваниях. Как показано в Графике 6-7, больше людей с хроническими заболеваниями обратились в учреждения более высокого уровня как ЦРБ или областные учреждения, чем при острых болезнях. Приблизительно 9% не обращались в ЛПУ, но некоторые лечились дома, или пошли к традиционному целителю. Среди хронических случаев, 9% лечились дома или на месте работы.



Примечание: СВП включает ФАП; ЦРБ= Центральная Районная Больница, включая райполиклинику; ЛПУ- лечебное учреждение

Источник: Ответы на вопросники Группы Изучения ЛСА

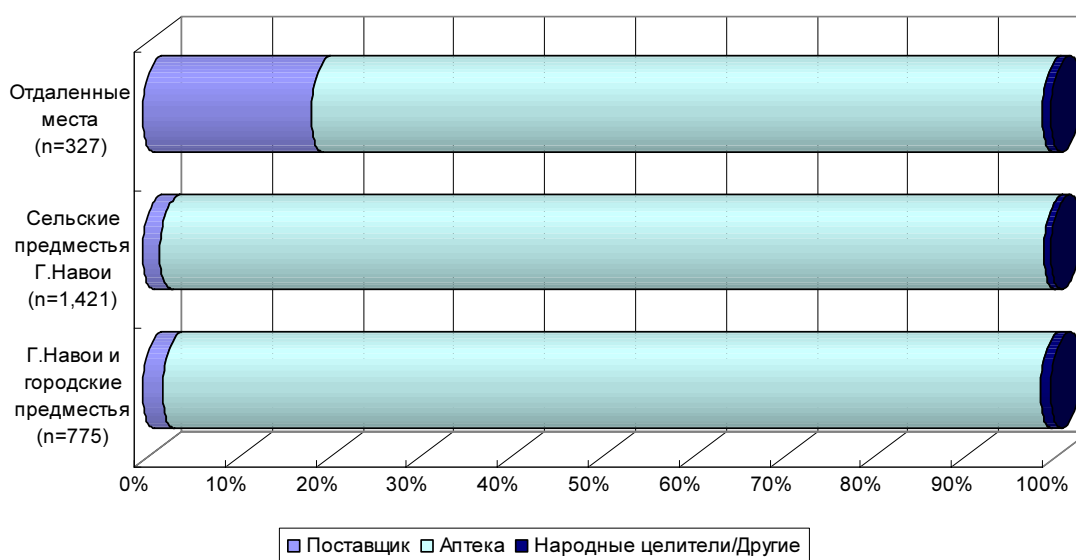
**Рис. 6-7: Поведение по обращению за помощью при хронических болезнях (Последние 5)**

Не было найдено никаких существенных различий в поведении за обращению за помощью среди людей с разным образовательным и экономическим уровнем (это было заключено по состоянию жилья и профессии), национальности, и знания об общих болезнях (гипертония и анемия).

## (2) Лекарственные средства

Хотя лекарства, обеспеченные ЛПУ являются бесплатными, доступ к бесплатным лекарствам был разным между предместьями поблизости Навои и отдаленными районами. Рис. 6-8 показывает, где люди приобретают лекарства после получения помощи в ЛПУ в случае травмы, острых заболеваний и хронических заболеваний. Лишь 2% пациентов в г.Навои, пригородах Навои и сельских предместьях г.Навои получают лекарства в ЛПУ, в то время когда этот коэффициент составляет 19% в отдаленных районах. Многие остальные покупали необходимые лекарства в аптеках на свои деньги.

Согласно результатам углубленного интервью, поскольку многие ЛПУ не могут получать достаточного лекарства для представления пациентам, они дают приоритет пациентам, кому они дают бесплатное лекарство исходя из социально-экономического положения. Большинство из них покупает предписанное лекарство, но некоторые не в состоянии сами покупать и жалуются о предписании доктора.

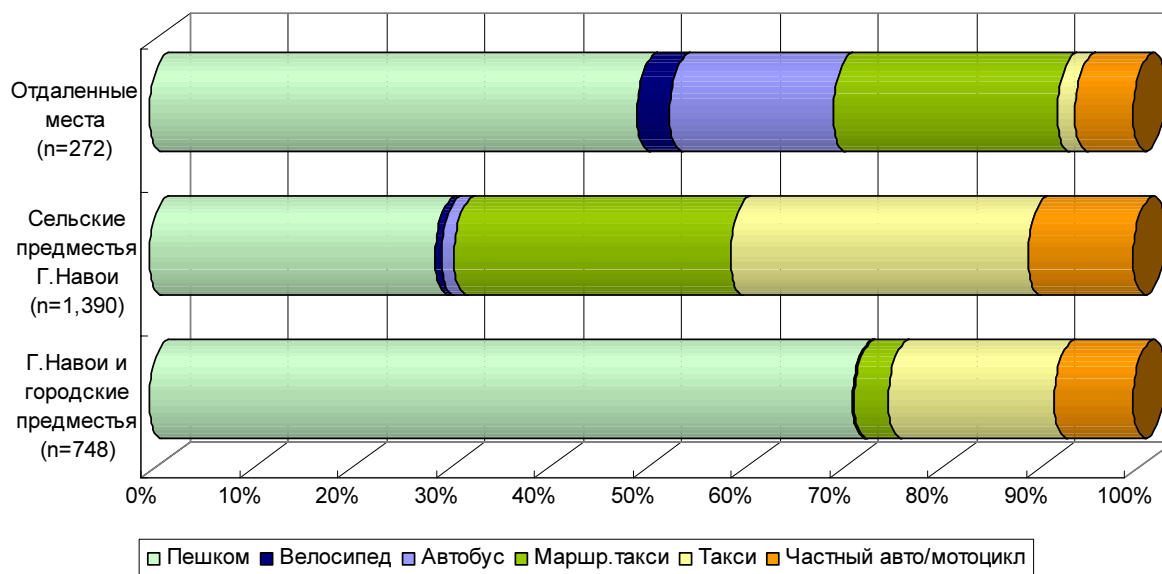


Источник: Ответы на вопросники Группы Изучения ЛСА

**Рис. 6-8: Поставщики лекарственных средств**

Хотя люди в предместьях города Навои должны покупать необходимые лекарственные средства, кажется, их доступ аптекам является легче, чем в отдаленных местах. Рис. 6-9

показывает транспортные средства, используемые людьми при поездке в аптеку для покупки лекарств.



Источник: Ответы на вопросники Группы Изучения ИСА

**Рис. 6-9: Средства транспорта для поездки купить лекарственные средства**

В городе Навои и в городских предместьях примерно 70% людей шли пешком до аптеки. Это означает, что аптека находится поблизости их домов или посещаемых ЛПУ. В сельских предместьях города Навои примерно 60% людей использовали общественный транспорт (автобус или такси). Кажется, что они должны ехать на дальние дистанции, чтобы доехать до аптеки, но они имеют лучше доступа, чем в отдаленных местах из-за стабильного общественного транспорта.

В отдаленных районах примерно 50% населения шли пешком до аптеки. Согласно результатам углубленного интервью, в некоторые отдаленные районы передвижные аптеки приезжают регулярно, обычно один или два раза в неделю. Соответственно, некоторые люди в отдаленных районах покупают лекарства в передвижных аптеках. С другой стороны, примерно 40% людей используют общественный транспорт, в основном автобусы. В отдаленных районах общественный транспорт ходит не так часто, и чтобы купить лекарства люди должны ехать долго, тратя больше времени и денег.

### (3) Направленные случаи

Среди вышеупомянутых людей, имевших проблемы здоровья за прошлые пять лет, 19% имевших травм, 2% с острыми заболеваниями и 17% с хроническими болезнями, были направлены в учреждения более высокого уровня (вторичные или третичные). Пациенты с травмами и острыми заболеваниями были в основном направлены в ЦРБ, чтобы получить более специализированную помощь. Пациенты с хроническими болезнями были переведены в областные учреждения, для необходимого обследования и установки



диагноза. Тридцать процентов (30%) из них были направлены в ЦРБ, 32% в областные ЛПУ, 15% направлены в другие области. После постановки диагноза, первичное учреждение обеспечивает лечение согласно предписанию. Согласно результатам исследования домохозяйств, почти все пациенты следовали таким инструкциям, идти в более специализированные учреждения. Однако, согласно мнению работников СВП некоторые не шли потому что:

- Они не в состоянии платить за медикаменты и/или транспортные расходы для пациента и сопровождающего; или
- Они не хотели беспокоить их семейства посещением пациента в больнице с некоторыми пищевыми продуктами, и домохозяйки не могли оставить детей.

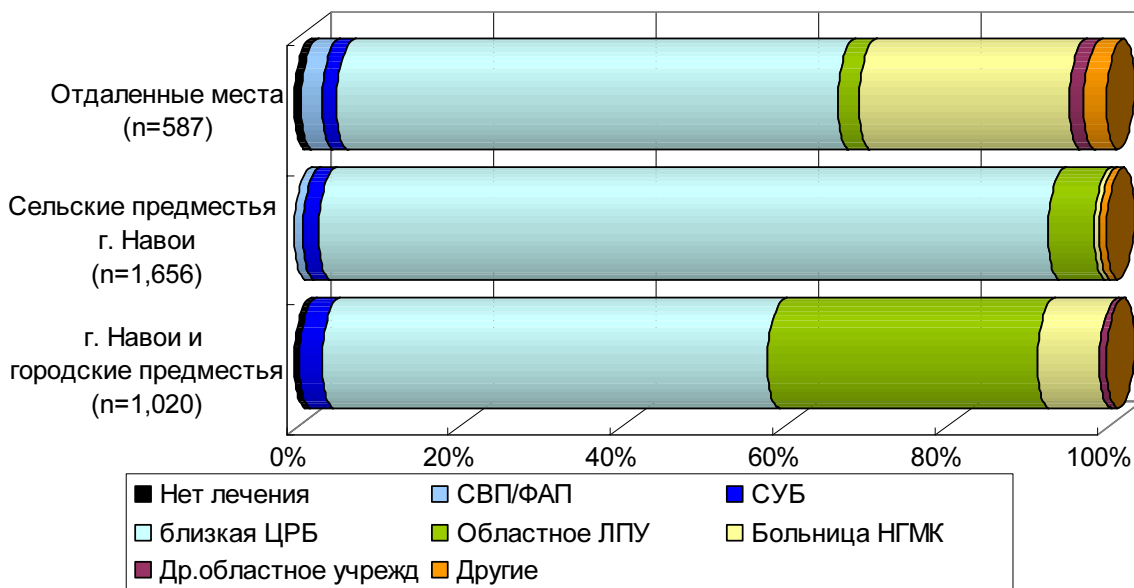
Если они были переведены из СВП в ЦРБ или учреждения области, они могут использовать машину скорой помощи. Однако, их семейство должно часто обеспечивать горючее. Поэтому, люди в отдаленных местах могли бы чувствовать, что областной филиал РНЦЭМП весьма далек, и некоторое проживающие в пограничных районах обращаются в лечебные учреждения другой области, которые находятся ближе к их местности. Также трудно иметь незамедлительно санитарную авиацию в этих районах. Поэтому, ответственность и бремя лечебных учреждений в таких местах могли бы быть большие.

Хотя есть больницы НГМК в Заравшане, в основном они обеспечивают медицинскую помощь своим служащим и их семьям. СВП в Томди направляет своих пациентов, кроме экстренных случаев, в областные учреждения в г. Навои. Однако, стоимость транспортировки может быть тяжелым бременем и иногда, топливо не доступно. Согласно сотрудникам СВП в отдаленных местах, они советуют семьям, где есть беременные женщины, иметь в запасе некоторое количество горючего на случай экстренной ситуации.

#### **6-3-4 Поведение по обращению за помощью по охране материнского и детского здоровья**

##### **(1) Материнское здоровье**

График 6-10 показывает, что 74% родов были приняты в ЦРБ, как было запланировано за прошлые пять лет. Роды, принятые в СВП, учреждениях области и больницах НГМК (19% всего) могут быть предположены, что были роды при осложненных беременностях и экстренных случаях. Однако, ЦРБ в сельских районах могут оказывать помощь при беременностях и родах высоко риска поскольку 90% родов принимаются именно там.



Примечание: СВП включает ФАП; ЦРБ= Центральная Районная Больница, включая райполиклинику; ЛПУ- лечебное учреждение

Источник: Ответы на вопросники Группы Изучения ЛСА

**Рис. 6-10: Учреждения, где принимались роды (за прошлые пять лет)**

В сельских районах и отдаленных местах больше чем 90% женщин, которые были беременны в течение прошлых пяти лет, получали дородовое наблюдение в первичных учреждениях когда в городе Навои и городских предместьях это было только 80% и, 15% из них пошли в ЦРБ и областные учреждения. В среднем беременная делают 15 дородовых посещений. Некоторые были поменяли учреждение или врача, потому что у них были осложнения беременности или они не были удовлетворенны качеством медицинских услуг в учреждении первичного звена.

## (2) Детское здравоохранение

Матери обычно водят своих детей, младше 5 лет по крайней мере один раз в месяц в СВП (60%) или раз в квартал (23%). Приблизительно 40 % детей навещаются дома патронажной медсестрой один или два раза в неделю (69%) или раз в месяц (26%).

Согласно результатам углублённых интервью, патронажные медсестры в сельских районах стремятся посещать более часто и проводить больше времени в семьях, чем в городе. Они поощряют матерей идти в СВП/поликлинику для регулярных осмотров и прививок, дают советы об уходе за детьми, и предоставляют необходимый уход, если есть медицинская проблема у матери или ее ребенка.

### 6-3-5 Случаи смерти

За прошлые пять лет было 109 случаев смертности. Семьдесят процентов (70%) провели последние мгновения в их доме, особенно взрослые люди. Большинство детей менее чем

14 лет умерло в больнице (9 случаев из 12). Хотя 62% семейств думали, что смерти нельзя было бы избежать, 23% думали, что врачи могли спасти его/ее, если была надлежащие лекарства и/или оборудование, или квалифицированный медицинский персонал.

Согласно персоналу СВП, когда семейство, знает что спасти пациента трудно, они решают взять его/ее дома, чтобы больной в последнее мгновение был с семьей из-за культурных и религиозных причин. Однако, родители обычно изо всех сил пытаются спасти своих детей даже в трудной ситуации.

### 6-3-6 Общение с работниками медицинских учреждений

В 80 % семейств, некоторые из их членов посещают самое близкое лечебное учреждение, даже когда у них нет проблем. Главные цели - медосмотр детей и документация относительно статуса здоровья, при поступлении на работу. Немного людей знали, что они посетили лечебное учреждение для укрепления здоровья, улучшения знаний о здоровье, хотя СВП проводят некоторые мероприятия продвижения по санитарному просвещению.

Восемьдесят два процента (82%) семей посещаются медперсоналом. Согласно медсестрам патронажа, они посещают семьи на своих участках согласно официальным приказам. Они проверяют статус здоровья членов семейства, гигиенические условия дома, проводят беседы на некоторых темы здоровья и дают некоторые советы беременным женщинам, матерям маленьких детей и хронических пациентам, если необходимо. Вообще, отношения между медицинским персоналом и людьми, кажется, ближе в сельских районах, чем в городе.

### 6-3-7 Основа поведения по обращению за помощью

#### (1) Принятие решения

Как показано в Таблице 6-3, люди, имеющие проблему со здоровьем, решают, где получить помощь при взрослой болезни или травме, если они в сознании. Что касается материнского здоровья, муж и его родители принимают окончательное решение в больше чем 50% обследованных семейств.

**Таблица 6-3: Принимающий решение об обращении за помощью в случае взрослой болезни, охране здоровья матерей и детей**

	n	Пациент Он/она	Супруг (а)	Муж	Жена	Муж И жена	Родители /бабушка и дедушка мужа	Родители /бабушка и дедушка жены	Другие ег
Помощь при болезни/ травме	1,637	80.0%	7.7%	n.a.	n.a.	10.6%	0.9%	n.a.	0.7%
Охрана материнского здоровья	426	47.9%	45.1%	n.a.	n.a.	n.a.	5.6%	0.2%	1.2%
Охрана детского здоровья	614	0.0%	n.a.	30.0%	37.5%	19.5%	11.6%	0.3%	1.1%

Источник: Ответы на вопросники Группы изучения ЛСА

Люди обычно считаются с советами или информацией, полученной от медицинского персонала здоровья, членов семьи или соседей, чтобы выбрать услуги здравоохранения. Некоторые также обращаются к средствам массовой информации, программам телевидения или коммерческим роликам.

## (2) Почему они не обращались за помощью

Как описано в части 6-3-3 около 9% людей с острым заболеванием и с хроническими болезнями не обращались за помощью. Главные причины следующие.

- Они безразличны к собственному здоровью / пассивны чтобы сохранить здоровье
- Они не могут позволить себе лекарства, транспорт, и другие связанные затраты.
- Они имеют медицинского работника в их семействе / соседа для проведения лечения / консультации.
- Они лечат сами себя дома. (традиционное/народное лечение)
- У них был плохой опыт с медицинским работником в прошлом.
- Они не хотят беспокоить их семейство.

Среди вышеупомянутого, экономические условия сильно влияют на поведение по обращению за медицинской помощью. Некоторые указали, существующие услуги здравоохранения не стоят, чтобы платить различные прямые и косвенные затраты. С другой стороны, некоторые предпринимают их максимальное усилие, чтобы получить квалифицированную помощь независимо от экономического бремени. Поэтому, такие люди едут к частному доктору/клинике даже вне Навоийской области.

## (3) Почему они не были удовлетворены?

Согласно результатам исследования домохозяйств, большинство отвечающих было удовлетворено оказанной медицинской помощью в случае проблем со здоровьем. Однако, некоторые не были удовлетворены, потому что:

- Они должны были заплатить за лекарства;
- Они должны были заплатить за продовольствие, постельное белье и другие, связанные с госпитализацией вещи;
- Их не осмотрел "квалифицированный" медицинский сотрудник;  
(это означает, что они хотели лечиться не у врача общей практики, а у специалиста)
- Прописанное лекарство было дорогим;
- Они не могли чувствовать улучшение;
- Стационарное помещение не было комфортным (переполненное, грязное, и т.д.)

- Они не могли хорошо общаться с медицинским персоналом.  
(Это означает, что с некоторыми обращались грубо, или медицинский персонал не ухаживал за ними с добротой)

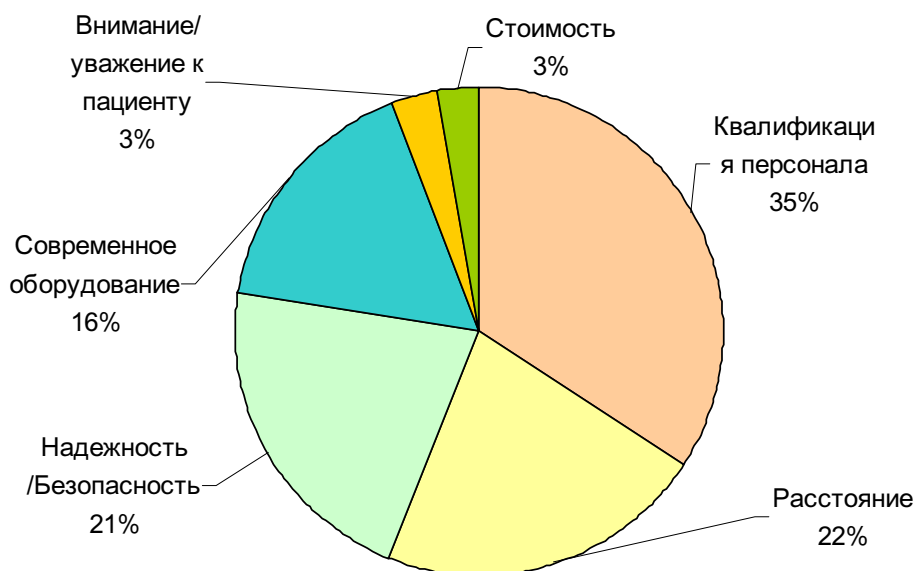
#### (4) Критерии выбора медицинского учреждения

График 6-11 показывает три критерия выбора лечебных учреждений. Люди имеют тенденцию учитывать во-первых квалификацию медицинских сотрудников и расстояние, и затем, надежность и оборудование.

Как показали ответы членов домохозяйств, люди считают только врачей-специалистов квалифицированными медицинскими работниками. Некоторые жаловались, что их детей лечили врачи общей практики, и они хотели видеть специалиста. Хотя правительство Узбекистана продвигает врачей общей практики и обеспечивает их обучение, общее население всё ещё думает, что это более важно для них видеть доктора с интенсивным знанием, чем доктора с обширным знанием.

Расстояние означает, что люди могут получить лечение быстро, и также могли бы быть связаны с косвенной затратами типа альтернативной и транспортной стоимостью. Если требуется долгое время для получения лечения, они должны заплатить за транспортирование, и женщины должны попросить другого члена семейства позаботиться о ее детях или других домашних работах.

Надежность и безопасность могла быть обеспечена современным оборудованием, квалифицированными кадрами, накопленным опытом и репутацией.



Источник: Ответы на вопросники Группы изучения ЛСА

**Рис. 6-11: Три критерия для выбора медицинских услуг (n=2,297: многократные ответы)**

В конце опроса-исследования, исследователи попросили респондентов высказать свое откровенно мнение или надежды от поставщиков услуг здравоохранения. Вообще-то, они надеются, что медицинские работники уменьшат затраты пациентов для получения медицинской помощи, улучшат свою квалификацию и отношение к пациентам, и будут иметь современное оборудование. В городской местности население подчеркивало необходимость улучшения помещений и оборудования, а в сельской местности, население выражало надежду иметь аптеки, потому что они проделывают огромные расстояния, чтобы купить лекарства, как было описано в части 6-3-2 (2). Они также считают, что в лечебных учреждениях в сельской местности обязательно должна быть машина скорой помощи, чтобы не испытывать трудности при направлении пациентов.

#### (5) Обращение к частным поставщикам медицинских услуг

Двадцать процентов (20 %) целевых семейств, когда-либо пользовались услугами частных клиник. Это те частные клиники, управляющиеся опытным доктором, который имеет хорошую репутацию “квалифицированного врача”. Такие клиники обычно имеют современное и лучшее оборудование, чем государственные учреждения. СВП или поликлиники иногда направляет своих пациентов те частные клиники, если семья может заплатить за лечение, и пациент сам согласен.

### 6-4 Обсуждение

#### 6-4-1 Истоки поведения людей при обращении за медицинской помощью

Результаты исследования домохозяйств показывают, что поведение по обращению за помощью может зависеть от расстояния и доступа к лечебному учреждению, экономического статуса, экономической эффективности и понимания здоровья и болезни.

В г. Навои и городских предместьях, дороги и транспорт лучше, чем в других местах, и люди могут легче добраться в областной центр. Из сельских районов, хотя люди тратят больше времени и денег, им все же легче добраться в город, чем из отдаленных мест. В отдаленных местах, люди могут считать, что областной центр очень далек и фактически, они должны потратить много времени и денег на транспорт, чтобы доехать туда. В городской местности, можно получить доступ к различным информационным источникам и вариантам, чтобы решить их медицинскую проблему, в то время как в сельских районах, медицинский персонал в учреждениях первичного здравоохранения могли бы быть главными информационными источниками и основными поставщиками медицинских услуг при обращении за помощью.

Результаты этого компонента исследования также показали, что люди вообще полагаются на сотрудников первичного здравоохранения. Они обращаются в самые близкие

учреждения ПМСП с любой медицинской проблемой. Если проблема серьезна, они тратят больше средств и времени, чтобы найти лучшее лечение, особенно для детей. Однако, в течение прошлых пяти лет, число направленных в областные учреждения случаев кажется небольшим, согласно результатам.

Хотя многие пациенты следовали инструкции медицинского персонала обращаться вышестоящим лечебным учреждениям, некоторые из них не обращались, потому что они не хотели беспокоить членов своей семьи и соседей. В отдаленных районах, из-за общественного транспорта и нестабильной поставки горючего труднее обращаться на вышестоящие ЛПУ, которые находятся в областном центре. К тому же, ЛПУ не имеют ни достаточного количества транспортных средств и ни горючего, потому что они распределяются согласно охватываемому населению ЛПУ несмотря на растяжение территории. В отдаленных районах Навоийской области плотность населения является низкой, и поэтому автомобили ЛПУ должны ехать дольше расстояния, чем в других районах. Следовательно, стандарты или нормы распределения транспортных средств и поставка горючего в ЛПУ таких районов должны быть тщательно пересмотрены, учитывая дистанцию от областного центра и хозяйств в районе охвата.

Хотя большинство людей ответило, что они были удовлетворены услугами, некоторые жаловались на квалификацию врачей в учреждениях ПМСП. Они требуют более квалифицированного медицинского персонала. Люди могли бы учитывать баланс экономического бремени и качества услуг, которое включает квалификацию и отношение медперсонала, состояние помещений для пациентов, и соответствующего оборудования. Экономическое бремя включает прямые и косвенные затраты типа лекарств, транспорта, и альтернативных издержек, и т.д.

Хотя некоторые жалуются, из-за нехватки бюджета на поставку лекарств всем лечебным учреждениям, большинство людей платят за лекарства. Это наверно потому, что они могут позволить себе немного затрат, связанных со здравоохранением. Поэтому, лекарства могут быть одной из альтернатив для получения дополнительных финансовых источников, особенно в сельских районах, если юридические и административные ограничения преодолены. Поскольку в отдаленных районах нет или немного аптек, и люди должны ждать мобильной аптеки, прибывающей однажды или два раза в неделю, или идти далеко в город, жители могут быть иногда в опасности принять поддельные лекарства. Если государственная организация могла бы поддержать аптеки и/или препараты, вращая фонды в таких местах, качество лекарств могло контролироваться и проверяться, и люди могли экономить время и затраты, чтобы приобретать медикаменты. В тоже самое время, если расписывается соответствующий и не очень большой рецепт, то можно снизить бремя пациентов и сэкономить больше бесплатных лекарств в государственных лечебно-профилактических учреждениях.

#### 6-4-2 Понимание здоровья и болезни людьми

Понимание здоровья и болезни людьми недостаточно, несмотря на частое общение с такими сотрудниками ПМСП, как патронажные медсестры. Некоторые не знают, что у них есть проблемы со здоровьем, такие как анемия и диарея, и некоторые безразличны к состоянию собственного здоровья. Несмотря на то, что патронажные медсестры приглашают к врачу, некоторые жители не следуют совету, пока их состояние не ухудшается. С точки зрения раннего обнаружения неинфекционных заболеваний (НИЗ), такие как гипертензия и сахарный диабет, необходимо поднимать сознание людей, чтобы они обращали внимание на свое здоровье, даже если у них не наблюдаются значительные субъективные симптомы. Одновременно, желательна система качественного регулярного медосмотра, которая толкает людей к ведению здорового образа жизни и к адекватному обращению за медицинской помощью.

#### 6-4-3 Пропаганда здорового образа жизни на уровне сообщества

Первичные услуги здравоохранения вообще, кажется, хорошо функционируют, чтобы найти медицинскую проблему, проведения регулярных медосмотров или лечения. Однако, некоторые услуги должны быть пересмотрены в соответствии с изменениями спроса на медицинские услуги и отношения людей к собственному здоровью. Визиты патронажных сестер, кажется, приветствовалось людьми в сельских районах и поддерживало хорошую связь в сообществе, в то время как некоторые семейства чувствует, что это - бремя для бедных, потому что они должны предложить немного чая и закусок посетителю. В городской местности, некоторые не хотят регулярных визитов, потому что они заняты делами или не хотят, чтобы вмешивались в их личную жизнь. Однако, если эти люди подумают что такие визиты стоят принимать и эффективны для улучшения своего здоровья, то они могут изменить свое отношение к патронажным сестрам. Система патронажа сделала пассивным или ленивым некоторых людей улучшать собственное здоровье. Такие люди не считают себя ответственным собственному здоровью и только надеются на инструкции медсестер.

Патронажная система могла бы быть важным источником информации о состоянии здоровья и о нуждах людей, и ценным инструментом контролирования пациентов с хроническими заболеваниями дома и для поднятия понимания важности регулярного медосмотра. Содержание данной деятельности должно быть регулярно модифицировано на основе фактических нужд и состояние людей. Соответственно, систематическое управление информацией будет необходимо. В то же самое время, регулярное обучение на рабочем месте было бы эффективно для совместного использования информации среди медсестер и повышения их знания и навыков, чтобы шагать в ногу с изменяющимся спросом на услуги здравоохранения.



## **Глава 7      Обзоры в других регионах для сравнения**

### **7-1      Введение**

Группа Изучения совершила короткие поездки в другие области Узбекистана, чтобы собрать уместную информацию для ссылки (рекомендаций). В течение Командировки на Объекты – 2 (КО – 2), японские консультанты и их помощники посетили областные управления здравоохранения, ЛПУ и взяли интервью в отобранных областях, а именно, Бухарской, Ферганской и Республике Каракалпакстан. Была собрана общая информация и характеристика соответствующих областей.

Точно так же японский консультант и его помощник взяли интервью у нескольких главных специалистов в Ташкенте, и посетили 8-ую Конференцию Министерства здравоохранения, проведенную 15-ого июня 2007 в Республиканском Научном Центре Экстренной Медицинской Помощи. Однако, эти действия были сделаны, чтобы изучить стандарты и протоколы медицинской практики в Узбекистане, а не для описания полной картины системы здравоохранения в г. Ташкенте. Техническая информация, собранная в Ташкенте использовалась как надежная ссылка, чтобы выполнить обзор случаев смертности, описанный в Главе 2.

В осуществлении обзоров, специальное внимание обращалось, в соответствии с характеристиками отобранных областей, в Бухаре, на больных, поступивших из соседней Навоийской области и финансирование медицинского обслуживания; в Каракалпакстане, на условия медицинского обслуживания в отдаленных местах из-за подобных географических особенностей Навои; в Ферганской области, на прогресс реформы здравоохранения в области, у которой совершенно другие демографические, географические, исторические и экономические истоки, чем в Навои.

Итоги проведенных обзоров, полезных для реформы медицинского обслуживания в Навоийской Области, суммированы ниже.

### **7-2      Простое сравнение Навоийской области с тремя отобранными областями**

Таблица 7-1 и Таблица 7- 2 показывают главные показатели здоровья в Навоийской, Бухарской, Ферганской областях и Республике Каракалпакстан для мгновенного сравнения.

**Таблица 7-1: Сравнение основных показателей здоровья в 2005**

	Узбекистан	Навоийская	Бухарская	Каракалпакстан	Ферганская
Общий коэффициент рождаемости (1000 нас)	20.3	19.9	19.8	20.6	19.7
Общий показатель смертности (1000 нас)	5.4	5.3	4.5	5.8	5.2
Показатель младенческой смертности (на 1000 живорожденных)	14.9	10.9	12	17.4	19.3
Показатель смертности детей до 5 лет (на 1000 живорожденных)	20.6	16.7	16.5	23.7	24.6
Показатель материнской смертности (на 100,000 живорожденных.)	29.2	49.3	29.9	15.4	31.7
<b>Заболевания (на 100,000 нас)</b>					
СПС заболеваний системы кровообращения	754.2	804.8	710.9	706.9	752.1
СПС респираторных заболеваний	66.4	42.3	86.6	197.8	56.4
Новые случаи туберкулеза	76.0	77.4	68.3	137.6	66.9
Заболеемость анемией	7,803.7	13,567.5	12,237.1	15,004.1	8,360.4
Заболеемость эндемическим зобом	1,807.8	2,387.8	2,078.5	626.5	4,730
Микробиологические заболевания через пищу	30.1	43.6	16.1	50.8	61.2
ДТП с травмой	41.7	26.6	22.8	28	38.6
Профессиональные травмы	2.7	11.1	1.7	0.5	1.9
<b>Вода и санитария (%)</b>					
Домохозяйства с водоснабжением	84.2	95.3	65.5	73.7	88.7
Домохозяйства без водоснабжения	60.0	66.6	50.8	16.4	48.4
Количество вызовов машины скорой помощи (на 100 нас)	21.4	3.1	16.3	12.6	23.3
Номер терапевтов (на 100 000 нас)	74.9	79.0	100.3	62.0	62.1
Средняя длина пребывания (дни)	10.6	9.6	9.4	11.8	10.2
Показатель фертильности (на женщин репр.возраста)	2.36	2.27	2.19	2.34	2.28
Количество аборт (на 1 000 живых рождений)	91.3	112.1	50.4	55.3	87.0

Примечание: СПС - стандартизированный показатель смертности.

Источник: Госкомитет Республики Узбекистана по Статистике (2006)  
Здравоохранение в Узбекистане: Факты и Числа

## 7-3 Обзор в Бухарской области

### 7-3-1 Общие данные

Бухарская область находится на юге от Навоийской области. Согласно данным, представленным областным управлением здравоохранения, население области составляет – 1 535 тысяч человек и плотность населения 38 человек на 1 км<sup>2</sup>. Основываясь на Мировом Культурном Наследии, туризм - главный источник доходов в области так же как сельское хозяйство и обработка сельскохозяйственных изделий.

В области 11 районов. До передела границ области непосредственно перед обретением независимости Узбекистана от советского режима с 1989 до 1992, город Навои был частью Бухарской области.

## 7-3-2 Основные результаты

### (1) Состояние здравоохранения и здоровья населения в Бухарской области

Общее количество больничных коек - – 6 537, и в областной больнице - 450 коек. Общее количество экстренных коек в области – 578, в областном филиале 255 и остальные 323 коек в ЦРБ. В каждой ЦРБ – от 30 до 60 экстренных коек согласно количеству населения района. Средняя длина пребывания в экстренном отделении составляет 6-5 дней, согласно стандартам экстренной помощи. После того, как состояние пациентов улучшилось, они переводятся в обычные отделения областной больницы или ЦРБ.

В области есть 16 различных областных диспансеров: психиатрический (270 коек), наркологический (80), кардиологический (90), онкологический (100), туберкулезный (300), эндокринологический (120), дерматологический (120) или педиатрическая реабилитация (70). Администраторы здравоохранения рассматривают возможность слияния этих диспансеров или уменьшения числа коек. Таким образом, они пробуют оптимизировать использование коек и уменьшить административные расходы, также гарантировать, что некоторые из областных диспансеров будут вводить платные услуги.

Бухарский Медицинский Институт была организован 10 лет назад. Большинство докторов, работающих в области, окончили институт в Самарканде или Ташкенте.

Общие причины смертности в Бухарской области – заболевания сердца (52%), респираторные заболевания(8 %), злокачественные новообразования (7.5 %), несчастные случаи, включая отравления и утопление (5.5 %), и другие причины (19 %).

### (2) Финансирование

Часть самофинансирования пациентами будет далее увеличена в будущем 5 лет. Эта политика была введена Указом Президента, и в этом году - 7-ой год. Заключительной целью является установление бюджета здравоохранения в 2010 году 50 % от неправительственных источников и 50 % от правительственного бюджета. Больницы, которые предлагают медицинское обслуживание пациентам, освобожденных от оплаты, не оказывают платные услуги вообще. Следующие категории пациентов, освобождены от оплаты: дети младше 14 лет, нуждающиеся в экстренной помощи, акушерской, онкологической помощи, туберкулезные, психиатрические пациенты, пациенты с пересаженными почками и сердечными клапанами, инвалиды I – II группы. Также в 2009 областная больница откроет специальные отделения для пожилых, одиноких и инвалидов, для обеспечения продолжения бесплатного лечения.

Другие пациенты получают платные медицинские услуги. Доход будет состоять из платы пользователей, арендной платы, пожертвование спонсорами, и т.д.

В этом году общая сумма бюджета здравоохранения области - 36, 620 миллионов сумм, и это составляет 18 % валового внутреннего продукта области. Пропорция платных услуг - 6.1 % полного бюджета системы здоровья области.

Бюджет областной больницы ассигнован из общего областного бюджета. В течение прошлых двух лет больница получала средства согласно пролеченным случаям. В прошлом году сумма для каждого случая была 14 500 сум, в этом году – 19,000 Сум/пациента. С этого года бюджет больниц/диспансеров области сформирован согласно их запросу (согласно количеству потраченных денег в предыдущем году). Количество фактического распределения бюджета будет решено Министерством финансов, и деньги будут непосредственно переданы из казны области на банковский счет каждой больницы.

Бюджет для ЦРБ и учреждений ПМСП (СВП) ассигнован каждым районом. Механизм финансирования для первичного здравоохранения (СВП) преобразован. В прошлом году бюджет на душу населения был только применен в 4 районах (131 СВП), и составил 3 663 сум/ на человека. В этом году другие 7 районов (332 СВП) переходят к по-душевому финансированию, и количество (=4 857 сум/человек) рассчитано согласно количеству, обслуживаемого населения.

### (3) Направление

В то время как Навоийская область прежде была в составе Бухарской области, 30-35 % пациентов в областных больницах/диспансерах были из Навои. Однако, после отделения, ограниченное число навоийцев приезжает на лечение в Бухару. Исключительно, пациенты с психиатрическими, наркологическими и эндокринными проблемами чаще едут в диспансеры, расположенные в Бухаре. Эндокринологический диспансер в Навои не имеет стационарного отделения.

### (4) Бухарский филиал РНЦЭМП

Филиал Центра был преобразован из прежней Городской Больницы Бухары в 2000 году. Они закрыли не экстренные отделения как родильное, онкологию, детскую хирургическое, и перевели: токсикологию, экстренное детское/младенческую хирургию новорождённых из областной больницы. Врачи были приглашены на работу через рекламные объявления о наборе в штат, проведенные в пределах области.

Утопление - одна из важных причин смертных случаев детства. Большинство жертв тонет в оросительных каналах в сельских районах, и пиковый возраст 6-7 лет и старше.

Большинство пациентов центра - не из отдаленной местности, а из города Бухары, потому что экстренные случаи в сельских районах главным образом лечатся в ЦРБ. Среднее пребывание пациентов в центре должно быть четыре или, пять дней, однако слишком серьезному пациенту, который будет переведен в другие больницы, разрешают остаться в течение месяца, и это зависит от улучшения состояния больного.

#### (5) Бухарский Областной Диагностический Центр

Центр было восстановлен и открыт в прошлом году. Здание было построено правительством области, доктора были приняты через общественное объявление, оборудование было пожертвовано местными частными компаниями и Арабскими Эмиратами, и реактивы куплены на деньги, собранные от пользователей. Правительство области (*Хокимият*) установило специальный фонд для поддержки системы здравоохранения и развития. Фабрики области и заводы передают некоторую часть их прибыли в этот фонд. В этом году здание нового дома родильного дома был начат в отдаленном районе, финансируемый этим фондом. Этот механизм похож на общественно- частное (социальное) сотрудничество.

Установленное оборудование - западных изготовителей. Есть два ультразвуковых сканнера; один- цветной доплер, главным образом используемый для кардиологической диагностики, и другой - обыкновенный, главным образом используемый для общей и гинекологической диагностики. В центре можно произвести диагностику любого органа. Плата за услугу между 3,000 - 4,000 сумм в зависимости от исследования. Компьютерный томограф был куплен 3 года назад и передан Центру после открытия, плата за исследование согласно виду от 28,000 до 35,000 сум.

Диагностический Центр заключил контракты технического обслуживания с дилерами изготовителей в Ташкенте. Инженеров посылают в центр для проверки и базисного обслуживания оборудования каждые два месяца. Когда оборудование нуждается в починке, техническое обслуживание проводится бесплатно, но центр должен заплатить за запасные части.

### 7-4 7-4 Обзор в Республике Каракалпакстан

#### 7-4-1 Общая информация

Республика Каракалпакстан - национальная административная единица Республики Узбекистана. Она граничит с Республикой Казахстана на севере, с Республикой Туркмении на юге, с Хорезмской областью на юго-востоке, и с Навоийской областью на северо-востоке. Она была установлена в 1924 как национальная административная

единица с двумя городами и 14 районами. Среди всего населения, дети в возрасте 1 - 5 - 32.9 % (5 213 200), 15-17 лет - 7.7 % (122 100), и женщины - 49.9 %, пожилые в возрасте 55-60 лет - 6.2% . 51.5 % их живет в сельских районах. Каракалпакстан - вторая самая малонаселенное место (9.5/км<sup>2</sup>) после Навоийской области, так как 70 % территории (166.6 км<sup>2</sup>) - пустыня.

Орошаемая область - 625,000 гектаров, и ее источник орошения - река Амударья. Сельское хозяйство специализировано на производстве хлопка, риса, садоводческих зерновых культур, овощей, и домашнего скота, которые являются главным источником экономического развития. Уровень жизни населения - главным образом зависит от производства сельскохозяйственных изделий, горной промышленности природных ресурсов и их частичной обработки. Поэтому, экономический статус населения довольно низок: региональный валовой продукт был 211 502 в 2004, и 1 048.2 на 100,000 населения получали социальные пособия.

Климат - сухой, остро континентальный, летняя температура - 40-45 С с маленьким количеством осадков, зима холодная, с сухими ветрами. Помимо серьезных климатических условий, население Каракалпакстан постоянно сталкивается с отрицательным воздействием экологических изменений, вызванных высыханием Аральского моря. Низкое качество питьевой воды, недостаточное проведение населению питьевой воды, вместе с вышеупомянутыми экологическими факторами имеет отрицательные воздействия на здоровье жителей республики.

#### 7-4-2 Основные Результаты

##### (1) Состояние здравоохранения и здоровья населения в Каракалпакстане

Пятью основными причинами заболеваемости в Республике Каракалпакстан являются заболевания крови и кроветворных органов (38.7 % всех причин), заболевания органов дыхания(19.8 %), эндокринные болезни, сердечно-сосудистые и мочеполовые заболевания

По сравнению с другими областями, туберкулез - весьма серьезное положение в сравнении с другими областями, особенно в районах окружающих Аральское море. Показатель заболеваемости анемии больше национальных показателей в два раза.

Из-за экологического кризиса Аральского моря, Республика Каракалпакстан получила наибольшую внешнюю помощь в Узбекистане с 2000 до 2006 год: 15 303 776 американских долларов (USD) грантами и технической помощью (22.5 % общего количества) и 6 554 034 американских долларов ссудами и гарантиями (9.8 %).

##### (2) Система здравоохранения

В Республике Каракалпакстан, 21 республиканских лечебных учреждения третичного уровня, 5 КВД и 9 туберкулезных диспансера, включая один третичного уровня, 14

ЦРБ, 8 СУБ, 166 СВП, 4 ГВП/МВП (городские первичные учреждения) и 189 ФАП на июнь 2007.

В отдаленных районах, первичные услуги здравоохранения предоставлены СВП, СУБ, квалифицированные медицинские услуги предоставлены ЦРБ и диспансерами. Чтобы ассигновать достаточный штат и бюджет, 86 ФАП будут оставлены после реформы сектора здоровья.

Скорая (экстренная) помощь предоставлена станцией скорой помощи в Нукусе, который является отделом центра экстренной помощи и 15 экстренных отделений в сельских административных районах, которые расположены в ЦРБ каждого района. Среди них, четыре ЦРБ были модернизированы, чтобы обеспечить экстренную помощь, включая санитарную авиацию для отдаленных мест.

Санитарная авиация предоставлена Экстренным Центром. Медицинский персонал можно послать из обоих Нукуса (республиканский уровень) и самый близкого ЦРБ, особенно их вышеупомянутых четырех усиленных ЦРБ. Обычно, ЦРБ может обеспечить необходимые услуги, и несколько случаев переводятся в республиканские учреждения и/или Ташкент. В южной части Каракалпакстана, экстренные пациенты иногда направляются в Ургенч, Хорезмскую область, потому что это ближе чем Нукус.

### (3) Финансирование здравоохранения

19 % республиканского бюджета ассигновано для сектора здравоохранения, то есть, 27, 552 миллионов сум. Стоимость услуг здравоохранения - больше чем ассигнованное количество. Большее количество фондов выделено из местного бюджета, и также от фондов, полученных при оказании платных услуг, пожертвований, и гуманитарной помощи. Семь республиканских ЛПУ начали смешанное финансирование (вводя платные услуги с 1996, и 20 % полного дохода заработано платными услугами).

Лечебные учреждения уровня района финансируются из местных бюджетов. Начинаясь с 2004, в проектах “Здоровье 1” и “Здоровье 2”, учреждения ПМСП в экспериментальных районах были финансированы республиканским бюджетом, и это финансирование было закончено в 2007.

На уровне ЦРБ, медицинские обследования обычного населения платные, и 5 ЦРБ также ввели платное стационарное лечение. Первоначально, эти платные услуги были введены также в СУБ, но это было остановлено из-за неблагоприятного баланса дохода и расхода.

## 7-5 Обзор в Ферганской области

### 7-5-1 Общая информация

Ферганская Область расположена к юго-востоку от Ташкента. Это - одна из самых густонаселенных областей вместе с соседними Андижаном и Наманганом, с населением плотностью 431.5 человек на км<sup>2</sup> в Фергане, 567.1/ км<sup>2</sup> в Андижане и 285.1/ км<sup>2</sup> в Намангане. Совсем не похожая на Навои, это из самых маленьких и густонаселенных областей с населением 2,9 миллиона. 70 % людей живут в сельской местности.

Она состоит из 4 городов (Фергана, Коканд, Маргилан и Куvasай) и 15 районов. Сельское хозяйство, завод по очистке нефти и производство удобрений и цемента являются главными отраслями промышленности области, но много людей в производительном возрасте временно мигрируют для работы вне Ферганы.

### 7-5-2 Основные результаты

#### (1) Состояние здоровья в Ферганской области

В Ферганской Области, структура заболеваемости такая же, как в Навои. Главные болезни – болезни органов дыхания, железодефицитная анемия и зоб (дефицит йода), в то время как главные причины смертных случаев - сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания и травмы.

Всего 16 больниц/диспансеров/центров и 8 Санаториев функционируют как учреждения областного (третичного) уровня. Как вторичные лечебные учреждения, в городах есть несколько городских больниц, как клиническая, детская, родильный дом и инфекционных больницы, в то время как Центральные Районные Больницы размещены в каждом районе. Кроме того, в области.есть 293 СВП.

В Ферганской области работает 6 173 врачей и 32 759 средних медицинских работников. В 2006 было 21.16 врачей и 112.28 медсестер на 10,000 населения, в то время как в Навои это составляет 18.85 и 91.69 соответственно.

#### (2) Реформа системы здравоохранения в Ферганской области

Реформа услуг здравоохранения в Ферганской Области была начата в 1999 в рамках проекта Здоровья 1, Всемирного Банка. Проект состоял из следующих трех компонентов:

##### (i) Укрепление лечебных учреждений и медицинского оборудования

В Ферганской Области, полностью 214 СВП и 16 лабораторий ЦРБ были полностью переоборудованы с 1999 до 2004.



(ii) Обучение сотрудников ПМСП

Приблизительно 400 врачей и 210 медсестер, работающих в СВП, были обучены как врачи общей практики и универсальные медсестры, при техническом содействии USAID , и некоторые врачи и медсестры были посланы в Эстонию и Израилью для обучения.

(iii) Укрепление финансирования

В ходе реформы, СВП был предоставлен юридический статус и отдельные банковские счета в банке и прикреплены финансовые менеджеры. Кроме того, ассигнование бюджетов для СВП было передано из районов в область и основано на по душевом финансировании. Следовательно, доля расхода для СВП увеличилась с 13.6 % в 1999 к 24.3 % в 2003, и его количество также увеличилось с 367 сум в 1999 до 1 615 сум в 2003 на душу населения.

Выполнение Проект «Здоровье 1» в Ферганской Области внесло вклад в повышения использования СВП населением на 15-20 %.

В рамках следующего Проекта «Здоровья 2», начатого с 2006 при поддержке Всемирного Банка и Азиатского Банка Развития, несколько отдельных поликлиник для взрослых и детей в городах объединены в единые семейные поликлиники. В Ферганской Области были пока учреждены 7 семейных поликлиник. Их штат активно проводит патронаж семей, и это позволяет им связаться больше с населением, обслуживаемым поликлиниками.

Согласно Первому Заместителю Начальника Областного Управления здравоохранения, план реформы подсектора больниц - в настоящее время в процессе подготовки. Облздрав намеревается начать реформу с 2008 года.

(3) Введение Электронной системы медицинской документации в областном филиале РНЦЭМП

Ферганский филиал РНЦЭМП был учрежден в 2000, как первый областной филиал Центра, после Президентского Указа № 2107 от 1998 года. В филиале 360 коек и 18 отделений, включая кардиологию, травматологию, детская хирургия, нейрохирургию и ожоговое отделение. Здание принадлежало прежней областной больнице, и часть штата была недавно отобрана, учитывая опыт по экстренной медицине и результаты экзамена. Медицинское оборудование был приобретен через кредит Исламского Банка Развития.

Один из замечательных результатов - экспериментальное введение электронной системы медицинской документации "EXTERNET". Это позволяет Центру иметь историю определенных пациентов (назначенные лекарства, результаты лабораторных испытаний, и т.д.), ежедневное число пациентов по отделениям, и также стоимость

для лекарств, используемых для каждого пациента. Есть все еще некоторые места, которые будут улучшены, но сама система прекрасна. Это будет вести к вычислению общих стоимостей лечения о каждого пациента, способствуя стандартизации медицинского вмешательств.

#### (4) Финансы областной больницы

Областная клиническая больница была перемещена после учреждения Ферганского филиала РНЦЭМП. Официально она имеет 320 коек и 12 отделений, включая пульмонологию, гастроэнтерологию, неврологию, гематологию, гнойно-септическое, нейрохирургию, и т.д. Больница обеспечена аппаратом ультразвука, операционными столами и лампами, лабораторным оборудованием, и т.д. через схему малых грантов Правительства Японии в 2006.

В принципе, филиал РНЦЭМП обеспечивает бесплатные услуги только в течение 7 дней. Некоторые из пациентов переводятся из филиала РНЦЭМП после этого, и получают дальше платное лечение.

Фактически областная больница зарабатывает 50 % дохода от пользовательских плат (платных услуг). Этот доход добавляет бюджет для приобретения медикаментов и расходных материалов, дополнительные пособия для штата, обслуживание медицинского оборудования, и т.д.

70 % пациентов прибывают из других городов/районов. Эта больница может концентрироваться на оказании специализированных услуг областного (третичного) уровня из-за существования городских больниц в Фергане, как поставщиков услуг вторичного уровня.

### 7-6 Обсуждение

Этот обзор вел к ответам на следующие вопросы:

- С общенациональной точки зрения, где находится Навоийская область?
- Что общего между Навои и другими областями и Каракалпакстан ом?
- Как отличается Навоийская область от других?
- Что из опыта других областей является полезным для реформы здравоохранения в Навоийской области?

Обзор показывает, что полная ситуация здоровья в Навоийской области - не позади других областей. Как обозначено в Таблице 7-1 и 7-2, главные индикаторы здоровья показывают, общие коэффициенты рождаемости/смертей в Навоийской области- близки к средним национальным показателям, в то время как Показатель смертности детей до 5 лет - выше среднего числа, а материнская смертность - ниже. Тенденции

заболеваемости в этих областях еще один пункт соприкосновения. Сердечные заболевания - главные и общие причины смертных случаев. Высокая заболеваемость анемией характерна для Навоийской, Бухарской областей и Каракалпакстана, в то время как в Навои, Бухаре и Фергане существует проблема зоба. Дорожные происшествия - также общая проблема.

Так как состояние здоровья населения в Бухарской и Ферганской областях и Республике Каракалпакстан немного отличаются от таковых в Навоийской области, нужны меры, специально предпринятые только в Навои.

В Навои нет того, что есть в других областях и Каракалпакстане – областной общей больницы и вторичного учреждения как городской больницы. Фактически, эта общая больница, которая может легко ввести и использовать полноценную схему платных услуг. Клиническая Больница Ферганы получает половину ее бюджета от пациентов, и Бухарское областное управление здравоохранения также устанавливает цель, получать 50 % дохода из неправительственных источников. Поэтому, это отсутствие препятствует НОУЗ получать дополнительные средства для того, чтобы финансировать медицинское обслуживание.

Существование городской больницы позволяет управлению здравоохранения разграничить между вторичным и третичным уровнями более легко. В случае Ферганы 70 % пациентов в областную больницу поступают из районов. Поэтому, может быть замечено, что система направления в Фергане функционирует лучше, чем в Навои.

С точки зрения усиления уровней диагностики, система Областного Диагностического Центра в Бухаре может стать направлением. Однако, само собой разумеется, что эти наборы полезной информации относительно опытов других областей должны использоваться с учётом динамизма третичного уровня и социально-экономического контекста Навоийской области.

#### 7-7 Список Сотрудников/Организаций, проинтервьюированных при проведении обзора

##### (1) Бухарская область

- 1) Областное управление здравоохранения:
- 2) Бухарский филиал РНЦЭМП:
- 3) Бухарский областной диагностический Центр:

##### (2) Республика Каракалпакстан

- 1) Министерство здравоохранения
- 2) Центр Экстренной Медицины
- 3) Республиканская больница

(3) Ферганская область

- 1) Главное Управление Здравоохранения Ферганской Области
- 2) Ферганский областной филиал РНЦЭМП
- 3) Областная клиническая больница
- 4) Ферганское Отделение “Dori-Darmon”
- 5) Семейная поликлиника в Маргилане

## Глава 8 Действия для Усовершенствования Окружающей Среды

### 8-1 Введение

В ходе обзора в Командировке на Объекты 1 (КО-1), Группа Изучения ЛСА нашла важный недостаток дружелюбного отношения к пациентам, который должен был быть обсужден с НОУЗ. Учитывая, что сотрудники НОУЗ также считали, что дружелюбное отношение к пациентам является самой важной основой деятельности здравоохранения, Группа Изучения и НОУЗ решили призвать лечебные учреждения области в ходе КО-1 к введению улучшений. В ответ на это, многие ЛПУ предприняли значительные усилия до КО-2, и некоторые результаты были примечательны. Их положительное отношение будут основой для эффективного выполнения плана действий, для улучшения системы здравоохранения в области. Команда Изучения рекомендует снова ободрение этого дружелюбного отношения к пациентам и преодоления препятствий на пути к этому.

Представляя, что медицинское обслуживание находится в сфере услуг, больницы должны обеспечить лучшие услуги благоприятные пациентам. Для достижения этой цели, необходимо существенно модернизировать клинические услуги и обеспечить хорошее управление больницы. И также важно, поддерживать идеальную чистоту и создавать комфорт для пациентов.

### 8-2 Найденные Проблемы и Рекомендации, сделанные Командой Изучения

Основываясь на наблюдении ЛПУ в КО - 1, Группа Изучения идентифицировала некоторые проблемы, и они могут решаться больницами, предпринимая некоторые добровольные и немедленные действия. Эти два включают: места ожидания пациентов и туалеты. Однако, наблюдение Группа идентифицировала следующие проблемы относительно них:

#### (1) Туалеты

- Большинство туалетов не чистые
- Они не чистятся и не обслуживаются (чинятся) регулярно
- Двери некоторых туалетов сломаны
- Там нет приспособлений для вентиляции

#### (2) Умывальники

- Нет никаких мест, чтобы вымыть руки после использования туалетов

#### (3) Места ожидания пациентов

- Нет мест ожидания для пациентов, перед регистрацией, диагнозом и лабораторным исследованиями
- Нет стульев или скамеек, чтобы сидеть даже если есть некоторые места ожидания

### 8-3 Действия, предпринятые ЛПУ

Команда Изучения полагала, что эти проблемы могут быть решены, если следующие действия добровольно и немедленно предприняты ЛПУ:

#### (1) Туалеты

- Чистить регулярно
- Чинить и обслуживать регулярно
- Починить двери
- Поставить знаки М/Ж
- Улучшить вентиляцию

#### (2) Умывальники

- Установить специальные места для мытья рук около туалетов

#### (3) Места ожидания пациентов

- Поставить если еще нет стулья и скамейки для ожидания и отдыха пациентов

Как показано в Таблице 5-1, полностью 186 лечебных учреждений, включая больницы, диспансеры, центры, поликлиники, СУБ и СВП начали их добровольные действия, в то

**Таблица 8-1: Сводка действий**

Лечебные учреждения	No. Учреждений	Улучшение туалетов			Умывальники			Улучшение мест ожидания пациентов		
		○	△	×	○	△	×	○	△	×
Больницы, СУБ, Диспансеры Профилактический Центр & Центры	46	○	39	84.8%	○	44	95.7%	○	40	87.0%
		△	7	15.2%	△	2	4.3%	△	6	13.0%
		×	0	0.0%	×	0	0.0%	×	0	0.0%
Поликлиники и СВП	140	○	112	80.0%	○	132	94.3%	○	110	78.6%
		△	28	20.0%	△	8	5.7%	△	30	21.4%
		×	0	0.0%	×	0	0.0%	×	0	0.0%
Всего	186	○	151	81.2%	○	176	94.6%	○	150	80.6%
		△	35	18.8%	△	10	5.4%	△	26	19.4%
		×	0	0.0%	×	0	0.0%	×	0	0.0%

Примечание: ○: Закончено □: Продолжается ×: Ещё не начато

Источник: Интервью ответственного из НОУЗ

время как эти рекомендации были сделаны для ЦРБ. В КО-2, предпринятые действия и настоящее состояние было сообщено на ежемесячном совещании главных врачей области.

Действия ЦРБ и их последней ситуацией с июня 2007 были оценены в Таблице 5-2. Фактически, все ЦРБ кроме Нураты и Учкудука сталкиваются с трудностью поставки воды. Думалось, что эта проблема была за пределами их добровольных действий.

**Таблица 8-2: Оценка действий ЦРБ**

ЦРБ	Состояние туалетов	Умывальники	Места ожидания	Комментарии
Нурага	○ ⇒ ○	○ ⇒ ○	○ ⇒ ○	
Учкудук	○ ⇒ ○	○ ⇒ ○	○ ⇒ ○	
Хатирчи	○ ⇒ ○	△ ⇒ ○	△ ⇒ ○	Недостаток (отсутствие) водоснабжения
Навбахор	△ ⇒ ○	△ ⇒ ○	× ⇒ △	Недостаток водоснабжения
Кизилтепа	△ ⇒ ○	△ ⇒ ○	○ ⇒ ○	Недостаток водоснабжения
Кармана	× ⇒ △	× ⇒ △	△ ⇒ ○	Недостаток водоснабжения
Канимех	× ⇒ △	× ⇒ △	△ ⇒ ○	Недостаток водоснабжения, приходит вода 2 часа в день
Томди	× ⇒ △	× ⇒ △	○ ⇒ ○	Отсутствие водоснабжения и сломанная система отопления

Примечание: ○: Хорошо, □: Немного лучше, ×: Плохо [ До предпринятого действия □ После предпринятого действия ]

#### 8-4 Показательные примеры

Некоторые хорошие примеры были подтверждены среди сообщенных действий. В ЦРБ Канимеха были помещены стулья и маленькие умывальники. Чистота его туалетов была бы достаточно хорошим примером для подражания других лечебных учреждений (Рисунок 5-1).



**Рис. 8-1 Положительный пример Канимехский район**

Другие хорошие примеры были найдены в СВП Учкун в Кармане и СВП Лочинов Хатирчинского района, которые улучшили свои туалеты (Рисунок 5-2). Новые подписи для мужчины и женщины были показаны на стене, двери были отремонтированы, были установлены умывальники и

вентиляторы. Септический резервуар был также установлен соответственно. Немного деревьев сделали хорошую тень около туалета, отгородив его от палат.



**Рис. 8-2 Положительные примеры 2 - СВП в Карманеи Хатырчи**

В ЦРБ Кизилтепы также поместили скамьи для пациентов, ждущих консультации. СВП по имени Тавоис в Кизилтепе улучшил состояние туалетов с помещением надписей, размещение рукомойников и вентиляторов (Рисунок 5-3).



**Рис. 8-3 Положительный пример 3 – Кизилтепинский район**



## 8-5 Обсуждение

Инициатива для экологического усовершенствования была приведена в действие двумя факторами: (i) идентификацией Группой Изучения проблем, которые решаемы быстрыми и добровольными действиями лечебных учреждений; и пониманием НОУЗ, что накопление маленьких усовершенствований может превратиться в большое усовершенствование и важно отношение, что учреждения и люди могут предпринять немедленные действия. Группа Изучения настоятельно признает, что чистота имеет первоначальное значение для помещений, служащих для здоровья людей и основа для хорошего отношения к пациентам. С другой стороны, лечебные учреждения в Навои также уже сделали некоторые достижения таких усовершенствований для себя, например ЦРБ Канмеха добровольно отремонтировал этаж отделения хирургии, и ЦРБ Нураты установила места ожидания для пациентов и их семей, где не холодно зимой. Именно, поэтому Группа Изучения решила призвать к действиям.

Действия, о которых сообщает НОУЗ были вне ожидания Группы Изучения. Хотя Команда Изучения указала, что эти проблемы только в ЦРБ, НОУЗ приказало всем ЛПУ, включая СВП, предпринять действия. В результате, больше, чем 180 учреждений включились в акцию.

Однако, инициатива – это не проект, но набор непрерывных действий для чистоты и к дружелюбному отношению к пациентам. Более важно продолжить эти действия и делать следующий шаг для усовершенствования. Например, всякий раз, когда сломались стулья, скамьи и двери, им советуют восстановить быстро. Кроме того, Группа Изучения нашла, что в некоторых учреждениях с водопроводом имели утечку воды. Это необходимо остановить.

Даже в этом случае, есть некоторые проблемы, где решения - вне добровольных усилий персонала или учреждений: например водоснабжение . В этих случаях, это необходимо НОУЗ и областной хокимият должны поддержать усовершенствования.

**ЧАСТЬ III**  
**БАЗОВАЯ СТРАТЕГИЯ И**  
**КОМПОНЕНТЫ**

### **ЧАСТЬ III. Базовая стратегия и предложенные программы**

Ниже в Части III, обсуждаются основные вопросы, ждущие решения, принципы стратегии, и идеи оптимизации третичной помощи в области, обсуждается базовая стратегия усовершенствования услуг здравоохранения в Навоийской области.

Различные проблемы, выявленные в ходе соответствующих исследований базового изучения и описанные в Части II, были тщательно изучены, учитывая также исторические и социально-культурные истоки. Следовательно, проблемы были классифицированы как вопросы, которые будут решены в рамках будущего реформирования здравоохранения, как описано в 9-1, Главы 9. Узбекистан стоит на пороге «эпидемиологического перехода», и система здравоохранения страны должна быть преобразована в современную систему, которая может ответить изменяющимся требованиям здравоохранения. Итак, каким образом происходит изменения спроса? Ситуацию здравоохранения в Узбекистане в будущем трудно прогнозировать только на основе интерпретации настоящей ситуации в стране. Поэтому, опыт Японии, прецеденты изменения структуры болезней и его последствия приведены в пункте 9-2, Главы 9. К тому же, тенденция расходов на здравоохранение в Узбекистане прогнозируется на основе данных прошедших лет в пункте 9-3, в частности из-за того, что государственные расходы на здравоохранение непременно станут важным фактором или показателем деятельности здравоохранения в то время, когда Узбекистан проводит и ускоряет реформы здравоохранения.

Затронутые вопросы, приведенные в пункте 9-1, рассмотрены на фоне новой политики реформирования здравоохранения в пункте 10-2, Главы 10, и затем в пункте 10-2 следует объяснить базовую стратегию, которая состоит из 5 аспектов. % аспектов являются основными принципами усовершенствования услуг здравоохранения в Навоийской области, и несмотря на адресуемые проблемы, должен быть достигнут соответствующий баланс между этими аспектами. Например, расширение третичной медицинской помощи очень сильно востребовано в Навоийской области, где растет важность неинфекционных заболеваний (НИЗ) и система здравоохранения должна охватить НИЗ также как и инфекционных заболеваний, заболеваний материнства и детства. НИЗ невозможно лечить только стационарным путем в ЛПУ третичного звена, так как они прогрессируют хронически, требуют своевременного обнаружения и долгосрочного наблюдения в ЛПУ первичного и третичного звена. Следовательно, как описано в пункте 10-3, согласно позиции в иерархии системы здравоохранения, в каждом ЛПУ должны быть развиты навыки персонала и модернизировано оборудование. Существует много заболеваний, классифицируемые как НИЗ и охватываемые государственными учреждениями здравоохранения. Очень рекомендуется назначение приоритетов службам здравоохранения самых общераспространенных болезней, как показано в пункте 10-4, эффективное лечение которых уже хорошо налажено.

Система третичной медицинской помощи должна быть обновлена и поддержана эффективным способом. Иначе будет невозможно выделить достаточно бюджетных средств для содержания районной системы здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, учреждений отдаленных районов и программ по профилактике. В этом контексте, предлагается три варианта, и подход к оптимизации системы третичной медицинской помощи в Навоийской области был выбран в Главе 11.

## **Глава 9 Затронутые проблемы**

### **9-1 Краткая идентификация проблем**

Узбекистан унаследовал систему здравоохранения бывшего Советского Союза. Сеть лечебных учреждений была основана на административном подразделении, иерархии и нормах. Система была, главным образом, нацелена на борьбу с инфекционными болезнями; включая их предотвращение, контроль эпидемий, и изоляцию и стационарное лечение пациентов. Система достигла довольно хороших результатов, и преждевременная смерть от инфекционных заболеваний была эффективно уменьшена. В настоящее время большинство населения Узбекистана живет дольше. Государственная статистика здравоохранения показывает, что заболевания сердца являются главной причиной случаев смерти. Обзор случаев смерти, выполненный как компонент Изучения доказал, что неинфекционные заболевания (НИЗ) являются, в подавляющем большинстве, причиной госпитальной летальности в области. В обозримом будущем заболеваемость и смертность населения от неинфекционных заболеваний увеличатся дальше, в связи со старением населения. Как описано в части 9-2, многие страны, включая Японию, уже испытали подобное изменение структуры заболеваемости (эпидемиологический переход) после Второй Мировой Войны.

Основываясь на общем понимании демографической тенденции, изменения структуры заболеваемости, результатов основных компонентов Изучения, были проведены открытые обсуждения между Министерством здравоохранения, Навоийским областным управлением здравоохранения (НОУЗ), другими заинтересованными сторонами и Группой Изучения. В течение ряда семинаров, проведенных в Навои и Ташкенте, все активно участвовали в обсуждении и определении проблем регионального здравоохранения, на уровне политики здравоохранения, и анализировали причинно-следственные связи между проблемами. Подробная информация о проведенных семинаров включены в Приложение 3. Проблемы,, которые были определены, проанализированы и изучены в данном Изучении, подытожены следующим образом.

- (1) Улучшенные услуги первичного здравоохранения (ПМСП) должны проводиться на должном уровне

Проект НОРЕ, международная неправительственная организация, совместно с НОУЗ реализовала комплексную программу «Повышение качества услуг по выживанию детей и охране материнства» в некоторых районах Навои. Этот проект ставил задачу повышения знания, практических навыков, и поведения медицинских сотрудников, и также целевого населения. Несколько протоколов на местном и национальном уровне были подготовлены для поддержки охраны здоровья матерей и новорожденных, планирования семьи, и Интегрированного Ведения Болезней Детского Возраста (ИВБДВ). Были подготовлены и проведены тренинги для медицинских работников, включая патронажных сестер, по следующим направлениям: контроль диареи и ОРИ/пневмонии, питание детей, пропаганде грудного вскармливания, уходу за матерями/новорожденными, и планированию семьи. Проект сделал вклад в улучшение уровня первичного здравоохранения через проведение различных тренингов, включая улучшение навыков патронажных сестер и их мотивации.

Проект будет завершен скоро, и затем как первый шаг, деятельности проекта должны быть продолжены со стороны НОУЗ и конституированы в систему здравоохранения Навоийской области. Вторым шагом должно быть распространение достижений проекта по всей республике. Для этого требуется усилие со стороны Министерства здравоохранения.

Роль ПМСП не ограничивается продвижением охраны здоровья матерей и детей. Как описано ниже, потенциал ПМСП должен быть направлен на изменение поведения людей по профилактике болезней, раннее обнаружение и наблюдение за неинфекционными заболеваниями.

- (2) Профилактическая деятельность пока еще не адаптирована на эпидемиологический переход

Ранее упомянутый Проект «За выживание детей» не затрагивал вопросы профилактики НИЗ среди взрослых. Сейчас люди не проходят профилактические медицинские осмотры так регулярно, как в советское время. В настоящее время у них нет достаточной мотивации, чтобы предотвращать будущие болезни, из-за их образа жизни, и частично, потому что медицинские работники не в состоянии снабдить общее население адекватной информацией относительно профилактики заболеваний и здорового образа жизни. Диетотерапия все же должна серьезно учитываться в ведении больных с неинфекционными заболеваниями или в группах риска на эти заболевания, учитывая высокую затрато-эффективность этой меры в ведении больных и предотвращении хронических заболеваний. Деятельность первичного звена частично не соответствует еще потребности в профилактике хронических заболеваний, несмотря на то, что медицинские работники на этом уровне активно занимаются профилактической деятельностью. У медработников нет достаточного доступа к новой медицинской информации и нет эффективных возможностей делиться информацией друг с другом.

(3) Лечебная помощь не адаптирована на эпидемиологический переход

НОУЗ за последние пять лет увеличивал свой бюджет. Однако, средства полностью распределялись на увеличение заработной платы медицинских работников (см. Главу 4). Как объяснено в следующей части, развивающиеся страны испытали резкое увеличение расходов на здравоохранение, которое приходилось на лечение НИЗ. Узбекистан испытает подобный сценарий в следующие десятилетия, однако, настоящая тенденция роста расходов не сможет адресовать изменяющиеся потребности здравоохранения.

Медицинское оборудование не размещено рационально, и не обслуживается должным образом. Когда лечение инфекционных болезней были главным направлением медицинской практики, лечебные учреждения требовали минимального медицинского оборудования. Хотя прогресс медицинской науки требует более совершенной диагностической и лечебной аппаратуры, ограниченный бюджет здравоохранения препятствует большинству ЛПУ заменять их устаревшее оборудование и приобретать современное дорогое оборудование, способное ввести новшества в ведение пациентов. Исключением были областная детская больница, областной родильный дом и ЦРБ Хатирчи, в прошлом получившее оборудование по гранту Правительства Японии, и ЦРБ Нурагинского района, получившая оборудование от финского донора. Экстренное отделение каждого ЦРБ и областной филиал РНЦЭМП получают оборудование согласно Национальной Программе Реформирования Здравоохранения. Однако эти лечебные учреждения страдают от нехватки бюджета на техническое обслуживание оборудования. В результате, некоторые машины не могут быть полностью использованы из-за нехватки реактивов или расходных материалов, и другие не могут быть восстановлены, потому что запасные части были слишком дороги или потому что фирма-изготовитель прекратила поставлять запасные части и само оборудование. Даже имеющееся оборудование иногда полностью не используется из-за недостаточного обучения персонала по правильному использованию или ежедневному обслуживанию аппаратуры.

Диагностика и лечение неинфекционных заболеваний не модернизированы.. Клинические руководства по диагностике и лечению неинфекционных заболеваний находятся в стадии разработки по инициативе Министерства здравоохранения. Как упомянуто выше, оборудование, используемое в ЛПУ не стандартизировано; некоторые ЦРБ оборудованы современной диагностической аппаратурой, но не все. В такой ситуации, невозможно следовать за национальными руководствами и стандартизировать медицинское обслуживание, оказываемое различными ЦРБ. Фактически, лучшие ЦРБ оказывают услуги равные таковым, оказываемым на уровне области (см. Главу 4 и 5). Это главная причина, почему пациенты редко обращаются в областные учреждения. В настоящее время обмен знаниями, опытом и информацией о пациентах между лечебными учреждениями не систематизировано на должном уровне. Специалисты,

работающие в различных диспансерах или отделах, могли бы лучше сотрудничать друг с другом даже в данных условиях при попытке. Однако, пока областная многопрофильная больница не создана, врачам трудно оказывать и пациентам соответственно трудно получать интегрированную помощь. Даже после того, как различные специалисты начнут работать под одной крышей, будет очень трудно обеспечить объединенные услуги различными специалистами без вмешательства опытных терапевтов-универсалов (общих врачей), которые должны интегрировать соответствующих специалистов.

(4) Неоптимальные услуги здравоохранения на районном и областном уровне в Навоийской области

Недостаток финансов является самым большим фактором, препятствующим ЛПУ модернизировать свою деятельность. Схема платных услуг должна стать дополнительным источником дохода, и областная многопрофильная больница является учреждением, где легче возможно ввести данную схему. Кроме того, в Навои нет областной многопрофильной больницы и это резко отличает данную область от других. В результате, областной филиал РНЦЭМП вынужден принимать экстренных и неэкстренных пациентов, оказывая бесплатную помощь каждому, независимо входит ли пациент в категорию больных с социально-значимой болезнью, освобожденных от оплаты или нет.

Специализированная медицинская помощь фрагментирована, и в г. Навои и Кармане имеется десять или больше специализированных больниц и диспансеров. Они, главным образом, обслуживают категории больных, освобожденных от оплаты: детей, больных туберкулезом, пациентов с инфекциями передаваемыми половым путем или другими инфекционными заболеваниями, больных с наркоманией, с эндокринными проблемами, психиатрическими болезнями, и другими. Таким образом, каждое областное лечебное учреждение, кроме офтальмологической больницы, полностью зависит от бюджета области. Стоимость управления нескольких ЛПУ может быть намного выше, чем стоимость управления одной хорошо интегрированной многопрофильной больницы.

В больницах районного уровня, ЦРБ, были основаны экстренные отделения. В них есть свои приемные отделения, хирургические, терапевтические и педиатрические койки (по 10 коек обычно). Это создает отдельные больничные подразделения внутри ЦРБ, и это неэффективно с точки зрения больничного управления ( Окончательный Отчёт Генерального плана по реструктуризации системы здравоохранения и медицины в Узбекистане, ЛСА). Со стороны ведения пациентов, как показано в Главе 4, очень мало пациентов были направлены в другие учреждения с такими основными заболеваниями, как сердечные заболевания, инсульты, травмы головы, пневмонии у детей или при аномалиях родовой деятельности. ЦРБ в основном справляются с тяжелыми случаями сами, используя иногда услуги санитарной авиации.

Помещения лечебных учреждений не планированы и не содержатся на должном уровне. Лечебные учреждения являются местом проведения медицинской помощи, но их дизайн не всегда дружелюбен пациентам. Если планирование помещений в больницах не рационально, пациенты и персонал должны преодолевать длинные расстояния для проведения необходимых исследований. В большинстве ЦРБ и СВП санузлы расположены вне основного здания, и находятся в неадекватных гигиенических условиях. Также, как и в случае с медицинским оборудованием, бюджет на содержание недостаточен для поддержания помещений. Если в лечебном учреждении отсутствует базовая инфраструктура, такая как водоснабжение, канализация или электричество, проблема не может быть решена на уровне главного врача.

Оказание качественной медицинской помощи пациентам с неинфекционными заболеваниями является проблематичным в такой ситуации.

(5) Существование отдаленных мест

Навоийская область – это самая большая, и наиболее малонаселенная область в Узбекистане, в которой есть серьезные различия между городскими и отдаленными районами. Почти 80 % людей живут в г. Навои и районах по автодороге М37, которая соединяет Самарканд и Бухару, через Карману. Оставшееся население рассеяно в степи в Томди или Учкудуке, в районах на расстоянии в 300–400 км от столицы области. В таких отдаленных районах, транспортировка экстренных пациентов в Навои – не реалистичное решение, и таким образом, те районы должны иметь полуавтономную систему здравоохранения, охватывающую первичный, вторичный уровень и, для некоторых заболеваний, услуги более высокого уровня. Государство выделяет ЛПУ стандартные транспортные средства и ГСМ согласно количеству населения независимо от размера обслуживаемой территории или расстояния, которое медицинские работники или пациенты должны преодолевать. Эта норма распределения транспорта и ГСМ невыгодна для отдаленных районов. Даже если у ЛПУ есть старые транспортные средства, обычно у них нет достаточно средств, чтобы отремонтировать и использовать машины снова. Кроме того, ЛПУ некоторых отдаленных районов не имеют телефонной линии или радио, чтобы связаться с другими. Эта ситуация в отдаленных местах не может привлечь опытных специалистов из городов даже если есть небольшая прибавка к заработной плате.

Самая важная проблема, которая должна быть адресована – доступ к лекарственным средствам в отдаленных местах. Бюджет, распределяемый учреждениям, недостаточен для покрытия требуемых медикаментов, и в этих сельских районах мало или нет никаких обычных аптек. Фактически, люди платят за лекарства и еще за транспорт, чтобы приехать в ЛПУ или частную аптеку, несмотря на то, что там более низкий экономический статус, чем в городе или пригородных районах.



(6) Осведомленность населения

Год от года, люди признают и хотят больше инновационных услуг здравоохранения, и несоответствие между ожиданием людей и действительностью здравоохранения может увеличиваться. Базовое изучение показало, что население хочет обращаться к более квалифицированным врачам по месту жительства. Если дюжина специалистов могла бы быть помещена в каждое сообщество, здравоохранение могло бы стать эффективным, однако этот подход никогда не будет рациональным и устойчивым. Базовое изучение также показало, что недоступность лекарств является основной причиной неудовлетворенности населения существующей государственной системой здравоохранения. Уильям Томпсон описал ситуацию в Российской Федерации также: "высокая доля расхода на лекарственные препараты может также отразить закоренелое культурное ожидание, оставшееся с советского времени, когда любая консультация с врачом заканчивалась получением рецепта." Вообще, такое отношение и поведение в разной мере наблюдаются и в других странах, включая Японию. Назначение пациентам огромного количества лекарств в любых случаях - не всегда предпочтительно. Ограничение лекарственных средств для населения в отдаленных местах, найденное в ходе базового изучения, может также интерпретироваться, как возможность для улучшения социальной осведомленности населения о хорошем здоровье, хотя вопросы доступа к лекарственным средствам в отдаленных местах должны быть адресованы. Фактически, если каждый пациент получает все лекарства при существующих условиях, то лекарства, предназначенные для больниц/СВП Навоийской области недостаточны, и некоторые пациенты могут не получить необходимых медикаментов при серьёзных заболеваниях.

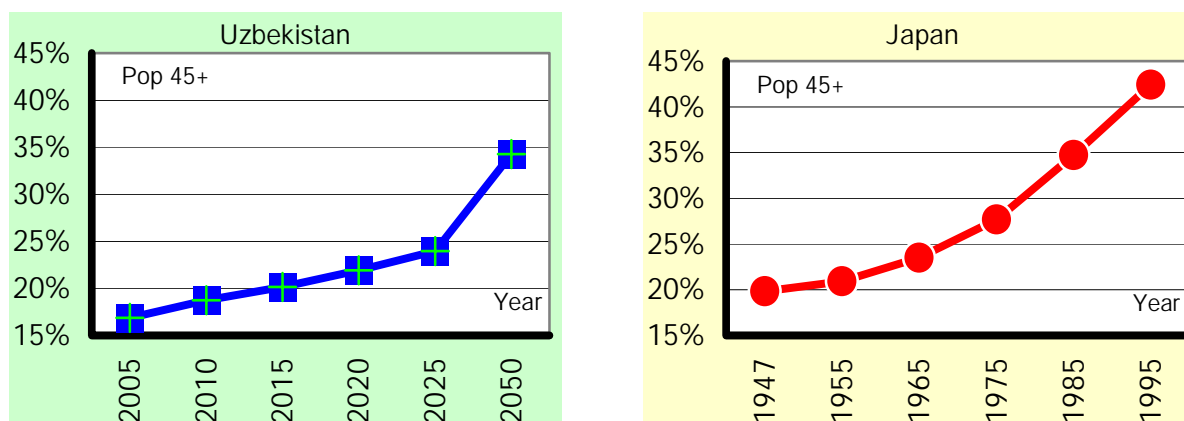
Отношение людей является серьезной проблемой в неэффективности профилактики неинфекционных заболеваний. В ходе изучения были найдены некоторые тенденции среди населения; например, население, особенно в отдаленных местах, не обращается за помощью до того как больной не почувствует себя по-настоящему плохо, или городское население не очень серьезно относится к советам, данным в ходе патронажа. Население должно понять важность здорового образа жизни, раннего выявления неинфекционных заболеваний и профилактики инвалидности. Часть беременных, поздно обращается за акушерской помощью. Было рекомендовано провести исследование деятельности ЛПУ для того чтобы более точно понять причины позднего обращения.

9-2 Изменение структуры заболеваемости и его последствие на расходы системы здравоохранения

Для того, чтобы формулировать базовую стратегию и ее программы для лучшего будущего для всех, необходимо знать будущие перспективы. Поэтому, основываясь на результатах базового изучения и опыта Японии, эта часть описывает прогноз изменения структуры

заболеваемости, как результат старения населения и его влияние на расходы на здравоохранение.

Согласно прогнозу, население Узбекистана начинает стареть. Как видно из рис 9-1, процент населения старше 45 лет начнет увеличиваться год от года:

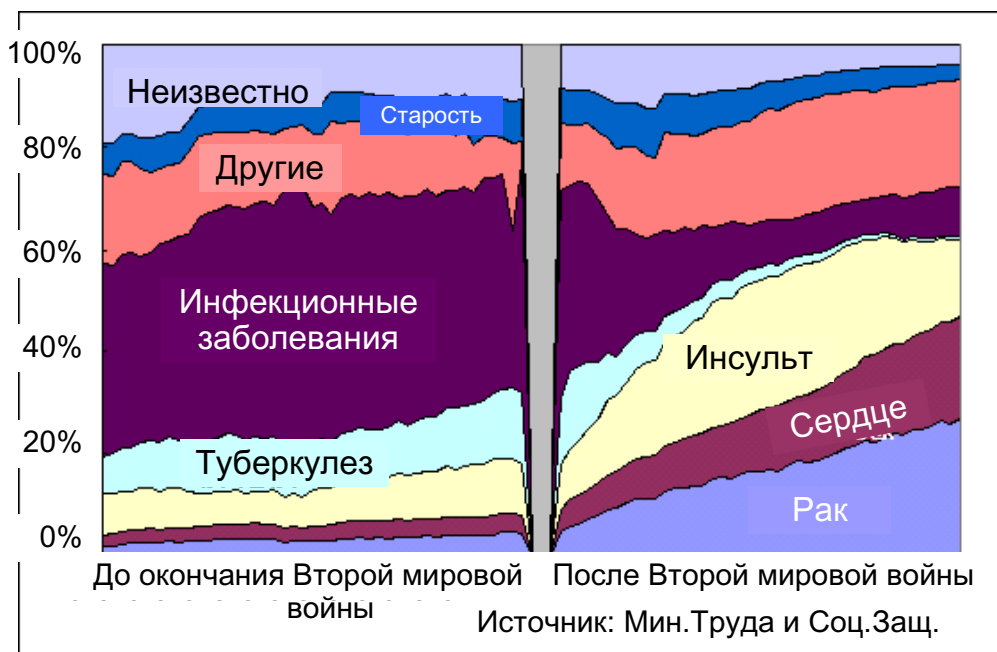


Источник: Госкомстат РУ, и статистическое бюро Министерства Внутренних дел и коммуникаций Японии

**Рис. 9-1: Прогноз увеличения населения старше 45 лет в Узбекистане и Японии**

20.1% в 2015 и 24.0% в 2025. Эта тенденция очень похожа на тенденцию в Японии между 1955 и 1975 годами, так старение населения в Узбекистане происходит на 60 лет позже. Так развитие страны влияет на уменьшение смертности и демографические изменения, и это неизбежно приводит к старению населения, где бы ни было.

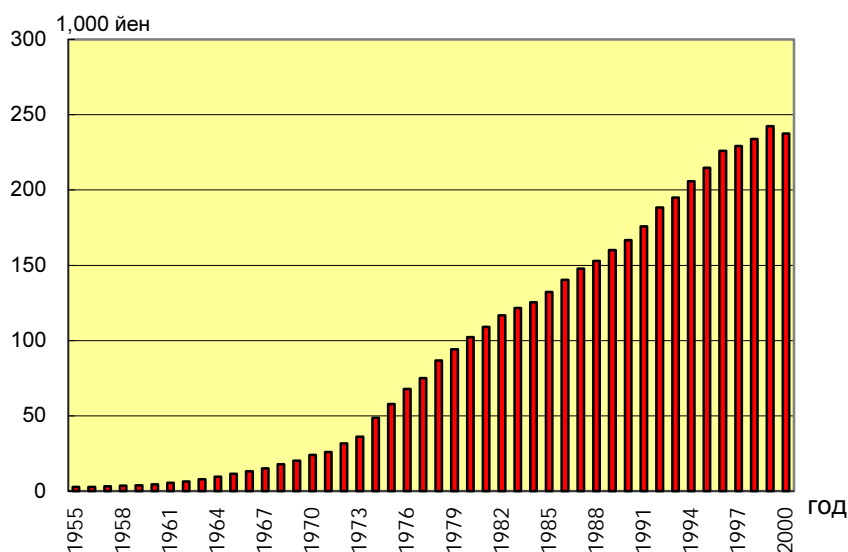
Процесс старения населения всегда включает в себя изменение структуры заболеваемости. Рис. 9-2 показывает изменение временных рядов причин смертности в Японии до и после Второй Мировой Войны. Смертность от туберкулеза и других инфекционных заболеваний резко сократилась после войны, в то время как основными причинами смерти стали инсульты, болезни сердца и злокачественные новообразования. Согласно Министерству здравоохранения, труда и социальной защиты Японии, показатель смертности от туберкулеза на 100 000 населения уменьшился с 187.2 в 1947 до 2.0 в 2001. С другой стороны, показатель смертности от злокачественных заболеваний и сердечных болезней увеличился с 69.0 и 62.2 в 1947 до 238.8 и 117.8 в 2001 соответственно.



Источник: Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты, Правительство Японии

**Рис. 9-2: Причины смертей до и после Второй Мировой Войны в Японии**

Поскольку распространённость неинфекционных заболеваний стала выше, исходя из японского опыта, больше средств тратится на здравоохранение. (Рис 9-3). Расходы на здравоохранение на душу населения увеличились более чем в 20 раз между 1955 и 1975: от 2 700 иен (27 000 сум) до 57 900 иенам (579 000 сум). Исходя из схожести структуры населения Узбекистана в 2015-2025 и Японии в 1955-1975, такое огромное увеличение расхода на здравоохранение в Узбекистане может стать действительным в ближайшем будущем.

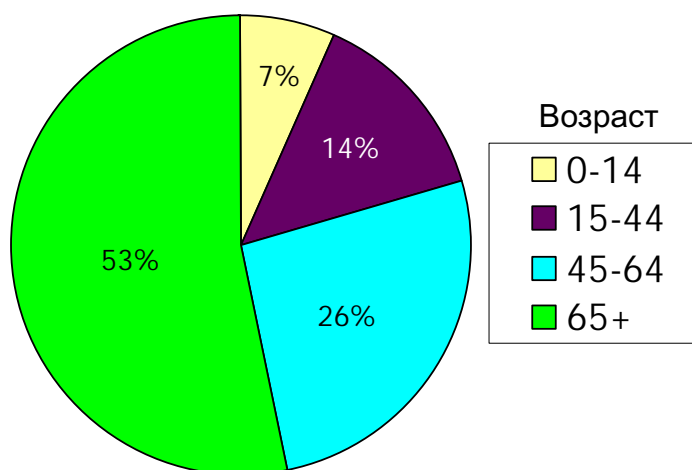


Примечание: 1 иена = 10 сум

Источник: Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты, Правительство Японии

**Рис. 9-3: Тенденция расходов на здравоохранение на душу населения в Японии**

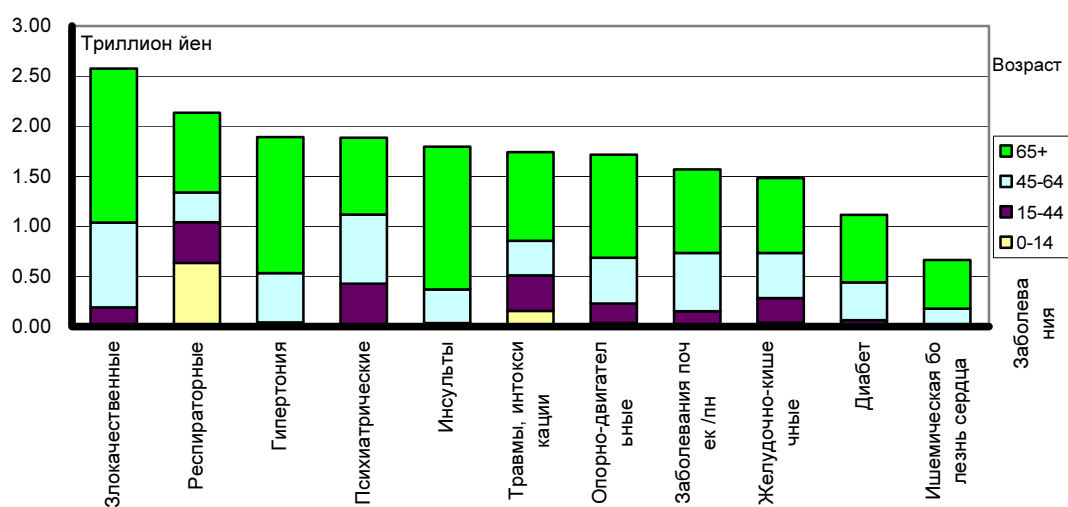
Как показывает опыт Японии, 80% расходов на здравоохранение используются для населения старше 45 лет (Рис.9-4). Старение населения возлагает тяжкое финансовое бремя на здравоохранение.



Источник: Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты, Правительство Японии

**Рис. 9-4: Процент расходов на здравоохранение по возрастным группам в Японии в 2005**

В дополнение, согласно Рис. 9-5 именно население старше 45 лет страдает хроническими заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения. Старение увеличивает риск на хронические заболевания. Большая часть расходов на лечение злокачественных заболеваний, гипертонической болезни, инсультов, болезней почек/почечной недостаточности, диабета и ишемической болезни сердца приходится именно на эту группу.



Примечание: 1 Йен = 10 Сум

Источник: Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты, Правительство Японии

**Рис. 9-5: Расходы на здравоохранение по основным заболеваниям в Японии в 2005**

Учитывая, перспективы, описанные выше, настало время принятия специальных решений правительством Узбекистана для покрытия стремительно растущих расходов на здравоохранение. Независимо от национального экономического потенциала, существует только четыре модели финансирования: государственное, медицинское страхование, наличные платежи и денежные пожертвования. В настоящее время в Узбекистане используются государственное финансирование и наличные платежи. Согласно, Всемирному Банку, расходы на государственное здравоохранение составляли только 2,4% от ВВП в 2003 году. Следовательно, необходимо прилагать усилия для получения большего государственного бюджета.

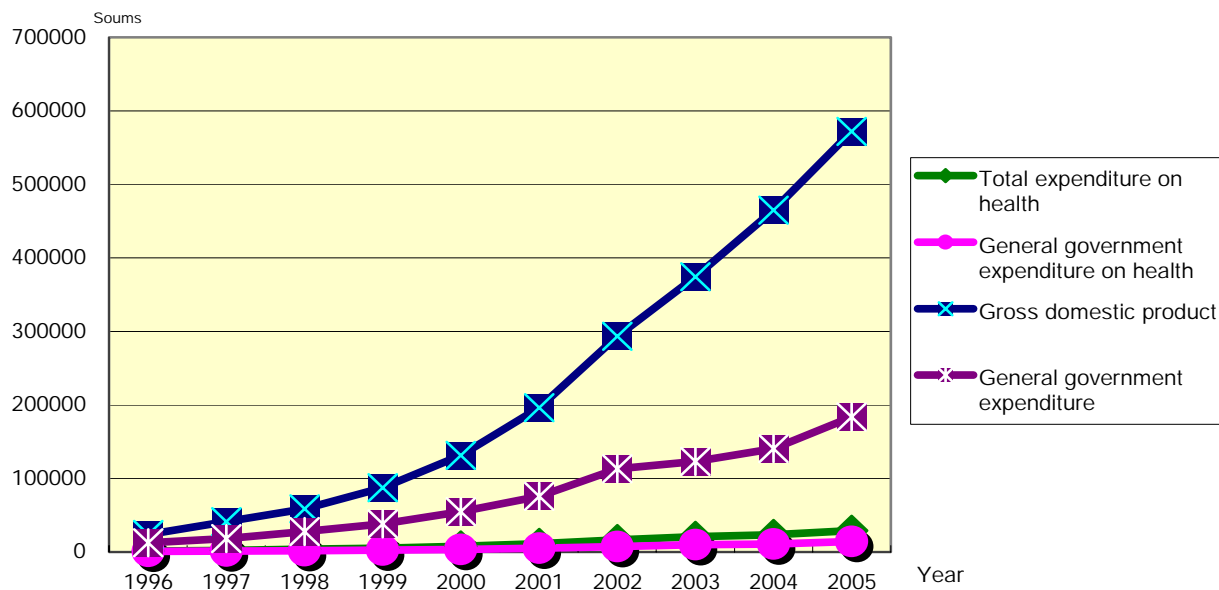
Схема страхования здравоохранения находится на рассмотрении с начала Национальной Программы Реформирования Здравоохранения 1998-2005, и все еще не ясно, когда страхование будет введено в полном масштабе. Кроме того, Министерство здравоохранения должно учесть, на сколько процентов здравоохранение будет покрываться за счет страхования. В Японии, только 49 % полного расхода на здравоохранение финансируется страхованием и 36 % правительственным бюджетом в 2005. Российская Федерация покрывала 40 % расходов за счет страхования в 2004.

Нужно отметить, что страхование здравоохранения - не панацея для того, чтобы финансировать здравоохранение. Надо также пересмотреть схему наличных платежей. Необходимо взвесить вопросы оказания государством бесплатной экстренной медицинской помощи, бесплатной первичной и бесплатного лечения пациентов со злокачественными заболеваниями, диабетом и т.д.

### 9-3 Прогнозируемая тенденция расходов здравоохранения в Узбекистане

Необходимо, знать то, что расходы на здравоохранение в Узбекистане изменятся в будущем, основываясь на неизбежном старении и последующем эпидемическом переходе.

Рис. 9-6 и таблица 9-1 показывают тенденции внутреннего валового продукта (ВВП) на душу населения, общие расходы государства, расходы на здравоохранение в целом и государственные расходы на здравоохранение в 1996-2005 годах:



Источник: Оценка и прогноз из национальных счетов здравоохранения Узбекистана, материалы ВОЗ

**Рис. 9-6: ВВП, расходы на здравоохранение в целом и общие государственные расходы на здравоохранение в 1996-2005**

**Таблица 9-1: Тенденции ВВП и расходов в 1996-2005 в Узбекистане**

(сумы)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Расходы на здравоохранение на душу населения в целом	1303	2147	3929	5330	7628	11276	16432	20933	23632	29258
Общие государственные расходы на здравоохранение на душу населения	887	1361	1886	2533	3424	5046	7337	9917	11006	14208
Частные расходы на здравоохранение на душу населения	416	786	2043	2797	4204	6230	9095	11016	12626	15050
Внутренний валовой продукт на душу населения	23974	41237	58923	87330	131680	196358	293469	374173	465087	571952
Общие государственные расходы на душу населения	12760	18109	27995	38442	54761	75580	113347	123159	140395	183661

Источник: Национальные счета здравоохранения Узбекистана, материалы ВОЗ

Изменения этих показателей могут быть приближенно выражены квадратными функциями времени. Они применены для прогноза валового внутреннего продукта (ВВП) и трех индикаторов на расходы на следующие пять, десять и пятнадцать лет. Предполагается, что эти четыре показателя изменятся в соответствии с теми же самыми тенденциями в будущем. Кроме того, они зависят от только тенденции времени. Поэтому, предполагается, что другие факторы типа уровня технологии и потенциала персонала в секторе здравоохранения будут продвинуты постепенно, в том же самом темпе, как в настоящее время. Также, предполагается, что инфляция будет на сегодняшнем уровне.

Согласно данным ВОЗ, общие расходы на здравоохранение, это сумма государственных и частных расходов на здравоохранение. Последнее включает поступления от платных услуг и приобретение лекарственных средств, определенных Оценкой жизненных условий

Всемирного Банка, проведенной в 2000-01 годах. Как указано в Таблице 9-2, доля государственных расходов составляла около 45-48% с 1998 года.

**Таблица 9-2: Доля расходов на здравоохранение в 1996-2005 в Узбекистане**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Общие государственные расходы на здравоохранение в % от целого	68.1	63.4	48.0	47.5	44.9	44.8	44.7	47.4	46.6	48.6
Расходы частного сектора на здравоохранение в % от целого	31.9	36.6	52.0	52.5	55.1	55.2	55.3	52.6	53.4	51.4

Источник: Национальные счета здравоохранения Узбекистана, материалы ВОЗ

Таблица 9-3 описывает результаты прогноза. Общие расходы на здравоохранение на душу населения будут 1.95 раз больше ( 81,191 сум) в 2012 году, в 3.2 раз больше (133,747 сум) в 2017 и 4.78 раз больше (199, 401 сум) в 2022, чем в 2007 году (41,735 сум). Государственные расходы на здравоохранение увеличатся в 2.03 раз (41,532 сум) в 2012, 3.42 (70,134 сум) в 2017 и 5.18 раз (106,314 сум) в 2022 по сравнению с сегодняшним уровнем (20,510 сум). Следовательно, разница между общими и государственными расходами будет покрываться за счет частных средств, которые пациенты будут оплачивать сами, или покрывать через схему медицинского страхования. В настоящее время, это часть расходов составляет 21 226 сум, при увеличении в 1.87 раз это составит 39 656 сум в 2012 году, в 3 раза больше в 2017 году – 63 613 сум и в 4.39 раз больше в 2022 году – 93087 сум.

**Таблица 9-3: Прогноз расходов на здравоохранение в Узбекистане на следующие пятнадцать лет**

(soums)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Расходы на здравоохранение на душу населения в целом	41735	48579	55946	63837	72252	81191	90655	100642	111153	122188	133747	145830	158436	171567	185222	199401
Общие государственные расходы на здравоохранение на душу населения	20510	24108	28009	32214	36722	41532	46646	52064	57784	63807	70134	76764	83696	90932	98471	106314
Частные расходы на здравоохранение на душу населения	21226	24471	27937	31623	35531	39659	44008	48578	53369	58380	63613	69066	74740	80635	86751	93087
Внутренний Валовой Продукт на душу населения	843594	995339	1159967	1337478	1527871	1731148	1947308	2176351	2418277	2673086	2940778	3221353	3514811	3821152	4140375	4472482
Общие расходы государства на душу населения	248898	287276	328439	372387	419120	468639	520943	576032	633906	694565	758010	824240	893255	965055	1039640	1117011

Источник: Оценка и прогноз из национальных счетов здравоохранения Узбекистана, материалы ВОЗ

Исходя из прогнозов, можно сказать, что рост расходов на здравоохранение в Узбекистане будет происходить медленнее, чем, это было в Японии. Доля населения старше 45 лет в Японии 1954-1961 годов почти равна этому в Узбекистане в 2016-2022. За тот период времени, японский расход на здравоохранение увеличился в 2.27 раза, в то время, как в Узбекистане прогнозируется увеличение расходов в 1.63 раза.

Однако, без сомнения, увеличение расходов будет происходить в геометрической, а не в арифметической прогрессии, судя по увеличению. Министерство здравоохранения будет обязано гарантировать темпы увеличения своего бюджета, хотя бы на сегодняшнем уровне.

Кроме того, это бессмысленно приписывать такое повышение бюджета только на расходы на персонал, как сейчас. От Министерства здравоохранения потребуется распределение больших средств на расходы по содержанию медицинского оборудования, приобретение лекарственных средств и расходных материалов, и т.д.

Что касается частных расходов, желательно внедрить страхование здравоохранения для того, чтобы гарантировать количество средств, прогнозируемых ранее и рассматривать реальное бремя наличных расходов и страхования.

Нельзя забывать, что вышеупомянутое прогнозирование, что уровень технологии и потенциала персонала в секторе здоровья будут постепенно продвинуты является предположением. Когда Министерство здравоохранения, настойчиво намеревается ввести новую технологию для улучшения качества услуг, увеличение расхода будет превосходить прогнозируемые расходы.

#### 9-4 Структурная неустойчивость в системе здравоохранения Узбекистана

Система здравоохранения Узбекистана столкнулась с различными трудностями, начиная с независимости от Советского Союза. Поскольку, страна переходит от плановой экономики к рыночной; ее система здравоохранения находится также в переходе от так называемой “модели Семашко” к новой модели; которая позволит поставщикам услуг здравоохранения реагировать на изменяющиеся потребности здравоохранения. Ввиду ожидаемого быстрого увеличения неинфекционных заболеваний, существующие несоответствия не уменьшатся, а скорее, увеличатся в следующие десятилетия.

Самое большое несоответствие есть между фактическими потребностями здравоохранения и предоставляемыми услугами. В ходе холодной войны современная медицина хорошо развилась как индустрия здравоохранения на западе, за, так называемым, «железным занавесом». Используя рыночные механизмы, было введено много важных новшеств. В западных странах экономика быстро росла, и, расходы на здравоохранение росли быстрее, чем экономика. С восточной стороны занавеса, напротив, здравоохранение для народа было бесплатным, полностью планируемым и финансируемым государством. Когда занавес был открыт в начале 1990-ых инновационные диагностические и терапевтические меры вошли в представления специалистов бывших стран Советского Союза, но большинство из них очень дорого внедрять и обслуживать. Государство усиленно проводит программу реформирования здравоохранения, которая все еще в стадии исполнения. Это особенно верно для Навоийской области где нет областной многопрофильной больницы, и система здравоохранения не может удовлетворять постоянно увеличивающиеся нужды в оказании медицинских услуг.

Большинство текущих проблем в секторе здоровья Узбекистана связано с данным дисбалансом. Например, с фрагментированными областными лечебными учреждениями, недостатком современного медицинского оборудования, и слабыми требованиями к



предотвращению и лечению неинфекционных заболеваний на первичном и вторичном уровнях. Современное медицинское оборудование было изобретено искусственной медицинской промышленностью, продающей машины по конкурентоспособной цене, и извлекающей долгосрочную прибыль от поставляемых расходных материалов и/или технического обслуживания. Это является типичной деловой моделью «зрелого» рынка здравоохранения. Фармацевтические компании должны делать огромные инвестиции, чтобы создавать новые лекарственные средства, и они пробуют вернуть свои капиталы, продавая свои препараты по высоким ценам. Интенсивное лечение неинфекционных заболеваний зависит от тех дорогих оборудований и лекарств. Однако сектор здоровья в Узбекистане еще не приспособился к коммерциализации.

При разработке программы реформы здравоохранения, предназначенная для Навоийской области, базовая стратегия должна быть тщательно запланирована, чтобы адресовать эту неустойчивость. Ситуация может быть слишком сложной для эффективного решения и для НОУЗ, и Минздравом. Однако, если национальная экономика Узбекистана будет расти в ближайшие годы, и ожидается принятие решения на очень высоком уровне об увеличении инвестиций в сектор здравоохранения, в целях изменения сценария.

## **Глава 10   Базовая Стратегия Программы Усовершенствования Системы Услуг Здравоохранения в Навоийской Области**

### **10-1   Задачи для Реформы Здравоохранения в Будущем**

Государственная программа реформирования здравоохранения (1998-2005) была направлена на улучшение качества первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и системы профилактики; усиление системы неотложной медицинской помощи; улучшение системы организации, распределения и качества услуг здравоохранения; а также на формирование частного сектора в здравоохранении, и улучшение управления здравоохранением, изменение системы материального стимулирования и оплаты труда врачей и медицинского персонала, реформирование системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров; и создание правовой базы организационной поддержки реформы здравоохранения.

В ходе реализации этой программы были решены некоторые вопросы, но многие проблемы здравоохранения всё еще ждут своего решения, и как описано во Главе 2, Часть I, реформа здравоохранения продолжается согласно последним Указу и Постановлению Президента. Следуя объявленной правительственной политике по ускорению реформы здравоохранения, соответственно МЗ и областные хокимияты издали свои приказы.

Как было описано ранее, определенные проблемы состояния здравоохранения в Навоийской области были обобщены для уточнения потребностей в оказании улучшенных услуг ПМСП, адаптации профилактических и лечебных услуг к изменяющимся болезням, оптимизации услуг вторичного и третичного звена здравоохранения, и повышения сознания людей в области.

Одной из основных задач, определенных Указом Президента, является улучшение качества оказания услуг по охране материнства и детства, особенно в сельской местности. В Навоийской области, достижения предыдущих проектов по укреплению здоровья матерей и детей должны быть сохранены и распространены горизонтально по всей области, и вертикально по всем сельским местностям области. Правительственная политика устанавливает направление организации здравоохранения на районном уровне для предоставления качественных услуг ПМСП и усиления организационного управления в СВП, в семейных поликлиниках и в других медицинских учреждениях. С точки зрения ожидаемого роста числа неинфекционных заболеваний (НИЗ), система учреждений ПМСП и профилактики должны расширить свою область действия на НИЗ. Параллельно с усилением услуг ПМСП, повышение сознания людей по ведению здорового образа жизни должно быть стимулировано для полной реализации услуг ПМСП.

Как описано в предыдущих главах, очевидна необходимость адаптации медицинских услуг к «эпидемиологическому переходу» (изменяющимся болезням). Хотя адаптация медицинских

услуг к изменяющимся болезням и спросу на медицинские услуги, которые связаны с неинфекционными заболеваниями, прямо не обсуждаются в новых правительственных документах, она должна стать целью диагностических центров, осуществляющих деятельность на платной основе, создания общенациональной диагностической сети, которая подчеркивается правительством.

Новая политика также сделала возможным создание областных многопрофильных медицинских центров, и дала направление по проведению соответствующих осмотров для диагностики, по предоставлению качественных медицинских услуг, по организации стационарного лечения в отделениях плановой хирургии, внутренних болезней, кардиологии, гинекологии, и по введению современных медицинских технологий. Ожидается, что создание областных многопрофильных медицинских и диагностических центров даст самые желаемые результаты, а именно, создаст условия для соответствующей диагностики и лечения любого неинфекционного заболевания. Согласно новой политике, Областные многопрофильные больницы по всей республике были переименованы на «медицинские центры». Но, в настоящее время в Навоийской области нет многопрофильной больницы и диагностического центра. Представляется неизбежным оптимизация областного (третичного) звена, объединение разбросанных специализированных диспансеров в многопрофильную больницу и снижение количества коек, и создание новой больницы с современным медицинским оборудованием. В то же время, учитывая то, что оптимизация областного (третичного) звена является наилучшим средством для модернизации предоставления медицинских услуг, настоятельно рекомендуется введение интегрированной помощи, или отделения внутренних болезней (общетерапевтическое) в перечень медицинских услуг новой больницы.

В этом контексте, степень оптимизации не должна быть ограничена областной многопрофильной больницей и диспансерами. Когда на основе многопрофильной больницы и специализированных диспансеров формируется областной многопрофильный медицинский центр, демаркация не экстренных и экстренных случаев также должна быть оптимизирована. Система экстренной медицинской помощи была успешно усилена, и центры экстренной помощи принимают очень много пациентов с разнообразными болезнями. В будущее десятилетие, эти центры должны сбалансировать свои расходы с доходами и одновременно улучшать уровень практики в ногу с последними инновациями. Для достижения баланса между стоимостью и качеством обслуживания, власти могут серьезно рассматривать сужение индикаторов оказания экстренной медицинской помощи.

Одновременно, интегрированная помощь должна быть введена не только для медицинских услуг областного уровня, и данная идея должна также быть еще использована для здравоохранения районного уровня. В этом смысле, улучшение системы развития профессиональных кадров, которая является еще одной основной задачей политики, должна быть самой важной задачей и содержание программы подготовки и переподготовки подлежит

глубокому рассмотрению. В советскую эру, последипломная подготовка во всех республиках была ориентирована на подготовку врачей-специалистов. Последняя Государственная Программа Реформирования Здравоохранения переобучила многих специалистов по общей медицинской практике и в течение нескольких лет преобразовала их во врачей общей практики (ВОП), и это было большим достижением. Однако они в основном обучены как ВОП для СВП, и никакого продвинутого курса обучения не было создано для ВОП вторичного или третичного уровня, которые могут служить высококвалифицированными координаторами среди специалистов или теми, кто направляет к специалистам. Но, пациенты с НИЗ имеют проблемы с несколькими органами сразу и требуют долгосрочного ухода, как амбулаторные больные, так и стационарного медицинского или хирургического лечения в случае острого обострения. Это может стать другим вызовом по организации таких программ обучения, и чтобы регулярно выпускать десятки молодых квалифицированных врачей которые имеют опыт и в амбулаторном и в стационарном лечении широкого диапазона болезней. Усовершенствование и стандартизация лечения НИЗ могут быть достигнуты высокообразованными врачами общей практики, а не узкими специалистами каждого органа. В этом контексте, многопрофильные областные больницы, как ожидается, предложат практическое обучение для врачей вторичного уровня.

Географические условия, которые иногда препятствуют оказанию медицинских услуг, не должны быть оставлены без внимания в плане улучшения услуг здравоохранения, особенно в Навоийской области. Совершенно необходимо решить проблемы водоснабжения в некоторых районах. Может быть рассмотрена система технического обслуживания с наименьшими затратами для соответствующих учреждений в сельских местностях. В то же самое время, должно быть дальнейшее улучшение в предоставлении равного доступа к лекарственным средствам в области.

## 10-2 Базовая Стратегия

Изучение начато с согласованной целью: формулирования конкретной программы усовершенствования услуг здравоохранения, с упором на третичный уровень. Фактически, установлены некоторые неблагоприятные факты о несовершенности третичного звена в области. Создание надежного третичного звена согласно правительственной политике является очень важной задачей. В то же самое время, правда, что лишь улучшенное третичное звено не может решить все проблемы, существующие в сфере здравоохранения Навоийской области. Базовая стратегия была предложена в качестве последовательной методологии для комплексного усовершенствования, а именно для создания системы здравоохранения, направленной на изменяющиеся потребности. Естественно, достижение такого улучшения займет некоторое время. Нижеприводимая базовая стратегия должна служить определенной основой для решения задач в грядущие десять или более лет в Навоийской области.

## **Стратегия 1: Создание эффективной и рациональной системы услуг здравоохранения в области**

Система услуг здравоохранения должна быть организована или реорганизована, чтобы максимизировать эффект услуг и минимизировать эксплуатационные расходы, особенно на третичном уровне.

В настоящее время, областные ЛПУ в Навои рассеяны и действуют почти индивидуально. Областной Центр экстренной помощи обслуживает и экстренный и плановых пациентов, потому что нет областной многопрофильной больницы. Эта структура не эффективна, не рациональна.

НИЗ часто развиваются как осложнение других хронических болезней подобно гипертонической болезни или сахарному диабету (DM), и если они прогрессируют однажды, то часто затрагивают многие органы. Такой спрос не может быть полностью удовлетворен междисциплинарной консультацией. Соответственно, ЛПУ областного уровня должны предложить современные и специализированные услуги в более объединенном образе.

Диагностика и лечение НИЗ требуют большего количества ресурсов чем инфекционные болезни, и экономическое бремя общественного сектора, то есть, центрального и местного правительства, могут увеличиться. Другими словами, обеспечение полной затраты здравоохранения, включая правительственный бюджет и расходы из кармана - существенная предпосылка для выполнения реформы здравоохранения.

## **Стратегия 2: Уменьшение трудностей в оказании услуг здравоохранения в отдаленных районах**

Люди, живущие в отдаленных районах, имеют трудности в доступе к услугам здравоохранения в плане лекарственных средств, хирургических операций и адекватного медицинского персонала.

ЛПУ вторичного уровня в таких районах должны иметь некоторый уровень диагностического и лечебного потенциала, чтобы облегчить экономическую и физическую трудность поездки в город Навои. Направление хорошо обученного и мотивированного медицинского персонала в отдаленные районы является важным, чтобы оказать такие услуги эффективно и рационально. Доступ к лекарственным средствам должен также быть улучшен, чтобы уменьшить экономическое бремя пациентов, которые должны идти далеко, чтобы покупать предписанное лекарство.

### **Стратегия 3: Расширение вторичной медицинской помощи в пригородных районах**

Функция и роль ЛПУ вторичного уровня в пригородных районах Навои, включая Карману Навбахор, Канимех, Хатирчи, Кизилтепа должны быть увеличены. Приблизительно 75 % всего населения живут в городе Навои и его предместьях. Особенно ЛПУ вторичного уровня, которые расположены в этих районах, должны увеличить свой уровень практики так, чтобы проблемы с общими заболеваниями были решены в пределах вторичного уровня. Они также должны получить надежную функцию “вратаря”, чтобы определять оставлять пациентов на лечение на вторичном уровне или направить их в третичный уровень.

Поскольку эти районы расположены близко к городу Навои, жители легко посещают областные ЛПУ при желании. Когда люди не могут получить надежную медицинскую помощь в районах, в поисках лучшей помощи они обращаются в областные ЛПУ, пропуская ЛПУ первичного и вторичного уровней. Как следствие, областные ЛПУ могут быть переполнены пациентами с относительно умеренными случаями, и эффект оптимизации высокоспециализированной третичной медицинской помощи будет уменьшен.

Может быть, необходимо подтвердить и разъяснить разграничения в роли и функции между вторичным и третичным уровнем согласно условиям каждой местности. Чтобы обеспечить функционирование системы услуг в целом нужно поддерживать взаимодействие между вторичными и третичными ЛПУ.

### **Стратегия 4: Улучшение навыков диагностирования в соответствии с уровнем ЛПУ**

Задачи и функции диагностики, поставленные перед ЛПУ соответствующих уровней услуг, должны быть пересмотрены и переопределены. И, затем уровень диагностической мощности каждого ЛПУ должен быть улучшен; и диагностические функции ЛПУ с первичного до третичного уровня должны быть взаимосвязаны в единую сеть.

В настоящее время, многие ЛПУ не могут проводить некоторые основные исследования, когда рассеянные ЛПУ областного уровня держат лишние диагностические функции, и СВП оборудованы автоматическими анализаторами, которые имеют намного более высокую мощность, в которой нет необходимости. Чтобы полностью использовать существующее медицинское оборудование, регулярный механизм обслуживания должен быть обеспечен стабильными финансовыми источниками, и конечные пользователи должны быть обучены, чтобы использовать и каждодневно обслуживать оборудование.

На областном уровне, рассеянные лаборатории могут быть оптимизированы, централизуя их в областной диагностический центр или в многопрофильную больницу и организуя сети лабораторий с другими ЛПУ. В отдаленных районах или в пригородных районах, медицинское оборудование должно быть распределено среди ЛПУ в соответствии их задачам и функциям.

Наиболее важным является навык врачей в разработке плана, чтобы быстро поставить диагноз. Для этой цели полезны хорошие клинические руководства.

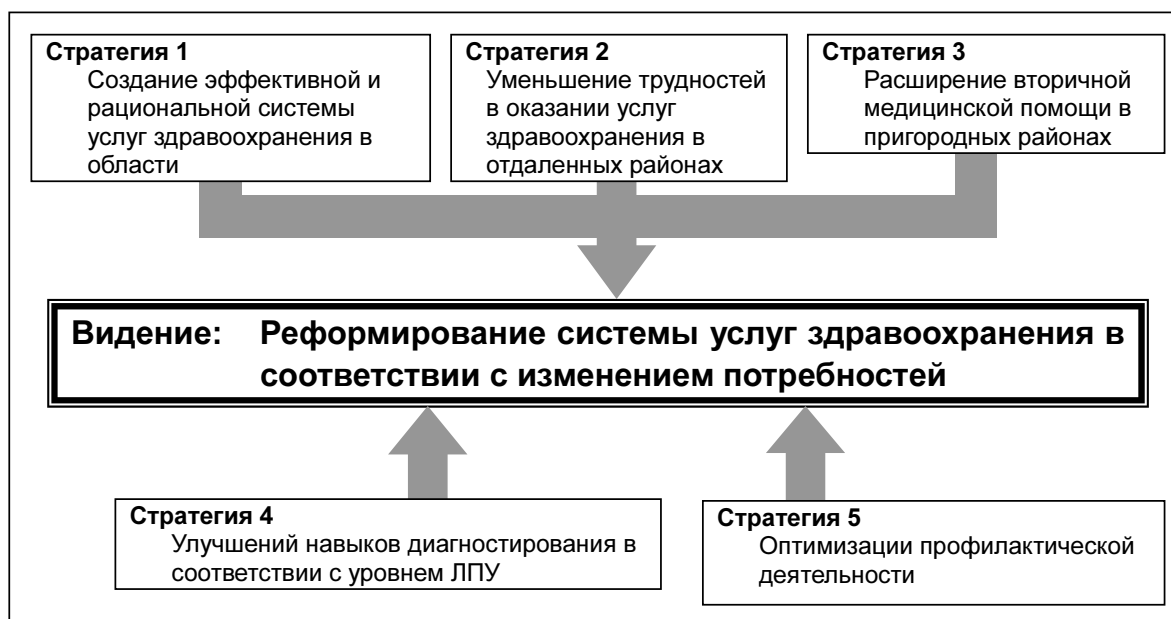
### **Стратегия 5: Оптимизация профилактической деятельности**

Как упомянуто в 9-2, лечение НИЗ является весьма дорогостоящим, и это может лечь тяжелым бременем на финансирование здравоохранения в ближайшем будущем. С другой стороны, профилактическая деятельность нуждается в намного более низких затратах и защищает людей и правительство от такого финансового бремени.

Ранний диагноз и контроль артериальной гипертензии и сахарного диабета должны быть акцентированы, чтобы предотвратить кардиологические болезни, инсульты и диабетические осложнения, лечение которых является дорогостоящим. Профилактика и контроль анемии должны также быть приоритетизированы, чтобы расечь порочную спираль анемии беременных женщин детей.

Для успешной реализации данных мероприятий, патронажная деятельность должна быть модифицирована в соответствии со спросом на медицинские услуги в будущем и осведомленность населения о важности профилактики заболеваний должны быть подняты. Такую профилактику и контроль можно осуществлять эффективно в тесном сотрудничестве с ЛПУ первичного и вторичного уровней.

Вышеприведенные стратегии 1-5, которые были выработаны после анализа ситуации и обсуждений в ходе предыдущих миссий Изучения, являются предпосылкой для реализации реформы здравоохранения как показано в Рис. 10-1. К тому же, внимание должно быть обращено на то, что хорошо сбалансированное отношение между 5 основами является самым важным предварительным условием успешного выполнения задачи. Соответственно, компоненты и действия программы должны быть планированы тщательно, учитывая последовательность шагов улучшения, и возможности получения необходимого бюджета в течение программного периода. В этом контексте, как оптимизировать третичную помощь является вопросом первостепенной важности не только из-за планирования затрат, но и в плане детального планирования диагностической сети и направления пациентов между третичным и вторичным звеном. Иначе говоря, дизайн улучшения третичной помощи оказывает определенное влияние на план действий целой программы. Соответствующие дискуссии и определения описаны в Главе 11 и 12.



**Рис. 10-1: Видение и Стратегии Программы Реформирования Здравоохранения в Навоийской области**

### Миссия, Видение и Стратегия

Стратегии реформы здравоохранения, которые приведены здесь, были предложены и обсуждены с идеями, рекомендованными Zuckerman A. M., а именно, направление, куда стремится программа, нужно показать через ясный стратегический план, который состоит из миссии, видения, стратегии, цели, задач и действий.

Миссия – это постоянное направление отдельной организации. Видение – это общее направление организации или система на долгосрочной основе, часто десять лет или больше. Обычно есть несколько возможных путей достижения видения. Такие пути или ряд методологий о том, как достигнуть видения, определены как стратегии. Цели – общий результат, которому организация направляется в течение следующих трех - пяти лет. Задачи - краткосрочные задания для каждой цели. Чтобы достигнуть этих целей, действия или деятельность запланированы как определенные задачи.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (МЗ) и Навоийское Областное Управление Здравоохранения (НОУЗ) существуют по следующей причине, а именно, это - их постоянное направление.

**Миссия**

**МЗ и НОУЗ существуют, чтобы обеспечить население Узбекистана и Навои соответствующими качественными услугами здравоохранения, и улучшить их состояние здоровья и качество жизни.**

Теперь, система услуг здравоохранения в области должна быть реформирована, чтобы ответить изменяющимся потребностям общего населения в течение следующих десяти лет. Изменение потребностей включает в себя эпидемический переход (бремя НИЗ увеличится в соответствии с демографическим переходом); а также спрос/требование на лучшее здравоохранение и медицинские услуги в соответствии с увеличением доходов. Миссия и требуемый вызов ведут к следующему видению:

**Видение**

**Посредством выполнения Программы Реформирования Здравоохранения, МЗ создает новую систему услуг здравоохранения в соответствии с изменением потребностей. По тем же самым линиям НОУЗ преобразует систему услуг здравоохранения в Навоийской области в самую лучшую реформированную систему в Узбекистане.**

Цукерман А.М. "Стратегическое Планирование Здравоохранения"



### 10-3 Роли Первичного, Вторичного и Третичного звена Здравоохранения в Навоийской области

Создание новой системы здравоохранения, а именно программа усовершенствования должна состоять из последовательных мероприятий, чтобы отвечать изменяющимся требованиям здравоохранения. Третичная помощь на областном уровне достигнет надежного статуса с помощью современных технологий, вторичное и первичное звено в районах усилят процесс последующего наблюдения пациентов. Одновременно, профилактика НИЗ будет осуществляться на первичном, вторичном, и третичном уровнях.

В основном, принятие каждого пациента, проверка серьезности и экстренности случаев, и непосредственное лечение легких и неострых случаев общих болезней являются ролью СВП. Экстренные, серьезные или осложненные случаи, недиагностированные пациенты или роженицы, должны быть направлены немедленно без задержки. Самым важным является определение клинических руководств (протоколов) для СВП по их сфере действия и практике. И затем, в соответствии с руководством, необходимые вспомогательные анализы, такие как сфигмоманометрия, анализ мочи, полный анализ крови, и основные биохимические сывороточные анализы, такие как электролиты, глюкоза, азот мочевины, креатинин, и общий билирубин должны быть доступными каждый день. Диетотерапия, с или без лечебной физкультуры, является необходимым и экономически эффективным вмешательством для пациентов с разнообразными НИЗ, и, надо надеяться, что необходимое обучение будет проведено подготовленными ВОП.

На районном уровне, поликлиники оказывают амбулаторные услуги, и ЦРБ предлагают стационарную помощь и плановые операции при общих болезнях, включая экстренные, как кесарево сечение. Врачи ЛПУ вторичного звена должны различать случаи, которые должны быть направлены на ЛПУ вышестоящего уровня, от случаев, которых возможно вылечить на своем уровне. Эта задача будет эффективно выполнена с помощью микроскопической проверки мазка крови или образцов мочи/кали в дополнение к тому, что имеется в лабораториях СВП, диагностической интроскопии включая рентгена, УЗИ, лапароскопию, и гастрофиброскопа, и физиологических обследований, такие как ЭКГ и пульсовая оксиметрия. Серьезные или осложненные случаи должны быть направлены на ЛПУ третичного звена, но пациенты, которые были направлены обратно на ЛПУ районного уровня, должны быть под последующим наблюдением в соответствии с долгосрочным планом, подготовленного специалистами. Районные поликлиники должны использовать вспомогательные диагностические оборудования ЦРБ и наблюдать за этими пациентами. Когда пациенту требуется некоторые изменения режима лечения, врач будет направлять пациента к специалисту областного уровня. В будущем, консультации по диетотерапии и лечебной физкультуре должны быть предложены профессионалами, работающие в ЛПУ районного уровня.

Серьезные или осложненные случаи должны быть направлены в ЛПУ вышестоящего уровня и адекватно пролечены в областных ЛПУ. Соответственно, ЛПУ третичного звена должны быть оснащены более специализированными и усовершенствованными приборами обследования в добавлении к основным процедурам диагностики. Реанимация, включая респираторное управление и контроль кровяного давления, аритмия, гипергликемия, кислотно-щелочной баланс должны быть поддержаны кардиологическим мониторингом, анализом газов артериальной крови, механическим аппаратом искусственного дыхания и прочими приборами. ЛПУ третичного звена ответственны за направление пациента, состояние которого улучшилось, обратно в ЛПУ вторичного или первичного звена. Ввиду недостаточности клинических возможностей в районах, ЛПУ областного уровня должны представить полный план последующего наблюдения за каждым пациентом, включая режим лекарств, заданную дозу сывороточной глюкозы, сывороточного HbA1c, артериального давления и т.д. Кроме того, специалисты должны иногда вызывать выписанных больных в областные ЛПУ, непосредственно повторно оценить прогресс болезни, изменить план лечения, и передать пересмотренный план врачам вторичного или первичного звена, кому регулярно обращается пациент.

Посредством развития сети направления, услуги учреждений первого обращения (СВП, ЦРБ, поликлиники), диагностические и лечебные услуги третичного звена, и услуги последующего наблюдения за выписанными пациентами будут реорганизованы в систему интегрированного здравоохранения без остановок (задержек) (см. Таблицу 10-1). Чтобы устранить задержки между специализированными отделениями ЛПУ третичного звена, многопрофильным больницам рекомендуется назначить некоторых врачей общими интернистами, которые смогут справиться с междисциплинарными проблемами здоровья. Иначе, больницы третичного звена будут полными со «стационарными беженцами», которые никак не могут найти подходящего специалиста или отделения.

#### 10-4 Болезни, которые должны быть приоритетизированы

Критерии приоритетизированных болезней быть обсуждены в ходе семинара в Ташкенте. Эта секция описывает согласованные критерии и болезни, которые будут приоритетизированы в Программе Реформирования Здравоохранения. Пять категорий болезней, приведенные ниже были отобраны в соответствии с критериями:

- Болезни, которые уже являются или будут основными причинами заболеваемости или летальности.
- Болезни, против которых эффективные меры предотвращения или контроля являются возможными.

## **(1) Острые респираторные инфекции (ОРИ)**

В 2006 году ОРИ вызвал 13 % стационарной летальности в Навоийской области. Летальность от ОРИ может быть уменьшена стандартизацией клинических протоколов.

Проект охраны материнства, детства и безопасных родов обучил ВОП тому, как лечить детей с ОРИ. Повышенная частота дыхания (например, тахипноэ) является чувствительным и довольно специфическим знаком для обнаружения ОРИ в любом ЛПУ, включая СВП, поликлиники районов и городов. В Навоийской области хорошо стандартизирована первичная помощь по лечению детской ОРИ. Пациенты с более серьезными расстройствами внешнего дыхания или, которые не реагируют на оральное лечение антибиотиками должны быть направлены в ЛПУ вышестоящего уровня. Наблюдается слабость в ЛПУ вторичного и третичного звена, частично из-за того, что базовое медицинское образование в университете не связано с между базовой медициной и клинической медициной, и частично из-за того что Проект охраны материнства, детства в основном обучил ВОП, но диагностика и лечения педиатрами не стандартизированы в ЛПУ вышестоящих уровней. В результате, правильно направленные пациенты могут не получить соответствующую помощь в больницах. Врачи больниц, в первую очередь должны понимать патофизиологию дыхательной недостаточности, и затем логически оценить состояние пациента на основе результатов физического обследования, пульсовой оксиметрии и рентгенографии. Пациенты, которые не реагируют оксигенирование и внутривенные антибиотики, должны быть направлены на ЛПУ областного уровня, где педиатры тщательно работают с такими пациентами, и при необходимости агрессивно применяя широкий спектр антибиотиков и искусственную вентиляцию, с анализом газов в артериальной крови (см. столбик: проблемно - ориентированный клинический протокол для тахипноэ, где не имеется газоанализатор крови).

## **(2) Сердечно-сосудистые болезни**

В 2006 году ишемическая болезнь сердца (**ИБС**) и **Инсульты** вызвали 11.1 % и 14.1 %, соответственно, стационарной летальности в Навоийской области. Летальность от этих болезней может быть улучшена стандартизацией клинических протоколов и современных диагностических или терапевтических мер. Раннее обнаружение и строгий контроль **артериальной гипертензии** и **сахарного диабета (DM)** вероятно уменьшают заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями.

Каждое ЛПУ должно иметь приборы для измерения кровяного давления пациентов и наблюдать за пациентами, у которых выявлена гипертензия. Систематические усилия по контролю гипертензии будут снижать в будущем затраты на лечение инфаркта миокарда и инсульта (см. Гл. 9-5). Если врач подозревает у пациента некоторую вторичную гипертензию, но не может поставить диагноз в своем учреждении, то он должен направить пациента в вышестоящее учреждение. Иначе, врач будет делать

выборку и классифицировать уровень риска пациента (см КНИГА СВЕДЕНИЙ, 15-Приложение-4 колонку: Руководства по управлению гипертензии разработанное Японской Ассоциацией Гипертензии). И затем, доктор старается убедить пациентов улучшить их образ жизни диетой, физкультурой, бросить курение и т.д. в случае группы с низким и средним риском, врач может подождать 3 или 1 месяц соответственно, и наблюдать какие результаты дает улучшенный образ жизни, не применяя лекарств. Группы высокого риска должны консультироваться с полноценными специалистами исходя из того, что какое осложнение имеет пациент. Патронажные сестры во время посещения дома могут измерять давление крови, проверять соответствие лекарств, диеты или физкультуры пациента установленным требованиям. Они могут устроить для пациентов посещение лечебных учреждений и тем самым снизить индекс выбывших из режима наблюдения пациентов.

Навоийский Филиал РНЦЭМП будет оснащен компьютерной томографией в ближайшем будущем. После введения в действие машины план управления пациентами с подозрением на инсульт должен быть подготовлен на основе твердых доказательств. Ошибочная практика, которая иногда имеет место в настоящее время, такие, как давать аспирин и герапин пациентам с мозговым кровоизлиянием, или давать кровоостанавливающее средство пациентам с инфарктом головного мозга, должна быть прекращена. Роль ЦРБ в управлении инсультами должна быть ограничена консервативным лечением, слишком серьезными случаями, когда пациент не транспортабелен, или очень легкими случаями. «Показатель стационарной летальности в течение 30 дней с госпитализации инсультом» является индикатором, который обычно используется в развитых странах для оценки качества услуг лечения инсульта. Правительству Узбекистана было рекомендовано пересмотреть клинические протоколы для инсульта в грядущих годах, и начинать применение агентов активаторов плазминогена ткани (t-РА) в случаях подтвержденного инфаркта головного мозга в течение 3 часов с момента атаки. В результате этого радикального лечения, будет значительно снижена летальность от инсульта.

Таким же образом, «Показатель стационарной летальности в течение 30 дней с госпитализацией с острым инфарктом миокарда (ОИМ)» является полезным знаком, который отражает качество услуг лечения ОИМ. Квалифицированная интенсивная терапия со стороны специалиста и раннее обращение специалистам является ключом улучшения результатов. Для достижения прорыва в улучшении качества помощи, клинические протоколы для ОИМ должны быть пересмотрены чтобы разрешить применение тромболитических агентов, такие как стрептокиназа или t-РА в случаях подтвержденного ОИМ в течение 12 часов с момента атаки. Роль Центра экстренной помощи в лечении ИБС должна быть ограничена острой стадией. Пациенты, которые перенесли острую стадию, должны быть переведены в областной медицинский центр для дальнейшей реабилитации и оценки оставшихся сердечных функций. Местные

лечебные учреждения могут нести ответственность за последующее наблюдение пациентов под присмотром кардиологов в областном медицинском центре.

### **(3) Сахарный диабет**

В 2006 году сахарный диабет вызвал 1.6 % стационарной летальности в Навоийской области. Вероятно, уровень диагностирования сахарного диабета ниже, который означает много пациентов с сахарным диабетом, и люди в преболезненном состоянии не обнаружены или не осмотрены должным образом.

В СВП, ВОП может подозревать сахарный диабет на основе истории полидипсии или полиурии, высокой дозы сахара в крови или анализа мочи на содержание сахара. В настоящее время все подозрительные случаи направляются в областной эндокринологический диспансер, где ставится диагноз и назначается режим лечения. Данный механизм является довольно удобным для обеспечения лечения диабетических пациентов.

Долгое время эндокринологический диспансер существовал отдельно, как специализированный диспансер. Однако областному управлению здравоохранения было рекомендовано взвесить все за и против по данному вопросу. Если диспансер войдет в состав областной больницы, то диабетические пациенты могут получить лечение в одном месте: там может быть строгий контроль над уровнем сахара в крови со стороны эндокринолога; консультации с хирургом о диабетической гангрене; с нефрологом о нефропатии; с неврологом о полиневропатии и диетическим консультантом о диетотерапии. Для перемещения эндокринологического диспансера в здание медицинского центра не требуется пересмотра законодательства, потому что он сохраняет свой отдельный статус, объединяя лишь свои функции.

После назначения специалистом режима лечения, включая диетический контроль, физкультуру, инсулин и другие лекарства, пациент может быть направлен обратно в ближайшую ЛПУ. Если он/она находится под присмотром районной поликлиники, то общий терапевт может контролировать сахар в крови пациента наблюдая за уровнем HbA1c, сывороточного креатинина, и сывороточного азота мочевины. Если он/она находится под присмотром СВП, ВОП не может провести эти анализы. В обоих случаях местные врачи должны соблюдать режим, назначенный областным эндокринологом, и если режим лечения требует изменений, то они должны консультироваться с эндокринологом регулярно или при необходимости.

Патронажные сестры могут играть важную роль в оказании помощи диабетическим пациентам в своих районах охвата. Во время посещений они могут измерять давление, проверять соответствие лекарств, диеты или физической активности пациента, установленным требованиям дома. Такая информация очень помогает врачам СВП, которые должны наблюдать за пациентами не контролируя HbA1c. Стоит подумать о

наделении патронажных сестер с функцией проведения анализа мочи с помощью специальной палочки. Они смогут проверить уровень сахара и протеина в моче у диабетических и беременных пациентов дома.

Роль Центра экстренной помощи в лечении сахарного диабета ограничивается интенсивной терапией экстренных диабетических случаев, таких как гипогликемия или острая гипогликемия.

#### **(4) Болезни печени и почек**

В 2006 году эти болезни вызвали соответственно 6.4 % и 2.2 % стационарной летальности в Навоийской области. Диетотерапия может задержать процесс отказа печени/почки, особенно в случае с гломерулонефритом. В настоящее время в Узбекистане, самые большие причины хронической почечной недостаточности - мочекаменная болезнь и инфекции мочевых путей, и они должны лечиться должным образом.

Роль СВП в диагностике болезней печени и почек ограничена, так как у них нет гепатологов, нефрологов, или урологов. В этих учреждениях ВОП может подозревать существование болезней печени и почек, основываясь на истории болезни и физических знаков желтухи, асцита или отека. В СПВ можно провести анализ мочи для обнаружения билирубинурии, протеинурии или скрытой крови, и в ЛПУ районного уровня кроме анализа мочи врачи могут проверить сывороточную трансаминазу или креатинин. УЗД является очень чувствительным способом проверки прогресса цирротического изменения печени, но этого можно увидеть только глазами опытного специалиста, такого как гепатолог. Поэтому ЛПУ, которые принимают впервые обращающихся больных, в случае болезней печени и почек рекомендуется консультироваться со специалистами областного уровня.

Только пациенты с острыми проблемами, такими как острый гепатит, острое кровотечение при варикозе пищевода, печеночная кома, почечная/мочеточниковая колика или острая почечная недостаточность, могут быть направлены в Центр экстренной помощи. Остальные пациенты должны быть направлены в областной медицинский центр для специализированной помощи, потому что болезни этой группы часто сопровождаются хроническим клиническим курсом. Специалисты областного медицинского центра должны нести ответственность за постановку диагноза, разработки планов лечения, проведения хирургических вмешательств, и контролирования ВОП/терапевтов в СВП, ЦРБ или поликлиник по долгосрочному последующему наблюдению за пациентами.

Местные лечебные учреждения будут нести ответственность за последующее наблюдение хронических пациентов мониторингом основной диагностической помощи, например, определение сывороточной трансаминазы или креатинина, анализ мочи и т.д.

Патронажные сестры могут эффективно помогать пациентам с болезнью печени и почек на своих участках как они могут помогать и диабетическим пациентам.

#### **(5) Злокачественные новообразования**

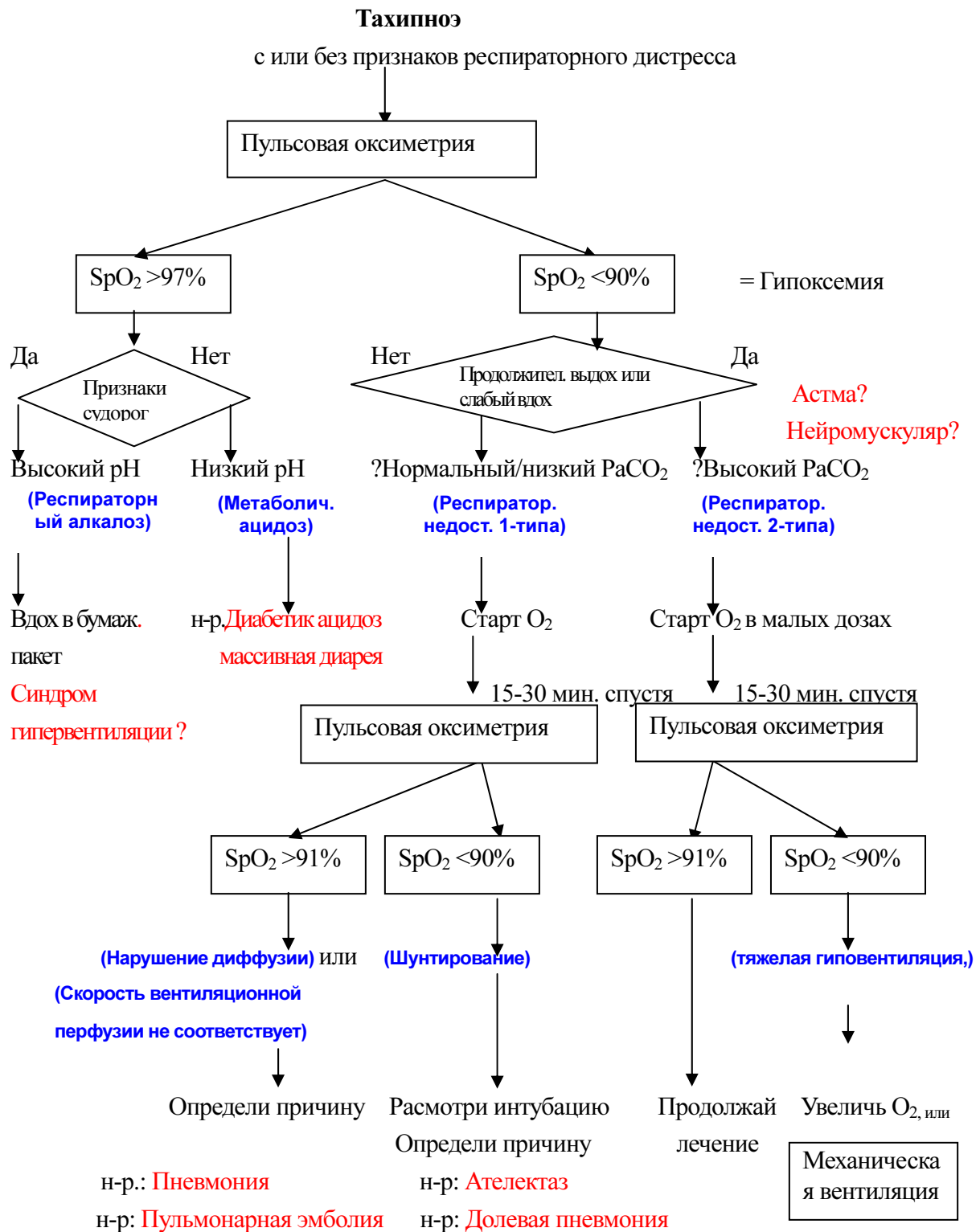
В 2006 году они вызвали 4.6 % стационарной летальности в Навоийской области. Сначала необходимо стимулировать воздержание от табака, который является мощным канцерогенным веществом. В качестве следующего шага, стоит вводить систему скрининга злокачественных новообразований, потому что можно обнаружить рак в ранней стадии и улучшить долгосрочное прогнозирование.

Роль ЦРБ, поликлиник, СВП, а также Центра экстренной помощи ограничена в диагностике и лечении злокачественных новообразований, и в будущем будет также. Даже если эти учреждения будут прилагать все свои усилия для диагностики злокачественных новообразований, 80% пациентов, которые посещают врача, жалуясь на какие-то симптомы, и которым ставится диагноз рака, будут диагностированы в поздней стадии.

Области пора ввести современные диагностические и терапевтические технологии, однако, затраты на диагностику и лечение была бы неприемлемо раздута, если адекватная технология будет применена ко всем случаям одновременно. Учитывая первый критерий, предлагается приоритетизировать эти болезни. Клинические руководства для стандартизации методов должны составляться на основе консенсуса и в соответствии финансирования на их выполнение.

Как показывает второй критерий, существуют способы предотвращения или контролирования этих болезней. Однако, поскольку обычно требуются большие усилия, чтобы изменить образ жизни любого человека, службы здравоохранения должны направить свои усилия на увеличение мотивации у людей. Предлагается использовать методы внушения и обучения населения области для борьбы с этими болезнями.

Ориентированный на проблему клинический протокол тахипноэ, где не имеется прибор для анализа газа в крови (1)





Ориентированный на проблему клинический протокол тахипноэ, где не имеется прибор для анализа газа в крови (2)

Респираторный центр, который расположен в мозговом стволе, стимулируется низкой концентрацией  $O_2$  в крови (гипоксемия), высокой концентрацией  $CO_2$  в крови (гиперкапния), или низкой рН крови (ацидоз). К тому же, если у вашего пациента тахипноэ, вы должны быстро провести дифференцировку между сопутствующими заболеваниями с различными патофизиологиями.

Анализ газа в артериальной крови (ГАК) даст вам общую картину, но большинство учреждений областного и районного уровня не имеют такое оборудование. В такой обстановке вы должны применить пульсовой оксиметр с точной интерпретацией.

Если аппарат показывает нормальную или высокую кислородную насыщенность артериальной крови ( $SpO_2 > 97\%$ ), возможно пациент вдыхает слишком часто (гипервентиляционный синдром относящийся психологической причине) или тяжелое дыхание, чтобы снизить концентрацию  $CO_2$  и нейтрализовать **метаболический ацидоз**. Вы должны определить причину метаболического ацидоза, н-р, диабетик ацидоз или массивная диарея. Чистая гиперкапния сопровождается гипоксемией редко, потому что перфузия  $CO_2$  из поверхности человеческих альвеол на 10 раз эффективнее, чем кислорода.

Если аппарат показывает низкий уровень  $SpO_2 (< 97\%)$ , вы должны дифференцировать гипоксемию не сопровождающийся гиперкапнией (**респираторная недостаточность 1-типа**) с гипоксемией с гиперкапнией (**респираторная недостаточность 2-типа**). Во многих случаях вы можете пронаблюдать пролонгированное течение респираторную недостаточность 2-типа. Такие пациенты могут реагировать на оксигенацию, и не могут реагировать, если вентиляция альвеол слабое чем, подается (**«тяжелая гиповентиляция»**). В последнем случае, оксигенация под спонтанным дыханием не дает эффекта, и вы должны обратить внимание на механическую вентиляцию.

Другие пациенты похожи на респираторную недостаточность 1-типа. Вы должны начать подачу кислорода при помощи назальной канули или маски, и повторить проверку  $SpO_2$  после 15-30 минут. Гипоксемические пациенты, с «нарушением диффузии» или «Скорость вентиляционной перфузии не соответствует» могут реагировать на оксигенацию, и вы продолжайте диагностический процесс и затем начните специфическое лечение. **«Нарушение диффузии»** может быть вызвано пневмонией, пульмонарном фиброзом, отеком легких и др. «Степень несоответствия вентиляционной перфузии» может быть вызвано пульмонарным эмболизмом, эмфиземой, астмой, пневмонией и др. Если пациент не реагирует на оксигенацию, должны давать более высокую дозу оксигенации. У многих пациентов можно наблюдать улучшение, но у некоторых нет. Вы должны подумать о причине такой, как неподатливой гипоксемии, которая резистентна к терапии с оксигенацией. Возможная причина – это наличие **«шунта»**. Шунтирование может совершиться, например, у новорожденных с Респираторным Дистресс Синдромом (РДС), у детей с цианотичной аномалией сердца, у взрослых с ателектазом, долевым пневмонией, с РДС у взрослых, циррозом печени.

**Таблица 10-1 Демаркация между ЛПУ Различных Уровней для Лечения НИЗ**

Болезни	ЛПУ первого обращения	Экстренная помощь в Центре экстренной помощи	Специализированная помощь на областном уровне	Последующее наблюдение в поликлинике, ЦРБ или СВП
Гипертензия	На основе протокола - измерения давления крови - диетотерапия и лечебная физкультура - консультация	- интенсивная терапия кризиса гипертензии	- поиск причин - план лечения - диетотерапия и лечебная физкультура - ретинальное обследование в глазной больнице	- регулярное принятие лекарств Патронажная сестра проверяет: - соответствие приема лекарств/диеты - давление крови
Инсульт	- направление в ЦЭП	- Обследование КТ Инфаркт: антикоагулянты и антиплаклет Геморрагия: кровоостанавливающее средство или глицеол	- реабилитация - препятствование каротидному атеросклерозу - каротидная эндартеректомия - рассмотрение применения антиплаклет/антикоагулянта	- контроль гипертензии - назначение антиплаклетета Патронажная сестра проверяет: - ежедневную деятельность - давление крови
ИБС	- направление в ЦЭП	- интенсивная терапия (реанимация) - рассмотрение применения тромболитиков	- реабилитация - оценка сердечных функций - план лекарственной терапии - обучение воздержанию от приема соли - госпитализация, при необходимости	- регулярное принятие лекарств - контроль гипертензии
Хроническая сердечная недостаточность	- направление в областной медицинский центр или в ЦЭП	- интенсивная терапия (реанимация) острого ухудшения		- регулярное принятие лекарств - раннее обнаружение предстоящей сердечной недостаточности
Аритмия	- пальпация/аускультация - ЭКГ - консультация	- терапия критической аритмии	- детальная оценка - план лечения	- регулярное принятие лекарств
Сахарный диабет	На основе протокола - история - измерения сахара в крови/моче - диетотерапия и лечебная физкультура - консультация	- интенсивная терапия экстренного диабета	- контролирование сахара в крови - проверка HbA1c - проверка функционирование почек - диетотерапия и лечебная физкультура - ретинальное обследование в глазной больнице	- контроль сахара в крови - регулярное принятие лекарств Патронажная сестра проверяет: - соответствие приема лекарств/диеты - специальную палочку для анализа сахара в моче
Болезни почек	- история - анализ мочи/сывороточного креатинина - консультация	Неотложная помощь при: - почечной/уретеральной колики - острой почечной недостаточности	- поиск причин - почечная биопсия - план лечения - обучение диете - камнесечение (литотомия) - регулярный гемодиализ	- анализ мочи/сывороточного креатинина - регулярное принятие лекарств Патронажная сестра проверяет: - соответствие приема лекарств/диеты
Болезни печени	- история - желтуха/отек/асциты - проверка билирубина/сывороточного трансаминазе - консультация	Неотложная помощь при: - гепатите - варикозном кровотечении - печеночная коме	- поиск причин - РТ/АРТТ, сывороточный альбумин - план лечения - обучение диете - плановая операция при варикозе пищевода	- регулярное принятие лекарств - ограничение алкоголя Патронажная сестра проверяет: - соответствие приема лекарств/диеты - отеки

Болезни	ЛПУ первого обращения	Экстренная помощь в Центре экстренной помощи	Специализированная помощь на областном уровне	Последующее наблюдение в поликлинике, ЦРБ или СВП
COPD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- история</li> <li>- аускультация</li> <li>- рентген грудной клетки</li> <li>- консультация</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- интенсивная терапия острого ухудшения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- проверка респираторной функции</li> <li>- план лечения</li> <li>- механическое искусственное дыхание</li> <li>- последующее наблюдение</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- регулярное принятие лекарств</li> <li>- советы по прекращению курения</li> <li>- раннее обнаружение предстоящей дыхательной недостаточности</li> </ul>
см. Острая Инфекция Дыхательный Путь	<ul style="list-style-type: none"> <li>- история</li> <li>- частота дыхания, рентген грудной клетки, пульсовая оксиметрия</li> <li>- оральные или парентеральные антибиотики</li> <li>- консультация</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- более агрессивное лечение направленных пациентов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- лечение пневмония, приобретенной в больнице</li> </ul>	

## **Глава 11 Обсуждение Медицинских Услуг Областного уровня в Навоийской Области**

### **11-1 Важность Оптимизации Медицинских Услуг Областного Уровня в Навоийской Области**

Направление реформы услуг здравоохранения в Навоийской области заключается из реализации 5 стратегий, описанных в предыдущей главе. Стратегии созданы с видением оказания услуг в соответствии с изменением структуры болезней.

Система эффективных и рациональных услуг здравоохранения требует усиления помощи на районном уровне и соответствующего пересмотра услуг в отдаленных районах, а также реорганизацию помощи на областном уровне. Такая реформа дает НОУЗ возможность сделать первый шаг, и удовлетворять спрос на услуги здравоохранения в настоящее время и в будущем. Улучшение диагностических навыков медицинского персонала и оптимизация деятельности по профилактике НИЗ, обсужденных на семинарах в Навои и в Ташкенте, также важны.

Реализация первой стратегии, по организации эффективной и рациональной системы эффективных услуг здравоохранения на областном уровне, является особенно важным в процессе реформы, поскольку отсутствие областной многопрофильной больницы, и, разбросанные ЛПУ малого масштаба являются основной причиной, которая препятствует удовлетворению спроса на медицинские услуги. К тому же, создание областной многопрофильной больницы даст возможности в составлении и введении руководств и клинических протоколов для диагностики и лечения НИЗ и проведения обучения на рабочем месте.

Рассмотрение путей достижения эффективности и рациональности является довольно важным. Для завершения процесса реформы, также должны быть реализованы действия по усовершенствованию услуг вторичного и первичного звена. Поэтому, выделение финансовых ресурсов НОУЗ для реализации пяти стратегий является важным вопросом. Создание областной многопрофильной больницы и областного диагностического центра неизбежно требует начальной инвестиции для строительства новых зданий и поставки медицинского оборудования, даже если существующие здания и оборудование будут полностью использоваться. К тому же, выделение средств для текущих эксплуатационных расходов для двух ЛПУ областного уровня должно быть учтено при принятии решения по расположению отделений и объема оказываемых медицинских услуг.

Только после выбора оптимального варианта для организации эффективной и рациональной системы здравоохранения областного уровня, откроется окно возможностей для администраторов, чтобы создать всесторонний план для претворения стратегий в

практические действия. В настоящее время, наибольший приоритет должен быть отдан плану для оптимизации третичного уровня.

## 11-2 Варианты, предложенные по Результатам Изучения

На основе результатов Изучения, Группа Изучения предлагает три различных варианта для оптимальной системы третичной помощи в Навоийской области. Эти варианты описаны ниже, инвестиционные и текущие расходы сопоставлены в следующем разделе.

### 11-2-1 Вариант 1: Строительство Интегрированной Многопрофильной Больницы, включающей все педиатрические специальности

Это - план создания новой Областной Многопрофильной Больницы с радикальным слиянием специализированных диспансеров и больниц, которые в настоящее время существуют по отдельности (Рисунок 11–1). Стационарные здания должны быть достаточно большими, чтобы вместить целую Областную Педиатрическую Больницу. Большая часть оборудования Педиатрической Больницы будет перемещена в центральную лабораторию новой Областной Многопрофильной Больницы. Офтальмологическая больница, Онкологический диспансер и Кожно-венерологический диспансер будут неотъемлемой составной частью Областной Многопрофильной Больницы. Точно так же, Главный Гематолог и Главный Нейрохирург области будут приглашены из Карманы в новую Областную Многопрофильную Больницу. Сегодня, общество живёт в очень напряженный период, и у людей развиваются различные физические симптомы, вследствие психологического стресса (психосоматические нарушения). Стационарные пациенты с некоторыми физическими болезнями могут нуждаться в специальной психологической поддержке: больные с «синдромом реанимации»; со «стероидным психозом»; больные, у которых недавно было выявлено онкологическое заболевание; и др. По крайней мере, один психиатр должен быть приглашен из психоневрологического диспансера для оказания консультативных услуг по психиатрии в новой многопрофильной больнице. Отделения общей хирургии, ортопедии (для плановых пациентов), офтальмологии, отоларингологии, урологии, и анестезиологии, могут заведоваться опытными врачами, которые в настоящее время работают в областном филиале РНЦЭМП, или главврачами, приглашенными из Ташкента или из других областей. Специальности внутренней медицины, кроме гематологии и неврологии, должны быть образованы тем же путем. Если в будущем будет ослаблено строгое законодательство об отдельном расположении эндокринологических диспансеров, то эндокринологи могут быть приглашены в Многопрофильную Больницу, как представители важной специальности внутренней медицины. Тогда они смогут консультировать диабетических пациентов или пациентов с эндокринологическими заболеваниями и давать консультации другим специалистам, которые ведут пациентов с основными эндокринологическими болезнями.

Новая многопрофильная больница должна иметь отдельный пищевой блок для более продвинутой диетотерапии.



**Рис. 11-1: Объединенная Многопрофильная Больница, использующая Оборудование Педиатрической Больницы Плюс Преобразованный Центр Экстренной Медицинской Помощи (Вариант 1)**

Скопление различных специальностей может допустить недосмотр болезней, которые не диагностированы и не охвачены специалистами. Если пациент посещает специалиста другого профиля, для направления его к нужному специалисту может потребоваться долгое время. Поэтому, в новой Многопрофильной Больнице рекомендуется создать отделение общей внутренней медицины, как отделения для пациентов с неясными диагнозами, которых оттуда будут направлять к разным специалистам. Если, это отделение принимает молодых врачей, недавних выпускников, обучает их глубже по общей внутренней медицине с полной поддержкой многопрофильной больницы и, в соответствии, с разрешением МЗ, обученные доктора в будущем могут играть ту же самую роль в районных поликлиниках и ЦРБ.

Основываясь на числе пациентов областного филиала РНЦЭМП и областной детской больницы в 2007 году, и рост населения Узбекистана, полагается, что подходящее количество коек для областной многопрофильной больницы будет 419. Между тем, областной центр экстренной помощи будет сокращен на 30% поскольку эти 30% направлены на оказание не экстренных медицинских услуг из-за отсутствия многопрофильной больницы.

## 11-2-2      Вариант 2: Строительство Новой Многопрофильной Больницы для Взрослых и Областного Диагностического Центра

Это - другой план создания новой многопрофильной больницы исключительно для взрослых (Рис. 11-2). Областная Педиатрическая Больница будет независима как сейчас, и поэтому количество коек может быть меньше на 125 коек, чем в варианте 1. Однако, оборудование Педиатрической Больницы не может быть перемещено в новую взрослую многопрофильную больницу. Офтальмологическая больница, Онкологический диспансер и Кожно-венерологический диспансер будут перемещены из Карманы и возобновят деятельность в составе многопрофильной больницы как её важная составляющая часть. Если Главный Гематолог и Главный Нейрохирург области продолжают работу в ЦРБ Карманы, то новая взрослая многопрофильная больница может начать функционировать с еще меньшим количеством коек и сэкономить затраты на строительство. Если законодательство об отдельном расположении эндокринологических диспансеров не изменится, то новое здание для эндокринологического диспансера может быть построено на территории взрослой многопрофильной больницы, и эндокринологи могут лечить и пациентов диспансера, и многопрофильной больницы.

Основываясь на числе пациентов областного филиала РНЦЭМП в 2007 году и рост населения Узбекистана, полагается, что подходящее количество коек для областной многопрофильной больницы будет 282. Областной центр экстренной помощи будет сокращен на 30%.

Областной диагностический центр будет построен отдельно от многопрофильной больницы, и будет иметь двойную функцию, как центральная лаборатория многопрофильной больницы и как лаборатория, которая будет обслуживать любые другие частные либо государственные ЛПУ области. В принципе все диагностические процедуры и анализы будут платными, а НОУЗ может платить за льготных больных. Таким образом, деятельность диагностического центра не будет полностью зависеть от областного бюджета, но может предложить более стабильные высокотехнологические услуги.

Финансовая выгода от принятия молодых врачей в качестве стажеров (ординаторов) заключается в получении новой многопрофильной больницей мотивированных сотрудников с меньшими затратами. Даже если это не разрешается, область сама может разрешить многопрофильной больнице приглашать врачей районного уровня и организовать курсы по повышению квалификации по внутренней медицине. Такие действия будут эффективно способствовать взаимодействию между ЦРБ и многопрофильной больницей, обеспечению качества ведения пациентов и консенсусу в плане направления пациентов. Шкала бюджетных ассигнований является решающим фактором для предложения непрерывного обучения штатным докторам на широком уровне или минимально.



**Рис. 11-2: Схема Отдельной Взрослой Многопрофильной Больницы, Педиатрической Больницы, Областного Диагностического Центра и Эндокринологического Диспансера (Вариант 2, модифицированный вид Варианта 1)**

11-2-3 Вариант 3: Отделение Центра экстренной помощи и использование части здания центра экстренной помощи для Многопрофильной больницы

Городская территория Навои и центр города Кармана расширяются, и сливаются в одну городскую территорию. Лишь 7 километров отделяет Больничный Комплекс города Навои, который состоит из филиала РНЦЭМП, родильного дома, детской инфекционной больницы, туберкулезного диспансера, от ЦРБ Карманы. Это - большая возможность для проектирования оптимизированной и рентабельной больничной сети в этой густонаселенной местности.

В основном этот вариант является измененным видом Варианта 2. Новая Взрослая Многопрофильная Больница будет создана объединением специализированных диспансеров и отделений. Областная педиатрическая больница остается независимой. Глазная больница, Онкологический и кожно-венерологический диспансеры и отделение дерматологии кожно-венерологического диспансера будут сливаться с многопрофильной больницей, и в результате, новое здание, предназначенное для онкологического диспансера, которое строится у автодороги М-37, будет свободно. Этот вариант предлагает реконструкцию данного свободного здания как Центра Травматологии Навоийского филиала РНЦЭМП в



Кармане, куда в основном обращаются пациенты с травмами. Он расположен около перекрестка, соединяющего каждый район и город Навои, и является лучшим местом для оказания помощи пострадавшим от ДТП. Поэтому, есть серьезное основание для перемещения хирургического отделения Центра Экстренной Помощи. После такой замены, Центр Экстренной Медицинской Помощи главным образом, будет принимать экстренные случаи, не требующие хирургического вмешательства. В случае необходимости хирургического вмешательства, общие экстренные хирурги, работающие там, консультируют пациентов и принимают решение о направлении их в Центр Травматологии Навоийского Центра Экстренной Медицинской Помощи или в новую многопрофильную больницу.



**Рис. 11-3: Два центра высококвалифицированной медицинской помощи в Навои/Кармане (Вариант 3, модифицированный вид Варианта 2)**

Палаты и койки, которые в настоящее время закреплены за хирургическими отделениями Навоийского Центра Экстренной помощи, будут переданы хирургическим подразделениям новой многопрофильной больницы, то есть общей хирургии, офтальмологии, ЛОР, урологии, дерматологии, и т.д., под контроль главврача многопрофильной больницы (приведенный в *курсиве* в Рисунке 11-3). Количество коек в областной многопрофильной больнице будет таким же как в варианте 2 (282), но затраты на строительство новой Многопрофильной Больницы могут быть уменьшены. Сэкономленный бюджет можно использовать на преобразование ЦРБ Карманы в новую городскую больницу Карманы/Навои, которая может

предложить населению этой территории вторичные медицинские услуги и третичную помощь по некоторым специальностям. Государственная (городская) больница Карманы/Навои поможет снять нагрузку с областной многопрофильной больницы.

Областной диагностический центр будет независимым учреждением, который будет помогать общественные и частные лечебно-профилактические учреждения, включая Многопрофильную Больницу. Новое здание областного онкологического диспансера можно использовать в других целях.

### 11-3 Сравнение стоимости трех вариантов

Стоимость трех вариантов, описанных в предыдущем разделе, сопоставлена в Таблице 11-1. Поскольку по варианту 1 многопрофильная больница объединится с областной детской больницей, коечный фонд и общая площадь будут самыми большими (на основе расчета Группы Изучения 419 коек на площади 24,000 м<sup>2</sup>). Стоимость приобретения медицинского оборудования может быть снижена благодаря возможности использования оборудования детской больницы, однако, общая инвестиция для Варианта 1 составляет 33,220 миллиона сумов, самая высокая среди трех вариантов. Коечный фонд многопрофильной больницы в вариантах 1 и 2 является одинаковым (282). Однако, сравниваемая площадь в Варианте 2 больше (20,000 м<sup>2</sup> в Варианте 2; 14,000 м<sup>2</sup> в Варианте 3), так как по Варианту 3 предполагается использование существующих зданий Центра экстренной помощи для многопрофильной больницы. В результате, инвестиционная стоимость Варианта 3 будет самой низкой.

Текущие (эксплуатационные) расходы после открытия многопрофильной больницы в 2012-2017 годах также исследуются в Таблице 11-1. Поскольку больница имеет много персонала, койки и оборудования по Варианту 1, ее текущие (эксплуатационные) расходы также будут самыми высокими. Вариант 3 имеет самые низкие текущие (эксплуатационные) расходы. Вариант 3 имеет одинаковое число персонала и количество коек с Вариантом 2, но амортизационные расходы для Варианта 3 будут ниже из-за низкой инвестиционной стоимости. Касательно стоимости обслуживания зданий и оборудования, Варианты 1 и 2 не имеют большого различия, потому что низкая стоимость зданий в Варианте 2 покрывается повышенной стоимостью оборудования.

**Таблица 11-1: Первоначальная инвестиция и текущие (эксплуатационные) расходы трех вариантов**

	Первоначальная инвестиция	Ед: миллион сум Годовые Текущие (эксплуатационные) Расходы					
		2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Вариант 1</b>	33,220.0	4,055.9	4,607.3	5,216.6	5,874.7	6,601.1	7,388.2
<b>Вариант 2</b>	29,100.0	3,521.5	4,006.5	4,544.8	5,130.0	5,779.1	6,487.4
<b>Вариант 3</b>	21,420.0	3,164.8	3,598.3	4,078.6	4,599.2	5,175.6	5,802.7

Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА

Между тем, нельзя забывать, что все три варианта предполагают объединение нескольких существующих учреждений в Навои с многопрофильной больницей. Для предоставления более эффективных и рациональных услуг здравоохранения, Группа Изучения непосредственно предлагает слияние следующих 6 существующих учреждений в многопрофильную больницу: (1) Детская больница (только в Варианте 1), (2) часть Центра экстренной помощи предназначенная для не экстренных пациентов (30% функции), (3) глазная больница, (4) Онкологический диспансер, (5) Эндокринологический диспансер, и (6) отделение дерматологии кожно-венерологического диспансера (35% функции). С этой точки зрения, НОУЗ сможет сэкономить дополнительные финансовые ресурсы для функционирования многопрофильной больницы переводом бюджетных средств с этих лечебных учреждений.

Таблица 11-2 сравнивает суммы бюджетных средств, переведенных из учреждений, которые слились с многопрофильной больницей и дополнительных финансовых требований, возложенные на НОУЗ для работы больницы в трех вариантах. Относительно Варианта 3 с самыми высокими текущими расходами, переводимый из вышеприведенных учреждений бюджет будет самым большим, поскольку данный вариант предполагает объединение детской больницы. Вследствие, НОУЗ может сэкономить дополнительные финансовые ресурсы для функционирования многопрофильной больницы. В заключении можем сказать, что Вариант 1 требует большую инвестицию и текущих расходов, но он может сэкономить дополнительные средства если НОУЗ сумеет успешно объединить существующих лечебных учреждений, которые приведены выше. Вариант 2 будет требовать вложение самых больших средств со стороны НОУЗ.

**Таблица 11-2: Сравнение текущих (эксплуатационных) расходов многопрофильной больницы трех вариантов в 2012 году**

	Ед: миллион сум		
	<b>Вариант 1</b>	<b>Вариант 2</b>	<b>Вариант 3</b>
<b>Бюджет переводимый из интегрированных ЛГ</b>	2,616.8	1,656.4	1,656.4
<b>Дополнительные Финансовые Вложения НОУ</b>	<b>1,439.1</b>	<b>1,865.1</b>	<b>1,508.4</b>
<b>Всего Текущих Расходов в 2011 году</b>	4,055.9	3,521.5	3,164.8

Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА

#### 11-4 Вариант, выбранный для оптимизации системы здравоохранения областного уровня

Исходя из важности оптимизации системы третичной помощи в области, Группа Изучения представило МЗ и НОУЗ три варианта в ходе 4-командировки и продолжало соответствующие обсуждения. В результате, был определен подход к оптимизации системы областного третичного уровня. Как описано в следующем разделе, основным моментом определенной оптимизации является открытие областного многопрофильного медицинского

центра (переименованной областной многопрофильной больницы, использованной в 11-2 в соответствии с толкованием Указа Президента №3923 и Постановления Президента №700) и областного диагностического центра в больничном комплексе в г. Навои, где находятся Центр экстренной помощи, Родильный дом, Детская инфекционная больница, противотуберкулезный диспансер, и медсанчасть НГМК, но педиатрическая помощь не будет включена в перечень услуг объединенного медицинского центра. Другими словами, определенный подход является несколько модифицированным Вариантом 2, который приведен в 11-2.

Подход был определен после обсуждений на соответствие с политическим направлением государственной программы реформирования здравоохранения, а именно с содержанием Указа и Постановления Президента.

Прежде всего, был подчеркнут базовый дизайн предоставления услуг. Как описано во Главе 2, Указ утверждает создание медицинских центров, детских медицинских центров (переименованные детские больницы) и диагностических центров на областном уровне. Это означает то, что правительство решило продолжить параллельную систему медицинских услуг для взрослых и детей на областном уровне. Следовательно, МЗ и НОУЗ думали, что будет очень трудно включить педиатрические услуги в интегрированную третичную помощь, и они выбрали создание медицинского центра для взрослых на областном уровне.

Соответственно, ответственность за усиление диагностических функций области была возложена на областной диагностический центр не только для максимизации эффекта схемы предоставления платных услуг, но и для предоставления качественной диагностики для всех медицинских услуг на областном уровне.

Необходимость обучения на рабочем месте на областном уровне не противоречит политике центрального правительства. Однако, еще должен быть разработан специальный план качественного обучения медицинского персонала. Должны быть определены шаги применения соответствующей программы обучения.

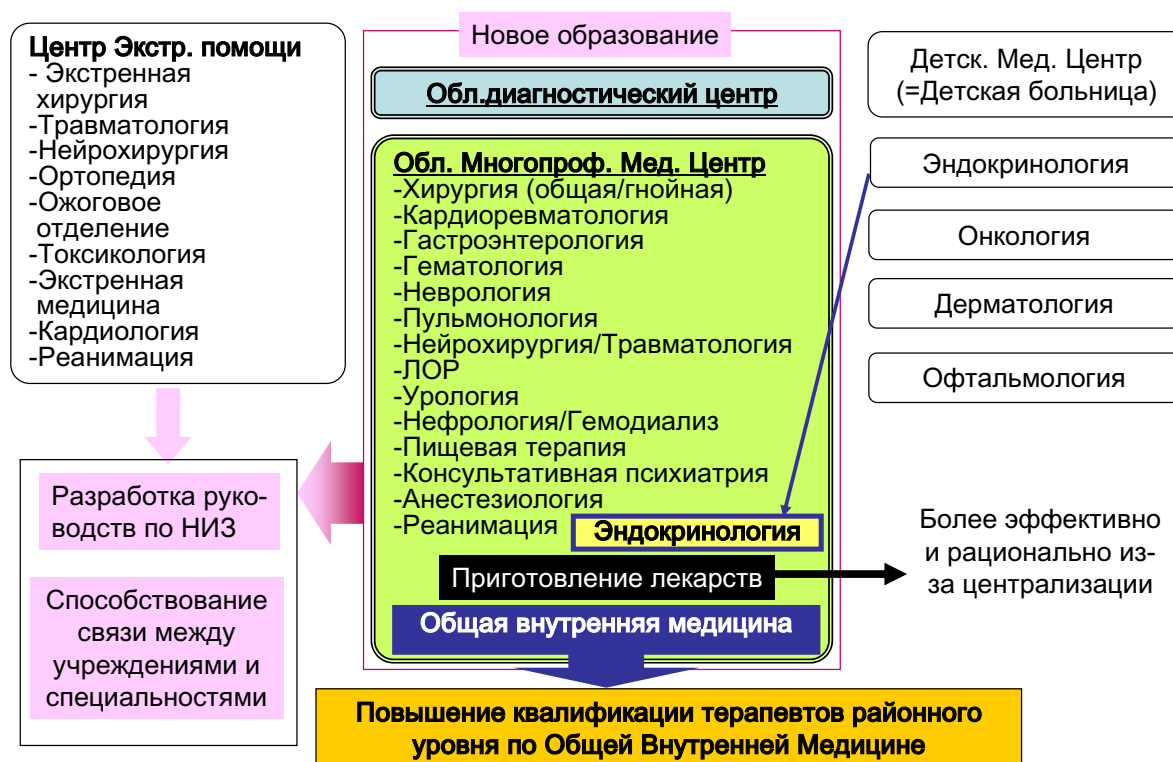
Основываясь на вышеприведенный выбор, как описано во Главе 12, подробности программы усовершенствования, включая цели, графика и концепции каждого компонента, план действий и необходимый бюджет были рассмотрены.

#### 11-5 Особенности определенного Варианта

Рис. 11-4 суммирует определенный вариант. Существующие лечебные учреждения, включая Детскую больницу, Глазную больницу, Онкологический и Кожный диспансеры, которые должны были интегрироваться по Варианту 2, останутся независимыми. Областной диагностический центр также создается как независимое учреждение, которое играет роль поставщика качественной диагностики, референс лаборатории области, а также лаборатории областного многопрофильного медицинского центра.

Отделения областного многопрофильного медицинского центра включают хирургию, ЛОР, урологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, нефрологию и неврологию. Кардиология, нейрохирургия, гематология и реанимация будут также доступны. Одной из особенностей медицинского центра будет, по крайней мере, расположение одного психиатра, который будет иметь возможность оказания необходимой поддержки пациентам с психологическими проблемами. Для эффективного управления сахарного диабета, Эндокринологический Диспансер должен быть интегрирован.

Медицинский центр будет иметь возможности играть роль ядра медицинских услуг в Навоийской области. Он может оказывать качественные услуги третичной помощи в не экстренных случаях как НИЗ. Он может быть использован для обучения врачей на месте работы по общей внутренней медицине, чтобы направить их в ЦРБ и поликлиники. Он может обеспечивать качества услуг в области, ведя разработку практических руководств по лечению НИЗ и способствуя связи между учреждениями и специальностями. Из-за своего эффективности и рациональности, он также будет функционировать как центр приготовления лекарственных средств.



**Рис. 11-4: Краткое изложение определенного Варианта**

Коечный фонд областного многопрофильного медицинского центра 282 коек, одинаково с Вариантом 2. Первоначальная инвестиция для строительства зданий и приобретения медицинского оборудования 29,100 миллиона сум также является одинаковой.

Предполагая открытия медицинского центра в 2012 году, по расчету Группы Изучения текущие (эксплуатационные) расходы первого года составляет 4,042 миллиона сумов. Следуя этому, как показано в Таблице 11-3, расходы будут расти с учетом инфляции.

Однако, так как нет существующих лечебных учреждений, которые могли бы объединиться с областным многопрофильным медицинским центром, текущие (эксплуатационные) расходы полностью требуют дополнительного источника финансирования. НОУЗ намерено финансировать 70% годовых текущих (эксплуатационных) расходов, и, оставшиеся, 30%, будет покрываться за счет поступлений от платных услуг. На основе этой идеи, в 2012 году поступления от пациентов за оказанную платную услугу в сумме 305.1 тысяч сумов будет достаточно для финансирования текущих расходов независимо от продолжительности пребывания на койке.

В действительности, пациенты, поступающие в областные учреждения, тратят значительные суммы для различных целей и, на разные вещи. Учитывая данный факт, НОУЗ предполагает, что пациенты могут лечиться на платной основе, и ожидает, что 30% текущих расходов будут покрываться за счет платных услуг.

**Таблица 11-3: Годовые текущие (эксплуатационные) расходы и источники финансирования для определенного Варианта**

<b>Год</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Расходы (,000)</b>						
1. Персонал	517,637	582,970	653,328	726,199	804,096	884,506
2. Коммунальные услуги	230,432	259,515	290,836	323,275	357,952	393,747
3. Содержание (зданий)	250,000	281,553	315,534	350,728	388,350	427,184
4. Содержание (медицинского оборуд.	800,000	900,971	1,009,709	1,122,330	1,242,718	1,366,990
5. ГСМ (транспортировка)	63,448	71,456	80,080	89,012	98,560	108,416
6. Продукты питания	205,918	231,907	259,896	288,884	319,872	351,859
7. Лекарства/Прочие материалы	222,480	250,560	280,800	312,120	345,600	380,160
8. Амортизация	1,487,700	1,675,468	1,877,680	2,087,113	2,310,990	2,542,089
9. Прочее	264,433	297,808	333,750	370,976	410,770	451,847
<b>Всего расходов</b>	<b>4,042,047</b>	<b>4,552,208</b>	<b>5,101,613</b>	<b>5,670,639</b>	<b>6,278,908</b>	<b>6,906,799</b>
<b>Доход (,000)</b>						
1. Областной бюджет	2,829,433	3,186,546	3,571,129	3,969,447	4,395,236	4,834,759
2. Поступление от платных услуг	1,212,614	1,365,662	1,530,484	1,701,192	1,883,672	2,072,040
<b>Всего доходов</b>	<b>4,042,047</b>	<b>4,552,208</b>	<b>5,101,613</b>	<b>5,670,639</b>	<b>6,278,908</b>	<b>6,906,799</b>
Прогнозируемое число стационарных пациентов	13,249	13,514	13,784	14,060	14,341	14,628
<b>Плата от 30% стационарных</b>	<b>305.1</b>	<b>336.9</b>	<b>370.1</b>	<b>403.3</b>	<b>437.8</b>	<b>472.2</b>

Источник: Группа Изучения ЛСА и Обсуждения между НОУЗ и Группой Изучения

# **ЧАСТЬ IV. ПЛАН УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

## **Часть IV. ПЛАН УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

### **Глава 12 Программа Усовершенствования Услуг Здравоохранения в Навоийской области**

#### **12-1 Цели Усовершенствования**

Обновление системы услуг здравоохранения Навоийской области является большой задачей. Предлагаемая здесь программа состоит из последовательных действий для соответствия изменяющимся нуждам здравоохранения. Прежде всего, руководители в сфере здравоохранения должны разработать основной проект с упором на заболевания или сферы, которые должны быть приоритетизированы, и введением последних медицинских знаний и современных технологий.

Здравоохранение областного уровня должно соответствовать необходимым стандартам медицинских услуг и использовать современные технологии. ЛПУ третичного звена должны играть лидерскую роль в наблюдении за пациентами с НИЗ и предлагать им комплексную медицинскую помощь, включая режим лекарственного лечения, советы по диете, лечебную физкультуру и т.д.

Медицинские услуги вторичного уровня оказываются поликлиниками районного уровня и ЦРБ, где случаи, которые должны быть направлены в ЛПУ вышестоящего уровня, должны быть разделены от случаев, которых можно вылечить на районном уровне. Районные поликлиники должны осуществлять последующее наблюдение за пациентами, которые были направлены обратно, согласно плану лечения, составленного специалистами областного уровня.

СВП были или будут оснащены необходимым диагностическим оборудованием по проекту Здоровье 1 и Здоровье 2. СВП должны стабильно содержать и использовать свое оборудование, и конечно диагностировать общераспространенные болезни. Гипертоническая болезнь, ожирение, и сахарный диабет являются фактором риска более критических НИЗ, и СВП должны более активно выявлять и контролировать такие состояния, и внести вклад в снижение будущей нагрузки на систему здравоохранения.

Посредством развития эффективной системы направления пациентов, ЛПУ различного звена будут реорганизованы в интегрированную сеть здравоохранения, которая будет удовлетворять растущий спрос на усовершенствованные услуги здравоохранения.

#### **12-2 Цели Программы**

Базовая стратегия, описанная в 10-2 создается для установления новой системы здравоохранения, способной справиться с эпидемическим переходом, который принесет



большое бремя неинфекционных заболеваний. Выбранная базовая стратегия ставит целью достичь хороших результатов при новой системе здравоохранения. В итоге, вышеназванный результат – это хорошее состояние здоровья населения без повышенной смертности от неинфекционных заболеваний. Помня эту конечную цель, программа реформирования здравоохранения нуждается в целях на определенные временные отрезки, скажем на 10 лет. Программе также нужны среднесрочные, или пятилетние этапы (результаты), и пункты, отражающие первые шаги и важные достижения, а именно среднесрочные цели и краткосрочные задачи.

Было рекомендовано установить целью снижение смертности от неинфекционных заболеваний в следующие 10 лет. Учитывая, что население старше 45 лет в Навоийской области увеличится в 2017 году в 1.4 раза по сравнению с 2007, как описано в предыдущей главе, мы можем предположить, что и показатели смертности от неинфекционных увеличатся хотя в 1.4 раза за тоже время. В этом контексте, вехами реализации программы должны стать установление методов ранней диагностики и лечения, стандартизация медицинского обслуживания, и осведомленность населения об НИЗ.

Обязательное условие для выполнимости и устойчивости тех постепенных шагов усовершенствования – это учреждение надежного управления и практики. Учитывая, изменение структуры заболеваемости и его влияние на расходы здравоохранения, настоятельно рекомендуется выделять определенную долю дохода от платных услуг для областных лечебных учреждений. Улучшение управления должно быть подтверждено на ранней стадии, иначе не достичь никаких результатов. Соответственно, вехами в реализации программы станут развитие и осуществление учебных программ, оптимизация медицинского персонала и лучшая кадровая политика и укомплектование штатов, создание новой системы технического обслуживания оборудования.

При этих условиях, предлагаются следующие общие цели, среднесрочные цели и краткосрочные задачи программы реформы здравоохранения. Некоторые из них, особенно краткосрочные задачи могли быть определены, когда выбор плана действий, показанного в Главе 12, отобран в КО 4.

#### (1) Общие Цели

Предлагаются следующие общие цели для программы реформирования услуг здравоохранения в Навоийской области. Данные цели должны быть достигнуты в 2017.

### Общие цели для 2017 года

- Будет повышена средняя продолжительность жизни
  - Средняя продолжительность жизни в 65 лет будет увеличена на 10 лет
  - Средняя продолжительность жизни после рождения увеличится на 5 лет
- Будет улучшен уровень оказания экстренной медицинской помощи
  - Больничная летальность в течение 30 дней после госпитализации с ОРИ будет снижена на 20%
  - Больничная летальность в течение 30 дней после госпитализации с инсультом будет снижена на 30%
- Летальность, вызванная НИЗ можно сдерживать в пределах 1.4 раза показателя в 2007 году
  - Коэффициент выживания больных раком (рак молочной железы или шейный рак) на 5 лет увеличится на 20%
  - Летальность от астмы будет снижена на 30%
- Будут усилены профилактические мероприятия
  - Охват запланированным медицинским осмотром >70%
- Новый областной многопрофильный диагностический центр может получить половину своего дохода от платных услуг

Для достижения этих целей МЗ нужны необходимые финансовые ресурсы для улучшения превентивной и лечебной деятельности по НИЗ и введения новых технологий в экстренную медицину. Если МЗ увеличат бюджет ( государственные расходы на здравоохранение) до 4% от ВВП, который в 2007 году составляет 2,4%, МЗ сможет использовать одну четвертую часть своего государственного бюджета на профилактические меры, и остальные три четверти на лечебные мероприятия.

Было бы также предпочтительно сохранять соотношение государственных и частных (наличные платежи и плюс медицинская страховка) расходов на здравоохранение пятьдесят на пятьдесят. При этом сценарии, частные расходы на здравоохранение должны также составить 4% от ВВП. Предполагая, что рост наличных платежей остается на том же уровне, недостаток должен покрываться за счет введенного медицинского страхования.

Увеличение продолжительности жизни станет общим показателем успешной программы здравоохранения. Как может увеличиться продолжительность жизни населения Узбекистана? Одним из путей достижения этой цели является следующее: как описано в Главе 10-4, Навоийский филиал РНЦЭМП будет оснащен компьютерным томографом. Компьютерная томография необходима для исследования различных органов, а также для дифференциальной диагностики, например геморрагического и ишемического инсульта. Руководство (протоколы) для диагностики и лечения инсультов должно быть создано в филиале Центра до установки КТ. Должны быть созданы и другие руководства для направления пациентов с вторичного или первичного уровней в филиал РНЦЭМП, и врачи в области должны быть ознакомлены с содержанием руководств с помощью обучающих

тренингов по повышению квалификации. Таковы краткосрочные задачи до 2010 года. В будущем, будем надеяться, филиал РНЦЭМП сможет проводить нейрохирургические вмешательства и тромболитическое лечение в отдельных случаях геморрагического и ишемического инсульта, соответственно. Таким образом, огромные инвестиции на компьютерный томограф принесут пользу населению Навоийской области.

## (2) Среднесрочные Цели

Среднесрочные цели установлены как результаты программы, которые будут представлены в 2012 году. Для удержания коэффициента смертности, вызванного НИЗ, низко, профилактические усилия должны быть начаты в более ранней стадии. Особенно, больше внимания должно быть обращено на сахарный диабет и гипертонию, потому что они увеличивают риск других НИЗ. Параллельно с профилактической деятельностью должна быть усилена ранняя диагностика и лечение НИЗ. Высококвалифицированные врачи общего профиля должны быть распределены во все лечебные учреждения для координации специалистов и рационального ведения экстренных пациентов.

### **Среднесрочные цели в 2012 году**

- Ускоряются профилактические усилия
  - Охват основной вакцинацией будет 90% или более
  - Не будет увеличиваться распространение болезней, которых можно предотвратить вакцинацией
  - 80% пациентов с гипертонической болезнью или сахарным диабетом находятся под регулярным наблюдением
  - Коэффициент госпитализации пациентов с не контролируемым диабетом будет снижен на 30%
  - Процентное соотношение избыточности веса или ожирения среди взрослого населения будет снижена на 10%  
(\* $25 < \text{ИМТ} < 30 \text{ кг/м}^2$ , \*\*  $\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$ )
  - Не увеличится употребление алкоголя (литр на душу населения в возрасте 15+)
  - Коэффициент курения будет снижен на 20%
- Диагностические навыки будут улучшены в соответствии уровнем лечебных учреждений
  - У каждого диабетика HbA1c будет проверен минимум один раз в год
  - Число пациентов с диабетом с высоким уровнем HbA1c будет снижено на 50%
  - Сканеры компьютерной томографии на миллион людей в Навоийской области будет не меньше среднестатистического республиканского показателя
- Обученные врачи направляются в ЛПУ в качестве высококвалифицированных интернистов
- Областной многопрофильный медицинский центр и диагностический центр начинают осуществлять деятельность и оказывать платные услуги
- Количество коек в областном центре экстренной помощи будет сокращено
- Сэкономленные средства используются на улучшение уровня медицинской практики

Для обеспечения устойчивого дохода, областной многопрофильный медицинский центр должен принимать плату за оказанные услуги и использовать эти средства на улучшение клинических навыков и качества услуг на областном уровне. В то же самое время, для улучшения экономической эффективности должны быть оптимизированы расходы на услуги здравоохранения на областном уровне. Когда лечебные учреждения оказывают качественные услуги, пациенты тоже станут покрывать некоторые расходы из своего кармана.

### (3) Краткосрочные Задачи

Ниже приведены краткосрочные задачи, предлагаемые результаты, которые будут достигнуты в 2010 году, в то время как эти краткосрочные задачи могут значительно варьировать согласно действиям/деятельности, которые выбираются в программе.

#### **Краткосрочные цели в 2010 году**

- Начаты профилактические усилия против заболеваемости НИЗ.
- Разработаны руководства по диагностике и лечению НИЗ.
- Разработана схема обучения на рабочем месте на основе руководства по НИЗ
- Утверждено создание нового областного многопрофильного медицинского центра и диагностического центра
- Сужены показатели оказания экстренной медицинской помощи

За первые несколько лет, МЗ и НОУЗ должны начать различные действия для достижения среднесрочных и общих целей. Сэкономленные деньги используются на улучшение уровня экстренной медицинской помощи; например, бесплатное предоставление предписанных дорогих препаратов, предоставление бесплатных диагностических процедур, и т.д.

## 12-3 Структура Программы

### 12-3-1 Концепция Компонентов

Программа усовершенствования системы услуг здравоохранения в Навоийской области состоит из следующих шести компонентов.

Компонент 1: Профилактика заболеваний и продвижение здорового образа жизни

Компонент 2: Диагностика и лечение НИЗ

Компонент 3: Лечебные учреждения

Компонент 4: Медицинское оборудование

Компонент 5: Санитарные условия в лечебных учреждениях

Компонент 6: Рациональность обеспечения лекарственными средствами

## **Компонент 1: Профилактика заболеваний и продвижение здорового образа жизни**

Оптимизация профилактических мероприятий, краеугольного камня базовых стратегий, конкретно формируется в этом Компоненте. Профилактика заболеваний и продвижение здорового образа жизни важны для улучшения состояния здоровья людей, и избежания внезапного увеличения бюджета здравоохранения. Особенно, в ответ на изменение структуры болезней необходимо ускорить профилактическую деятельность против распространения НИЗ. Поскольку НИЗ тесно связаны с образом жизни людей и их жизненной средой, подходы к контролю НИЗ совершенно отличаются от тех, которые были приняты для контроля инфекционных заболеваний. В этом компоненте, Навоийский филиал Института Здоровья и НОУЗ должны сыграть ключевую роль в формулировании и реализации конкретного плана, который состоит из профилактических действий как следует ниже.

Прежде всего, для продвижения здорового образа жизни должно быть проведено массовое обучение. Этого можно сделать более эффективно с помощью руководителей махалли и школ. К тому же, для обнаружения НИЗ в ранней стадии, должна быть создана система медосмотров (**Деятельность 1.1 «Усиление профилактической деятельности направленной на неинфекционные заболевания и пропаганда здорового образа жизни»**). Настоящая патронажная деятельность обременена множеством норм и правил. Рекомендовано оптимизировать настоящую деятельность, чтобы патронажная система была направлена на профилактику и наблюдение за больными с НИЗ. Таким образом, будет выбран интегрированный подход к реализации Стратегий 2 и 5. Должно быть разработано практическое руководство для патронажных сестер, и затем продолжено переобучение персонала на основе руководства (**Деятельность 1.2 «Улучшение патронажной деятельности»**).

Для составления взаимодействующих комбинаций, все эти деятельности должны быть тщательно запланированы.

## **Компонент 2: Диагностика и процесс лечения НИЗ**

Система здравоохранения в целом должна быть готова предложить качественные услуги лечения НИЗ при разумных расходах. Стратегия 4, улучшение навыков диагностики в соответствии с уровнем учреждений, должна быть проведена действиями, которые должны быть реализованы в данном компоненте.

Должны быть разработаны практические руководства по диагностике и лечению НИЗ, которые будут применимы на каждом уровне здравоохранения Навоийской области (**Деятельность 2.1 «Стандартизация диагностики и процесса лечения НИЗ»**). Областной многопрофильный медицинский центр будет самым лучшим местом для проведения этой деятельности, так можно пригласить общих врачей с навыками преподавания. Разработанные руководства даст НОУЗ возможность стандартизации диагностического оборудования в соответствии с уровнем учреждений и режима лечения НИЗ.

Желательно создать отделение общей внутренней медицины для выступления координатором для других специалистов и принятия направленных пациентов с непонятным диагнозом. Для эффективного направления и перенаправления пациентов, НОУЗ должен играть роль в разработке их руководств и в проведении обучения в практике (**Деятельность 2.2 «Координация деятельности различных узких специалистов и учреждений»**).

Оптимальное распределение кадров является ключом успеха в оптимизации лечебных учреждений. Новый областной многопрофильный медицинский центр должен пригласить врачей из районов и предлагать им обучение на практике для обновления их знаний и навыков. Расходы на эту деятельность должны покрываться со стороны НОУЗ (**Деятельность 2.3 «Подготовка квалифицированных кадров»**).

### **Компонент 3: Лечебные учреждения**

Для того, чтобы реализовать реформу здравоохранения и материализовать эффективную и рациональную систему здравоохранения в Навоийской области, должны существовать эффективные и рациональные учреждения областного уровня (**Деятельность 3.1 «Создание (строительство) областного многопрофильного медицинского центра (ОММЦ) и областного диагностического центра (ОДЦ)»**). После открытия, областной многопрофильный медицинский центр и областной диагностический центр должны быть центральным узлом третичной помощи (см. Стратегию 1) и обучения на практике (см. Стратегию 4). Соответствующее лечение не экстренных взрослых пациентов и усовершенствованные диагностические услуги должны обязательно быть достигнуты.

По поводу оптимизации системы услуг здравоохранения в области, медицинские услуги областного уровня, включая экстренную медицинскую помощь, должны быть оптимизированы (см. Стратегию 1), и также должны быть усилены медицинские услуги по общим болезням районного уровня (см. Стратегии 3 и 4) (**Деятельность 3.2 «Оптимизация областного центра экстренной помощи» и Деятельность 3.3 «Усиление лечебных учреждений районного уровня»**). Однако, детальный план этих двух деятельностей должны быть рассмотрены через несколько лет после начала деятельности областного многопрофильного медицинского центра и областного диагностического центра, когда их функции и масштабы услуг станут более ясными.

### **Компонент 4: Медицинское оборудование**

Лечебным учреждениям должны быть поставлены адекватное и достаточное медицинское оборудование. Более того, поставленное оборудование должно обслуживаться соответствующим образом. Иначе, нельзя ожидать устойчивого использования поставленного оборудования.

Особенно, Навоийской области требуется пересмотр системы содержания и обслуживания медицинского оборудования, независимо от того, являются ли они ветхими или новыми

(Деятельность 4.1 «Усиление технического обслуживания оборудования»). Требуется механизм мобилизации текущих ресурсов.

В связи с Компонентом 3, медицинское оборудование для областного многопрофильного медицинского центра и областного диагностического центра должно быть приобретено (см. Стратегию 1), и оно включено в Деятельность 3.1. К тому же, посредством приобретения необходимого оборудования должно быть улучшено качество диагностики и лечения общераспространенных болезней в ЦРБ (см. Стратегии 2 и 3) (Деятельность 4.2 «Приобретение медицинского оборудования для ЦРБ»).

#### **Компонент 5: Рациональность обеспечения лекарственными средствами**

Сосредоточение приготовления лекарств на областном уровне посредством создания цеха по приготовлению дает возможность стабилизации их качества и снижения расходов. К тому же, эффективное приготовление лекарственных средств требует систему эффективного хранения и доставки лекарств (Деятельность 5.1 «Централизация приготовления лекарственных средств»).

Для того, чтобы улучшить доступ к лекарственным средствам, необходимо применять различные подходы, поскольку он не связан с проблемой распределения бюджета. Текущая ситуация по назначению лекарств и инструкции их соответствии требует пересмотра в целях снижения растрачивания бюджета. В контексте отдаленных районов, стоит обсудить возможность и целесообразность открытия маломасштабных аптек в СВП/ФАП для реализации необходимых лекарств (Деятельность 5.2 «Улучшение доступа к лекарственным средствам в отдаленных районах»). Это связано со Стратегией 2.

#### **Компонент 6 Санитарные условия в лечебных учреждениях**

Данный компонент развивался из деятельностей во время базового изучения до систематичного и глубокого плана действий (Деятельность 6.1 «Введение санитарных узлов с системой «само-заливки» и «само-смывания»). В качестве движущей силы для продолжительной деятельности, рекомендуется создать рабочую группу. Предлагаемые улучшенные санузлы могут быть применимы даже в районах с проблемами водоснабжения (потребление воды для смывки примерно 1.5 литров в день на человека).

### 12-3-2 Общий План Реализации

Рис. 12-1 суммирует общий план реализации, необходимые инвестиции и текущие (эксплуатационные) расходы предлагаемых деятельностей. Текущие расходы после 2009 года прогнозируются, учитывая поднятия цен и инфляцию. Как показано в рисунке, все деятельности поддерживаются вложением первоначальной инвестиции, и для наверстывания изменений в спросе на услуги здравоохранения некоторые требуют регулярного мониторинга или пересмотра.





## 12-4 План Действий

### Компонент 1: Профилактика и продвижение здорового образа жизни

#### Деятельность 1.1 Усиление профилактической деятельности по НИЗ и пропаганда здорового образа жизни

В ответ на изменение структуры болезней необходимо ускорить профилактическую деятельность против распространения НИЗ. Поскольку НИЗ тесно связаны с образом жизни людей и их жизненной средой, Навоийский филиал Института Здоровья и НОУЗ должны сформулировать и реализовать конкретный план профилактических действий. Мероприятия должны включать массовое обучение для взрослого населения с целью повышения их осведомленности о собственной ответственности за свое здоровье и поощрения прохождения регулярных медицинских осмотров для собственного наблюдения за своим состоянием.

Взрослое население, регулярно проходящее медицинские осмотры, может серьёзно пересмотреть свой образ жизни для предотвращения НИЗ или обращаться за помощью в ранние сроки. В результате, затраты на лечение НИЗ могут быть ниже, при обращении пациентов за помощью при поздних стадиях заболевания.

Цель деятельности:	Сдержан рост заболеваемости основными НИЗ <i>Заболеваемость основными неинфекционными заболеваниями в 2017 году в пределах 130% (учитывая рост населения) по сравнению с уровнем 2005 года</i>	
Намерение деятельности:	- Взрослое население Навоийской области осведомлено об ответственности за свое здоровье <i>Вопросы профилактики НИЗ включены в массовое просвещение населения.</i> <i>Основные НИЗ включены в профилактические осмотры</i>	
Целевые районы:	Вся Навоийская область	
Исполняющее агентство/ организация	- Районные медицинские объединения - Навоийский филиал Института Здоровья - НОУЗ	
Начало:	2007	
Полная инвестиционная стоимость:	6,725.2 миллион сум	
Текущие расходы:	Период: 2008-2017	121,111.5 миллионов сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	Местный бюджет	

Основная деятельность и результаты:

Деятельность	Результаты	Индикаторы для проверки	Источник информации
1. Навоийский филиал Института Здоровья и НОУЗ пересмотрит и обновит содержание массового просвещения населения по вопросам здоровья и профилактике заболеваний	Материалы для массового просвещения (брошюры, телевизионные программы и т.д.) будут обновлены с включением материалов по НИЗ	Содержание материалов	Институт Здоровья
2. Навоийский филиал Института Здоровья и НОУЗ исполняют следующее: (1) Определяют основные целевые болезни и возрастные группы для медицинских осмотров (2) Организуют систему медицинских осмотров на СВП (3) Разработают руководства по медосмотрам (4) Обеспечат оборудованием для проведения осмотров при патронажной деятельности (5) Подготовят соответствующий персонал для проведения медицинских осмотров	Система профилактических медицинских осмотров возрождена	Пропорция целевого населения проходящего медицинского осмотры	РМО Институт Здоровья
3. Соответствующий персонал проводит медицинский осмотр			

План исполнения:

Действия	Ответственные	(год)										
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Обновить содержание массового просвещения	Институт здоровья/НОУЗ											
Определить цели	Институт здоровья/НОУЗ											
Развить системы	Институт здоровья/НОУЗ											
Разработать руководства	Институт здоровья/НОУЗ											
Обеспечить оборудованием	НОУЗ											
Обучить персонал	Институт здоровья/НОУЗ											
Провести медосмотры	РМО											
Стоимость(млн сум)	Всего											
<b>Областной уровень</b>	<b>8,529.0</b>	<b>484.8</b>	<b>519.2</b>	<b>598.2</b>	<b>684.8</b>	<b>775.1</b>	<b>872.9</b>	<b>978.2</b>	<b>1,087.4</b>	<b>1,204.0</b>	<b>1,324.4</b>	
Институт здоровья	3,611.7	188.9	220.9	254.5	291.4	329.8	371.4	416.2	462.7	512.3	563.5	
НОУЗ	40.8	40.8										
Поликлиники в областных ЛП <sup>1</sup>	4,876.5	255.1	298.3	343.7	393.4	445.3	501.5	562.0	624.7	691.7	760.9	
<b>Район/город</b>	<b>119,307.7</b>	<b>6,240.4</b>	<b>7,298.1</b>	<b>8,408.7</b>	<b>9,625.0</b>	<b>10,894.2</b>	<b>12,269.2</b>	<b>13,750.0</b>	<b>15,283.7</b>	<b>16,923.1</b>	<b>18,615.4</b>	
г. Навои	17,311.4	905.5	1,058.9	1,220.1	1,396.6	1,580.7	1,780.3	1,995.1	2,217.6	2,455.5	2,701.1	
г. Зарафшан	2,012.0	105.2	123.1	141.8	162.3	183.7	206.9	231.9	257.7	285.4	313.9	
Карманинский р-н	12,931.2	676.4	791.0	911.4	1,043.2	1,180.8	1,329.8	1,490.3	1,656.5	1,834.2	2,017.6	
Навбахорский р-н	12,781.3	668.5	781.8	900.8	1,031.1	1,167.1	1,314.4	1,473.0	1,637.3	1,812.9	1,994.2	
Нуратинский р-н	13,260.8	693.6	811.2	934.6	1,069.8	1,210.9	1,363.7	1,528.3	1,698.7	1,881.0	2,069.1	
Хатирчинский р-н	22,002.6	1,150.8	1,345.9	1,550.7	1,775.0	2,009.1	2,262.7	2,535.8	2,818.6	3,120.9	3,433.0	
Кизилтепинский р-н	19,713.8	1,031.1	1,205.9	1,389.4	1,590.4	1,800.1	2,027.3	2,272.0	2,525.4	2,796.3	3,075.9	
Канимехский р-н	8,465.8	442.8	517.9	596.7	683.0	773.0	870.6	975.7	1,084.5	1,200.8	1,320.9	
Томди	5,410.2	283.0	330.9	381.3	436.5	494.0	556.4	623.5	693.1	767.4	844.1	
Учкудук	5,418.6	283.4	331.5	381.9	437.1	494.8	557.2	624.5	694.1	768.6	845.5	

■ Начальные инвестиции

||||| Постоянная деятельность

(Примечание) РМО: Районное медицинское объединение

## Деятельность 1.2 Улучшение патронажной деятельности

Здоровье матерей и детей должно быть в постоянном фокусе патронажной деятельности. Некоторые части патронажной деятельности должны быть пересмотрены: для включения таких вопросов, как здоровый образ жизни, здоровое питание и регулярные медицинские осмотры; а также для соответствия патронажной деятельности нуждам населения в городской и сельской местности. Кроме деятельности, связанной с профилактикой, патронажные сестры должны посещать взрослых пациентов с НИЗ для того, чтобы помогать им следовать медицинским советам, полученным от врача, и убеждать их принимать услуги наблюдения OPD (см. Таблицу 10-1, Демаркация между ЛПУ Различных Уровней для Лечения НИЗ). Таким путем, патронажные сестры вносят вклад в комплексную развитие услуг здравоохранения в области, включая профилактику, продвижения здорового образа жизни, а также лечебную медицину.

Система патронажа может быть обновлена через проведение ситуационного анализа, разработки новых руководств и проведение тренингов по повышению квалификации.

Цель деятельности:	С 2009 все старшие медсестры проводят обучение патронажных сестер, используя усовершенствованное руководство.	
Намерение деятельности:	- Патронажная деятельность рационально отвечает современным фактическим потребностям по охране здоровья <i>Необходимо провести ситуационный анализ, оценку настоящей деятельности, усовершенствование руководства</i>	
Целевые районы:	Вся Навоийская область	
Исполняющее агентство/ организация:	- НОУЗ - Навоийская Ассоциация Медицинских Сестер (Навоийский отдел Республиканской Ассоциации Медицинских Сестер) - Районные Медицинские Объединения (РМО)	
Начало:	2008	
Полная инвестиционная стоимость:	30млн сум	
Текущие расходы	Период: 2009 - 2017	173.5 млн сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	Местный бюджет	

Основная деятельность и результаты:

Действия	Результаты	Индикаторы для проверки	Источник информации
1. НАМ в сотрудничестве с НОУЗ проводит ситуационный анализ патронажной деятельности	Проводится анализ текущей ситуации системы патронажа. Также оцениваются сегодняшние нужды здоровья населения	Отчёт по ситуационному анализу	НОУЗ/НАМ
2. НАМ в сотрудничестве с НОУЗ разрабатывает руководство по патронажной деятельности.	Руководство по патронажной деятельности разработано, основываясь на ситуационном анализе.	Разработанное руководство	НОУЗ/НАМ
3. НАМ в сотрудничестве с НОУЗ проводит обучение тренеров, основываясь на разработанном руководстве.	Все старшие медсестры, ответственные за патронажную деятельность участвуют в тренинге.	Количество обученных тренеров	НОУЗ/НАМ
4. РМО проводят обучение патронажных медсестер.	Все патронажные медсестры обучены по созданному руководству. Все патронажные сестры проводят свою патронажную деятельность, базируясь на данных руководства.	Количество обученных медсестер. Количество розданных руководств.	РМО РМО
5. РМО проводит регулярное повышение квалификации и обмен информацией.	Все патронажные сестры проходят курсы по повышению квалификации раз в год.	Количество обученных патронажных сестер	РМО

План исполнения:

		(год)										
действия	Ответственные	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Ситуационный анализ	НОУЗ/НАМ	■										
Разработка руководств	НОУЗ/НАМ		■									
Подготовка тренеров	НОУЗ/НАМ		■									
Тренинги в РМО	РМО		■									
Стоимость(млн сум)	Всего											
<b>Областной уровень</b>	<b>30.0</b>	<b>20.0</b>	<b>10.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	
НОУЗ	10.0	10.0										
НСА	20.0	10.0	10.0									
<b>Уровень района/ города</b>	<b>173.5</b>	<b>0.0</b>	<b>5.9</b>	<b>11.5</b>	<b>13.5</b>	<b>15.8</b>	<b>18.1</b>	<b>21.4</b>	<b>24.7</b>	<b>29.0</b>	<b>33.6</b>	
г. Навои	15.4		0.5	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9	2.2	2.6	3.0	
г. Зарафшан	15.4		0.5	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9	2.2	2.6	3.0	
Карманинский р-н	21.9		0.8	1.5	1.7	2.0	2.3	2.7	3.1	3.6	4.2	
Навбахорский р-н	15.4		0.5	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9	2.2	2.6	3.0	
Нуратинский р-н	15.4		0.5	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9	2.2	2.6	3.0	
Хатирчинский р-н	21.9		0.8	1.5	1.7	2.0	2.3	2.7	3.1	3.6	4.2	
Кизилтепинский р-н	21.9		0.8	1.5	1.7	2.0	2.3	2.7	3.1	3.6	4.2	
Канимехский р-н	15.4		0.5	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9	2.2	2.6	3.0	
Томди	15.4		0.5	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9	2.2	2.6	3.0	
Учкудук	15.4		0.5	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9	2.2	2.6	3.0	

■ Начальные инвестиции    ||||| Регулярная деятельность

(Примечание) НАМ= Навоийская Ассоциация Медсестер    РМО Районное Медицинское Объединение

## Компонент 2: Процессы диагностики и лечения неинфекционных заболеваний (НИЗ)

### Деятельность 2.1 Стандартизация диагностики и лечения НИЗ

Практические руководства по диагностике, лечению и последующему наблюдению НИЗ должны быть разработаны для улучшения качества и результатов оказания медицинской помощи. Объем оказываемой помощи вышеназванных ЛПУ должен быть определен в разрабатываемых руководствах, и согласно данному определенному объему деятельности должны быть подготовлены перспективные планы ЛПУ по улучшению помещений, оборудования приобретения лекарственных средств.

Практические руководства должны регулярно обновляться на научно-обоснованной основе. После открытия областного Многопрофильного Медицинского Центра и Областного Диагностического Центра, «операционная» среда (деятельность) ЛПУ: поток пациентов, объем оказываемой помощи областными ЛПУ, и, необходимые профессиональные навыки врачей и медсестер изменятся. Основное обновление разработанных руководств потребуются примерно в 2012

Цель деятельности:	Увеличение диагностической и лечебной способности всей системы здравоохранения в целом.	
Намерение деятельности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- введен механизм для создания и постоянного обновления практических руководств по ведению НИЗ: 1ая версия в 2010 (при открытии ОММЦ), и 2 версия в 2012 (после начала функционирования ОММЦ)</li> <li>- Руководства распространены среди медицинского персонала области</li> <li>- Планы помещений, оборудования, приобретение лекарственных средств соответствуют руководствам (стандартам)</li> </ul>	
Целевые районы:	Вся система здравоохранения Навоийской области с первичного до областного уровня	
Исполняющее агентство/организация	<ul style="list-style-type: none"> <li>- НОУЗ</li> <li>- Областной Многопрофильный Медицинский Центр</li> <li>- Навоийский филиал РНЦЭМП</li> <li>- Районные медицинские объединения (РМО)</li> <li>- Навоийская Ассоциация Медсестер</li> </ul>	
Начало:	2008, небольшой пересмотр в 2010 и основной пересмотр в 2012	
Полная Инвестиционная стоимость:	36.0 млн сум	
Текущие расходы	Период: 2009-2017	нет
Финансовые источники инвестиций:	Местный бюджет	



## Деятельность 2.2 Координация между различными узкими специалистами

При разработке практических руководств по диагностике, лечению и последующему наблюдению НИЗ (как описано в Деятельности 2.1) должны быть определены критерии по направлению и перенаправлению пациентов с НИЗ, и тогда будет улучшена координация между учреждениями. Отделение внутренних болезней (общетерапевтическое) должно стать неотъемлемой частью областного многопрофильного медицинского центра для улучшения координации между специалистами и гладкому приему направленных пациентов. Также, подобное отделение для координации деятельности различных отделений должно существовать на районном уровне. В результате больные получают рациональную и интегрированную медицинскую помощь.

Для обеспечения стабильной коммуникации между ЛПУ, коммуникационные средства должны быть улучшены.

Цель деятельности:	Диагностический и лечебный потенциал системы здравоохранения улучшен в целом	
Намерение деятельности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Определены критерии направления и обратного направления (перенаправления) больных с НИЗ</li> <li>- Критерии распространены среди медицинского персонала области</li> <li>- Внутренняя координация деятельности в ОММЦ и между ЛПУ улучшена при</li> </ul> Открытии отделений внутренних болезней (общетерапевтических) в ОММЦ и ЦРБ	
Целевые организации:	Все ЛПУ с первичного до областного уровня	
Исполняющее агентство/ Организация	<ul style="list-style-type: none"> <li>- НОУЗ</li> <li>- Областной многопрофильный медицинский центр</li> <li>- Навоийский филиал РНЦЭМП</li> <li>- Районные медицинские объединения (РМО)</li> </ul>	
Начало:	2008, основной пересмотр в 2012	
Полная инвестиционная стоимость:	14.5 млн сум	
Текущие расходы	Период: 2009-2017	526.2 млн сум
Финансовые источники инвестиций:	Местный бюджет	

Основная деятельность и результаты:

Деятельность	Результаты	Индикаторы для проверки	Источники информации
<i>Руководства по направлению пациентов разработаны и регулярно обновляются (См. Деятельность 2.1)</i>	<i>Руководства по направлению</i>	<i>Руководства Частота их обновления</i>	<i>НОУЗ</i>
<i>Каждое ЛПУ в области информировано о руководстве (см. Деятельность 2.1)</i>	<i>Знание руководства</i>	<i>Тираж распространного руководства</i>	<i>НОУЗ</i>
1. Кандидаты на общие интернисты областного уровня (госпиталисты) направляются за рубеж для изучения фактических примеров.	Руководства для «госпиталистов»	Руководство	НОУЗ и/или ОММЦ
2. Все руководства регулярно обновляются под контролем «госпиталиста».	Обновленные руководства	Обновленные руководства	НОУЗ
3. Улучшена инфраструктура коммуникаций.	Факс и Интернет	Количество учреждений, где есть факс и доступ в Интернет	НОУЗ

План исполнения:

деятельность	Ответственные	(год)									
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Комитет готовит проекты (первоначальные) и пересматривает руководства по направлениям пациентов	НОУЗ	■		■		■		■		■	
НОУЗ разрабатывает планы по обучению и ЛПУ проводят тренинги	НОУЗ /ЛПУ	■				■					
Областной Многопрофильный Центр открывает отделение внутренних болезней	НОУЗ					■					
Средства связи Улучшены	НОУЗ	■									
стоимость (млн сум)	Всего										
<b>Уровень области</b>	<b>296.2</b>	<b>27.0</b>	<b>18.6</b>	<b>21.6</b>	<b>28.6</b>	<b>29.1</b>	<b>33.8</b>	<b>39.2</b>	<b>45.5</b>	<b>52.8</b>	
НОУЗ (факс для ЛПУ)	14.5	11.0			3.5						
Областные ЛПУ/ РМО (Интернет)	281.7	16.0	18.6	21.6	25.1	29.1	33.8	39.2	45.5	52.8	
<b>Уровень района</b>	<b>244.5</b>	<b>14.0</b>	<b>16.2</b>	<b>18.8</b>	<b>21.8</b>	<b>25.3</b>	<b>29.3</b>	<b>34.0</b>	<b>39.4</b>	<b>45.7</b>	
РМО (Интернет)	244.5	14.0	16.2	18.8	21.8	25.3	29.3	34.0	39.4	45.7	

Первоначальные инвестиции
  Постоянная деятельность



### **Деятельность 2.3 Подготовка квалифицированных кадров и регулярное проведение курсов по повышению квалификации**

Эта деятельность основана на деятельности 2.1 и 2.2. Будут разработаны руководства по лечению и направлению больных с НИЗ, и демаркация клинической практики будет осуществлена между различными уровнями лечебных учреждений. Стабильная система обучения кадров разработана для Навоийской области, где нет медицинского института. Соответственно, есть и система повышения квалификации на рабочем месте для постоянного улучшения навыков и знания персонала в ответ на изменяющиеся потребности здоровья населения.

Новый Областной многопрофильный медицинский центр будет (методологическим) центром и может приглашать профессионалов обучающего уровня извне, при необходимости.

Центр обучает врачей вторичного и первичного уровня. Обученные врачи будут работать в отделениях внутренних болезней, и в районных поликлиниках правильно направляя пациентов к нужным специалистам нужного уровня.

Название цели:	Диагностический и лечебный потенциал системы здравоохранения будет в целом улучшен	
Намерение деятельности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Обучение на рабочем месте способствует постоянному усовершенствованию навыков и знаний персонала</li> <li>- ОММЦ является (методологическим) центром и может приглашать специалистов обучающего уровня извне</li> <li>- Адекватно обученный персонал будет адекватно распределен по области</li> </ul>	
Целевые учреждения:	Все ЛПУ области с первичного до областного уровня	
Исполняющее агентство/организация	<ul style="list-style-type: none"> <li>- НОУЗ</li> <li>- Областной Многопрофильный Медицинский Центр</li> <li>- Районные медицинские объединения (РМО)</li> </ul>	
Начало	2008, основной пересмотр в 2012	
Полная инвестиционная стоимость:	10.0 млн сум	
Текущие расходы	Период 2009-2017	291.3 млн сум
Финансовые источники инвестиций	Местный бюджет	



### Компонент 3: Лечебные учреждения

#### Деятельность 3.1 Создание (строительство) областного многопрофильного медицинского центра (ОММЦ) и областного диагностического центра (ОДЦ)

Создание (строительство) областного многопрофильного медицинского центра (ОММЦ) и областного диагностического центра (ОДЦ) оптимизирует оборот пациентов и в целом улучшит эффективность оказания услуг здравоохранения. ЛПУ вторичного уровня могут направить пациентов в ОДЦ для подтверждения диагноза, или направить их в ОММЦ для специализированного стационарного лечения. В данное время областной филиал РНЦЭМП частично справляется с этой работой, но после создания ОММЦ и ОДЦ, он будет оказывать помощь только экстренным пациентам. ОДЦ в основном будет оказывать платные услуги. Данный механизм обеспечит им более стабильную деятельность, и облегчит финансовую нагрузку области. В конце концов, повышение качества оказываемых услуг здравоохранения и стабильность улучшит состояние пациентов.

Цель деятельности:	ОММЦ и ОДЦ будут беспрепятственно вести свою деятельность как учреждения областного уровня, и как центры для обучения персонала на рабочем месте	
Намерение деятельности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Открыты ОММЦ и ОДЦ</li> <li>- Взрослые пациенты с не экстренными заболеваниями получают соответствующую помощь</li> <li>- Финансово-независимый диагностический центр предлагает высококачественные услуги для взрослых и детей</li> </ul>	
Целевые районы:	Вся Навоийская область	
Исполняющее агентство/организация:	НОУЗ	
Начало:	2008г.	
Полная инвестиционная стоимость:	20,500.0 млн. сум	
Текущие расходы	Период: 2011 - 2017	32,552.1 млн.сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Республиканский бюджет</li> <li>- Внешний донор</li> </ul>	

Основная деятельность и результаты:

Деятельность	Результаты	Индикаторы для проверки	Источники информации
1: НОУЗ выполняет следующие работы для создания (строительства) ОММЦ и ОДЦ: (1) НОУЗ выполняет организационные работы, необходимые для строительства и оснащения ОММЦ и ОДЦ. (2) Областной Хокимият закажет детальный проект строительства ОММЦ и ОДЦ. (3) НОУЗ проводит тендер на строительства ОММЦ и ОДЦ и на приобретение и установку оборудования. (4) НОУЗ контролирует работы по строительству и оснащению ОММЦ и ОДЦ.	Строительство ОММЦ и ОДЦ и установка оборудования завершаются к 2011 году.	Здания Сооружения Оборудование	ОММЦ ОДЦ НОУЗ
2: Минздрав и НОУЗ набирает персонал для ОММЦ и ОДЦ.	Число набираемого персонала может соответствовать нормативам Минздрава.	Число персонала по категориям и специальностям.	ОММЦ ОДЦ НОУЗ
3: ОММЦ и ОДЦ начинает свою деятельность в 2012 году.	ОММЦ и ОДЦ могут играть роль самого вышестоящего учреждения Навоийской области.	Результаты деятельности ОММЦ и ОДЦ.	ОММЦ ОДЦ НОУЗ

План реализации:

Деятельность	Ответственность	(год)										
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Организационные работы	НОУЗ	■										
Проектирование	НОУЗ		■									
Тендер	НОУЗ			■								
Строительство	НОУЗ			■	■	■						
Приобретение оборудования	НОУЗ				■	■						
Набор персонала	МЗ/НОУЗ				■	■						
Деятельность	ОММЦ/ОДЦ											
Стоимость (млн. сум)	Всего											
<b>Областной уровень</b>	<b>53,052.1</b>	<b>0.0</b>	<b>20.0</b>	<b>6,000.0</b>	<b>14,480.0</b>	<b>4,042.0</b>	<b>4,552.2</b>	<b>5,101.6</b>	<b>5,670.6</b>	<b>6,278.9</b>	<b>6,906.8</b>	
Областной многопрофильный центр и областной диагностический центр	53,052.1	0.0	20.0	6,000.0	14,480.0	4,042.0	4,552.2	5,101.6	5,670.6	6,278.9	6,906.8	

Начальная инвестиция
  Нормальная деятельность

---

### **Деятельность 3.2 Оптимизация областного центра экстренной помощи**

---

Реструктуризация и оптимизация системы третичной медицинской помощи не будут завершены лишь объединением специализированных диспансеров в многопрофильную больницу.

Когда областная многопрофильная больница начнет свою деятельность, областной центр экстренной помощи сможет сосредоточить внимание на экстренных пациентах. НОУЗ рекомендуется предварительно пересмотреть и перепланировать оптимального размера и возможностей центра экстренной помощи. Поскольку политика оказания бесплатной экстренной медицинской помощи остается неизменной, НОУЗ должно поставить реальное ограничение на расходы центра экстренной помощи. От центра требуется преследовать качества, а не количества, и для лечения критических больных вводить последние инновации.

Эти два субкомпонента, а именно создание областной многопрофильной больницы и рационализация действующего областного центра экстренной помощи, должны быть рассмотрены и планированы неразделенно.

Основные мероприятия и расписание их осуществления должны быть определены после определения масштаба услуг, оказываемых ОММЦ. Соответственно, детали не представлены в данном отчете.

---

### **Деятельность 3.3 Усиление лечебных учреждений районного уровня**

---

Одной из стратегий является «облегчение трудностей в отдаленных районах», и данная стратегия должна быть переведена в детальный план действий. ЦРБ отдаленных районов должны предлагать услуги всесторонней экстренной помощи в пределах района. В этом контексте, отделение экстренной помощи Учкудукской ЦРБ должно быть усилено, рассчитывая на сотрудничество со стороны медсанчасти НГМК в Учкудуке при проведении операций. А отделение экстренной помощи Тамдынской ЦРБ должно функционировать полунезависимо.

Необходимо направлять обученных докторов в ЦРБ и поликлиники пригородных районов Навои, а именно в Карману, Навбахор, Канимех, Хатирчи и Кизилтепе, и улучшено медицинское оборудование.

В обоих случаях, число распределенных докторов ограничено из-за меньшинства охватываемого населения. Так как доктора, направленные в районы должны лечить широкий спектр заболеваний, они должны пройти обучение по общей внутренней медицине. Желательно, чтобы каждое учреждение вторичного звена создавало отделение общей внутренней медицины, и функция «вратаря» по направлению пациентов выполнялась обученными врачами по общей внутренней медицине.

Основные действия и расписание их исполнения должны быть определены после определения масштаба услуг, оказываемых ОММЦ и филиалом РНЦЭМП. Соответственно, детали не представлены в данном отчете.

Другими словами, Действие 2.1 Компонента 2, стандартизация диагностических и лечебных процессов НИЗ, должны быть приоритезированы для создания основы для Компонентов 3 и 4.

#### **Компонент 4: Медицинское оборудование**

##### **Деятельность 4.1 Усиление технического обслуживания оборудования**

Техническое обслуживание оборудования систематически улучшается с улучшением инвентаризации, эффективного использования руководств, тренингов по профилактическому обслуживанию, службы «справочного стола» на областном уровне. Рабочая группа, контролируемая Постоянным Комитетом по Контролю за Использованием Медицинского Оборудования и возглавляемая заместителем начальника НОУЗ, проводит деятельности 2, 4, до того как начнет функционировать «справочный стол» в ОММЦ в 2011.

Цель деятельности:	Использование оборудования будет более длительное, 90% или более существующего оборудования будет еще функционировать в 2017 г.	
Намерение деятельности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Медицинское оборудование во всех лечебных учреждениях содержится рационально.</li> <li>- Усилено профилактическое техническое обслуживание оборудования.</li> </ul>	
Целевые районы:	Вся Навоийская область	
Исполняющее агентство/организация:	- НОУЗ	
Начало:	2008г.	
Полная инвестиционная стоимость:	32.6 млн.сум	
Текущие расходы	Период: 2010 – 2017	109.9 млн.сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	Местный бюджет	



## Деятельность 4.2 Приобретение медицинского оборудования для ЦРБ

Все ЦРБ несут ответственность оказания медицинской помощи по общераспространенным заболеваниям всем жителям территории, более того ЦРБ должна выполнять функцию «вратаря» по диагностике и лечения даже критических и экстренных пациентов. Соответственно, необходимо медицинское оборудование, связанное с функцией радиологии/визуальной диагностики, физиологической диагностики, терапевтической помощи и хирургического лечения. Также, высокий приоритет должен быть отдан хирургической функции Учкудукской и Тамдынской ЦРБ, которая отсутствует или несовершенна в настоящее время.

Приоритетное основное медицинское оборудование для ЦРБ

- Радиология/визуализация: Аппарат флюороскопии, Общий рентгеновский аппарат, аппарат УЗИ
- Функциональная диагностика: Гастрофиброскоп, Лапароскоп, Бронхофиброскоп
- Терапевтическая помощь: Кардиологический монитор, Пульсовой оксиметр, аппарат искусственного дыхания
- Хирургическое лечение: Электрохирургический комплект, Наркозный аппарат, Операционная лампа

К тому же, областной медицинский персонал будет обучен лучшему использованию медицинского оборудования. Поставленное оборудование должно быть поддержано систематическим обслуживанием информационной системой медицинского оборудования (Деятельность 4.1).

Цель деятельности:	Диагностика и лечение обычных болезней обеспечены в ЦРБ. <i>Количество обследования обычных заболеваний увеличится в ЦРБ к 2017.</i>	
Намерение деятельности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Качество диагностики и лечения в ЦРБ улучшается.</li> <li>- Адекватная диагностика и лечение в ЦРБ Учкудука и Тамди уменьшает бремя заболеваний населения в отдаленных местах.</li> </ul>	
Целевые районы:	Все ЦРБ Навоийской области	
Исполняющее агентство/организация:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- НОУЗ</li> <li>- Хокимият Навоийской области</li> </ul>	
Начало:	2008 г.	
Полная инвестиционная стоимость:	4,756.5 млн.сум (Приобретение оборудования)	
Текущие расходы	Период: 2009 – 2017	8,233.7 млн.сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Республиканский бюджет</li> <li>- Внешний донор</li> </ul>	



Основная деятельность и результаты:

Деятельность	Результаты	Индикаторы для проверки	Источники информации
1: НОУЗ выполняет следующее; (1) Предложение по улучшению медицинского оборудования ЦРБ будет утвержден Кабинетом Министров. (2) Медицинское оборудование приобретается к 2009 году.	НОУЗ подготовил инвентаризацию оборудования и проект по плану улучшения	Инвентаризация Оборудования	НОУЗ ЦРБ
2: НОУЗ проводит необходимое обучение медперсонала ЦРБ для эффективного использования оборудования.	Число обученного персонала ЦРБ	Число обученного персонала	НОУЗ ЦРБ
3: НОУЗ дает соответствующее распоряжение ЦРБ по планированию бюджета для технического обслуживания и эксплуатации оборудования.	Увеличение числа пациентов и количества поставленных диагнозов.	Число пациентов, Коэффициент работы оборудования в списке инвентаризации	НОУЗ ЦРБ

План реализации:

Деятельность	Ответственность	(год)													
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017				
Административные распоряжения	НОУЗ	■													
Работа по проектированию	НОУЗ/ЦРБ	■													
Тендер	НОУЗ	■													
Приобретение оборудования	НОУЗ/ЦРБ	■	■												
Обучение персонала	ЦРБ	■	■												
Эксплуатация	ЦРБ														
Стоимость (млн.сум)	Всего														
<b>Областной уровень</b>	<b>4,747.0</b>	<b>5.0</b>	<b>4,742.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>	<b>0.0</b>
НОУЗ		5.0	4,742.0												
<b>Районный уровень</b>	<b>8,233.7</b>	<b>9.5</b>	<b>474.2</b>	<b>550.2</b>	<b>638.5</b>	<b>740.9</b>	<b>859.4</b>	<b>997.2</b>	<b>1,156.4</b>	<b>1,341.3</b>	<b>1,475.6</b>				
Кармана	931.2	1.0	53.6	62.2	72.2	83.8	97.2	112.8	130.8	151.7	166.9				
Навбахор	931.2	1.0	53.6	62.2	72.2	83.8	97.2	112.8	130.8	151.7	166.9				
Нурата	931.2	1.0	53.6	62.2	72.2	83.8	97.2	112.8	130.8	151.7	166.9				
Хатирчи	931.2	1.0	53.6	62.2	72.2	83.8	97.2	112.8	130.8	151.7	166.9				
Кизилтепа	931.2	1.0	53.6	62.2	72.2	83.8	97.2	112.8	130.8	151.7	166.9				
Канимех	931.2	1.0	53.6	62.2	72.2	83.8	97.2	112.8	130.8	151.7	166.9				
Томди	1,235.9	1.5	71.3	82.7	95.9	111.2	129.0	149.6	173.5	201.3	221.4				
Учкудук	1,410.6	2.0	81.3	94.3	109.4	126.9	147.2	170.8	198.1	229.8	252.8				

■ Начальная инвестиция      ||||| Нормальная деятельность  
 ЦРБ: Центральная Районная Больница

**Компонент 5: Рациональность обеспечения лекарственными средствами****Деятельность 5.1 Централизация приготовления лекарственных средств**

Централизованное приготовление препаратов будет сберегать часть средств, которые в данный момент расходуются в каждом лечебном учреждении. И сэкономленные средства могут быть использованы для повышения лекарственного обеспечения в отдаленных местах. В то же самое время, при централизованном приготовлении препаратов необходимо обеспечить контроль качества и эффективное распределение по всем ЛПУ области.

Цель деятельности:	Повысится рациональность приготовления лекарственных средств. <i>К 2017 году стоимость приготовления лекарственных препаратов увеличится не больше, чем в 3 раза от уровня 2006 года.</i>	
Намерение деятельности:	Приготовление лекарственных средств (растворов), проводится централизованно на уровне области, и распределяется во все РМО по потребности. <i>Добавочная стоимость используется для увеличения обеспечения лекарственными средствами в отдаленных районах (5.2)</i>	
Целевые районы:	Вся Навоийская область	
Исполняющая организация/ Агентство:	- НОУЗ - Районные медицинские объединения (РМО)	
Начало:	2008	
Полная инвестиционная стоимость:	30.0 млн сум	
Текущие расходы	Период: 2009 - 2017	182.0 млн сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	Местный бюджет	



## Деятельность 5.2 Улучшение доступа к лекарственным средствам в отдаленных районах

В целях улучшения доступа населения к лекарственным препаратам, необходимо адресовать данную проблему с различных аспектов.

Дважды увеличенный бюджет НОУЗ позволит ему уменьшить трудности, связанные с поставкой медикаментов.

Для уменьшения нерационального использования препаратов НОУЗ изучает фактические назначения, и как пациенты им следуют. Если найдутся аспекты для улучшения, НОУЗ проведет необходимые тренинги.

Даже при проведении данных мероприятий, проблемы рационального снабжения лекарствами могут быть не решены, особенно в отдаленных местах. Следовательно, РМО и НОУЗ учитывают возможность сотрудничества с местными учреждениями, которые продают лекарства в данной местности.

Цель деятельности:	Уменьшение неравенства населения в доступе к лекарственным средствам. <i>К 2017 году количество населения с адекватным доступом к лекарственным средствам увеличится в два раза (во всех 8 районах)</i>	
Намерение деятельности:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Увеличен бюджет для приобретения медикаментов</li> <li>- Улучшено назначение лекарственных средств и следование предписаниям</li> <li>- В отдаленных местах лекарства начинают продаваться в местных учреждениях (местными агентами)</li> </ul> <i>Правила вовлечения местных учреждений должны быть исследованы</i>	
Целевые места:	Восемь районов Навоийской области	
Исполняющее агентство/ организация:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Районные медицинские объединения (РМО)</li> <li>- НОУЗ</li> </ul>	
Начало:	2009	
Полная инвестиционная стоимость:	720.6 млн сум	
Текущие расходы	Период: 2009 – 2017	9,666.6 млн сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	Местный бюджет	
Содержание деятельности:		



## Компонент 6: Санитарные условия в лечебных учреждениях

### Деятельность 6.1 Введение санитарных узлов с системой «само-заливки» и «само-смывания»

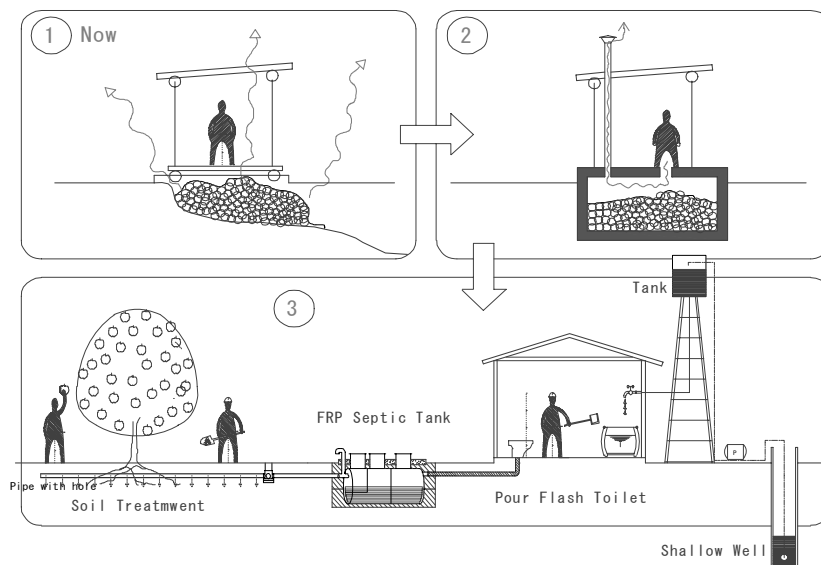
Этот компонент развился от тех небольших действий инициированных Группой изучения в более систематический и решительный план действий. Рекомендуется создать рабочую группу, состоящую из главных врачей ЦРБ, штат НОУЗ и Областного Госэпиднадзора, как движущую силу для длительных действий.

Эти типы санузлов с системой «само-заливки» и «само-смывания» могут использоваться даже в районах с нехваткой водоснабжения. Согласно наблюдениям Группы Изучения по текущей ситуации по водоснабжению, ЦРБ Томди, Карманы и Канмеха являются приоритетными для введения улучшений. Предполагается, что каждая больница построит четыре санузла, и стоимость для строительства оценена 8.75 миллионов сум для каждого.

Цель деятельности:	Инфекционные заболевания, вызванные санитарными условиями, будут ликвидированы. <i>Заболеваемость инфекционными заболеваниями в целевых районах уменьшится к 2017 году.</i>	
Намерение деятельности:	- Санитарные условия в лечебных учреждениях целевых районов улучшены. <i>Всего 16 санитарных узлов с системой «само-заливки» и «само-смывания» будут построены в районных ЛПУ.</i>	
Целевые места:	Центральные Районные Больницы, особенно в Томди, Канмехе и Кармане	
Исполняющее агентство/ организация	Районные медицинские объединения (РМО)	
Начало:	2007	
Полная инвестиционная стоимость:	141.4 миллионов сум	
Текущая стоимость	Период: 2008-2017	25.4 миллионов сум
Финансовые источники инвестиционной стоимости:	Местный бюджет	

Основная деятельность и результаты:

Деятельность	Результаты	Индикаторы для проверки	Источник информации
1: РМО строят само - заливные конструкции и само - сливные типы санузлов в целевых районах.	Построено всего 12 с системой «само-заливки» и «само-смывания» санузлов	Количество построенных санузлов	РМО
2: РМО устанавливает систему содержания санузлов	В 2017 году все построенные санузлы правильно функционируют	Количество санузлов правильно использующихся в 2017	РМО



План исполнения:

Действия	Ответственность	(год)										
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Строительство санузлов	РМО											
Содержание санузлов	РМО											
Стоимость (млн сум)	Всего											
<b>Областной уровень</b>	<b>42.5</b>	<b>35.4</b>	<b>0.4</b>	<b>0.5</b>	<b>0.5</b>	<b>0.6</b>	<b>0.7</b>	<b>0.9</b>	<b>1.0</b>	<b>1.1</b>	<b>1.3</b>	
КВД	42.5	35.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.9	1.0	1.1	1.3	
<b>Уровень района</b>	<b>124.4</b>	<b>0.0</b>	<b>106.1</b>	<b>1.2</b>	<b>1.5</b>	<b>1.8</b>	<b>2.1</b>	<b>2.4</b>	<b>2.7</b>	<b>3.0</b>	<b>3.6</b>	
Карманинский р-н	41.5		35.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.2	
Навбахорский р-н												
Нуратинский р-н												
Хатирчинский р-н												
Кизилтепинский р-н												
Канимехский р-н	41.5		35.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.2	
Томди	41.5		35.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.2	
Учкудук												

■ Начальные инвестиции

▤ Постоянная деятельность

(NB) РМО: Районное медицинское объединение

## 12-5 Общая стоимость программы и финансовые требования

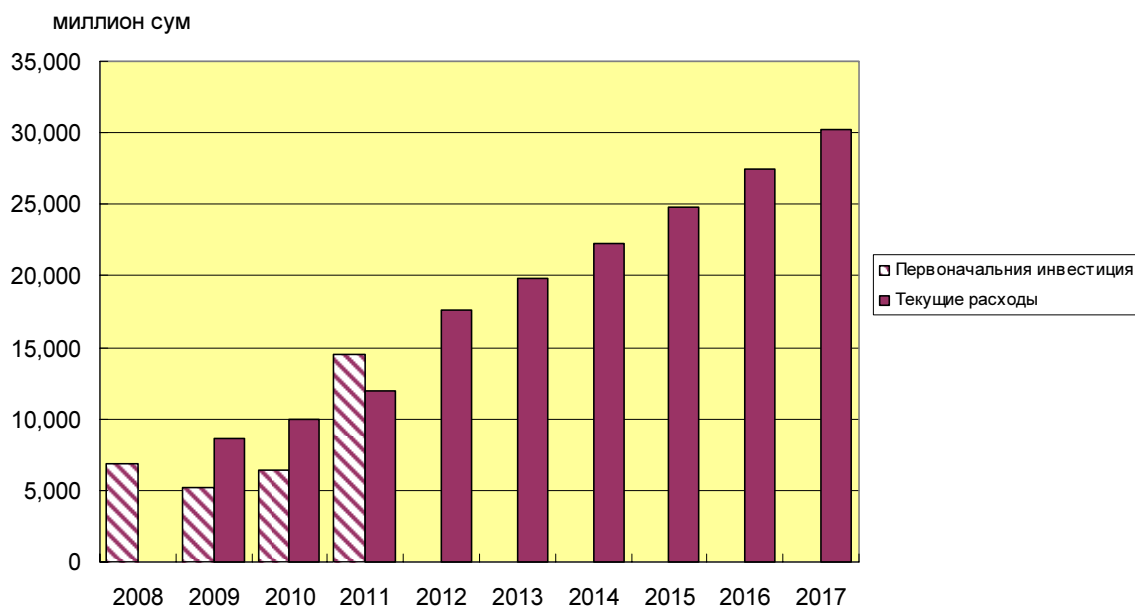
Как показано в Таблице 12-1 и Рис. 12-2, Группа Изучения составила смету расходов первоначальной инвестиции для подготовительных работ для деятельности, перечисленных в Разделе 12-4 на сумму 32,996.8 млн. сум, и 172,872.2 млн. сум требуется для регулярного ведения этих деятельности в 2008-2017 годах.

Расходы на подготовку и организационных работ до начала деятельности, а также затрат на строительство и поставки медицинского оборудования Группа Изучения считает инвестицией. Поэтому, часть инвестиционных расходов должны покрываться с текущего бюджета НОУЗ. В соответствии со сметой Группой Изучения, в целом, Министерству здравоохранения требуется выделить примерно 25.0 млрд. сум из бюджета для инвестиций. Группа Изучения предполагает, что большая часть инвестиции вводится в течение первых 4 года начиная с 2008 года, особенно для строительства областного многопрофильного медицинского центра, областного диагностического центра, и для приобретения оборудования для этих учреждений.

**Таблица 12-1: Общие расходы на Деятельности в рамках Программы реформирования услуг здравоохранения в Навоийской области**

Виды расходов	Год	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	Всего										
Инвестиционные расходы	32,996.8	6,837.0	5,243.3	6,402.0	14,490.0	9.5	0.0	7.0	0.0	8.0	0.0
Текущие (экспл.) расходы	172,872.2	0.0	8,673.1	10,014.0	11,924.6	17,572.2	19,819.7	22,265.1	24,791.2	27,522.5	30,289.8

Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА



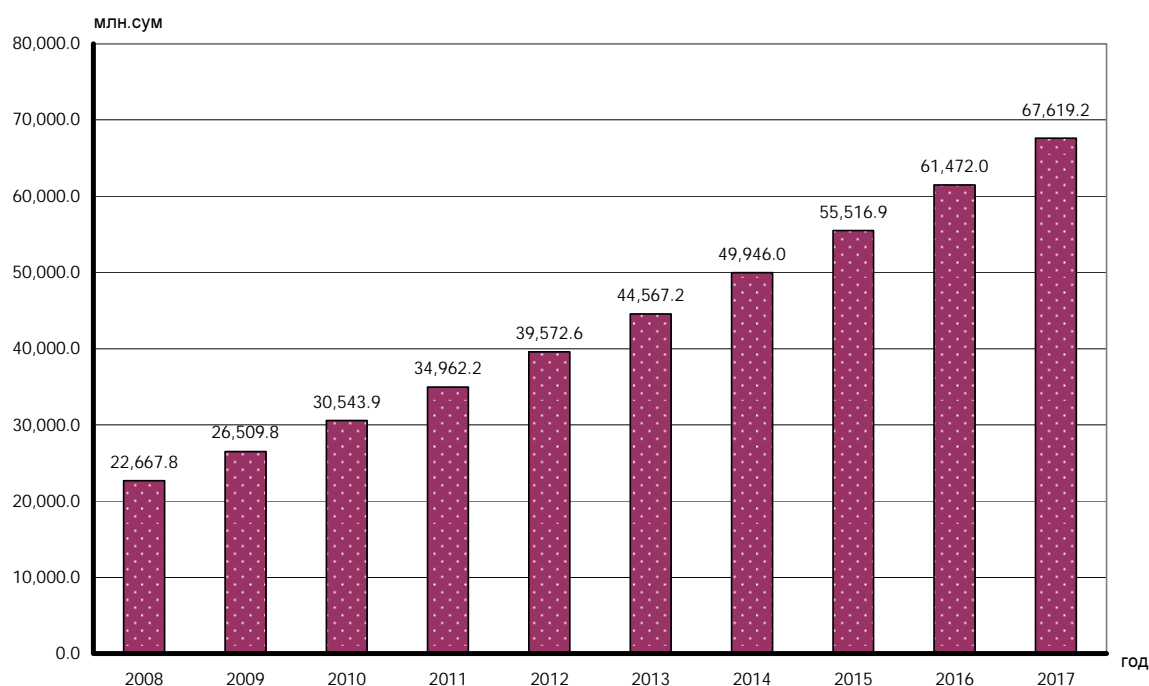
Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА

**Рис. 12-2: Расходы на Деятельности в рамках реформирования услуг здравоохранения в Навоийской области в 2008-2017 годах**



После начала этих деятельности, НОУЗ является ответственным на ведение их, используя свой текущий бюджет. Среди них есть деятельности, которые требуют дополнительный бюджет для реализации. К тому же, как было уже отмечено, некоторые инвестиционные расходы должны финансироваться с текущего бюджета. Поэтому, финансовые возможности НОУЗ является следующим вопросом.

Перспектива текущего бюджета НОУЗ на следующее 10 лет приведена в Рис. 12-3. Предполагая, что бюджет НОУЗ на следующее 10 лет будет расти одинаково с бюджетом МЗ, и, распределение бюджета МЗ среди областей останется на сегодняшнем уровне, прогноз Группы Изучения, что бюджет НОУЗ в 2012 году составит 39,572.6 млн. сум, в 2017 году - 67,619 млн. сум, а совокупный бюджет НОУЗ будет составлять 433,377.5 млн. сум в 2008-2017 годах.



Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА

**Рис. 12-3: Перспектива бюджета НОУЗ в 2008-2017 годах**

Тем временем, расходы на деятельности, описанные в предыдущем разделе, в общем составляют 180,486.9 млн. сум, 41.6% текущего бюджета НОУЗ (Таблица 12-2). Тем не менее, некоторые из них, а именно профилактика НИЗ (Деятельность 1.1) и деятельность по централизации приготовления лекарственных средств (Деятельность 5.1), не требуют дополнительных финансовых вложений

Пересмотр массового обучения профилактике болезней и включение в его содержание неинфекционных заболеваний может быть сделано в рамках повседневной деятельности

Навоийского филиала Института Здоровья. Система медосмотров также может быть восстановлена в рамках уже существующей патронажной деятельности, обращая больше внимания на скрининг риска неинфекционными заболеваниями. Поэтому здесь не требуется дополнительный бюджет.

С оптимизированием размещения аптек, централизация приготовления лекарственных средств (Деятельность 6.1) может сэкономить средства НОУЗ.

**Таблица 12-2: Расходы на Деятельности и текущий бюджет НОУЗ в 2008-2017 годах**

Год	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Бюджет НОУЗ (А)	22,667.8	26,509.8	30,543.9	34,962.2	39,572.6	44,567.2	49,946.0	55,516.9	61,472.0	67,619.2	<b>433,377.5</b>
Расходы на деятельность, финансируемые с текущего бюджета (В)	6,802.1	9,049.4	10,416.0	11,934.5	17,581.7	19,819.7	22,272.1	24,791.2	27,530.5	30,289.8	<b>180,486.9</b>
Дополнительные расходы на реализацию деятельности (С)	87.7	886.8	1,011.3	1,169.1	5,396.3	6,095.8	6,891.2	7,693.7	8,597.8	9,462.1	<b>47,291.7</b>
(В)/(А)	30.0%	34.1%	34.1%	34.1%	44.4%	44.5%	44.6%	44.7%	44.8%	44.8%	<b>41.6%</b>
(С)/(А)	0.4%	3.3%	3.3%	3.3%	13.6%	13.7%	13.8%	13.9%	14.0%	14.0%	<b>10.9%</b>

Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА

С другой стороны, как показано в Таблице 12-3, деятельность областного многопрофильного медицинского центра (ОММЦ) и областного диагностического центра (ОДЦ) (Деятельность 3.1), содержание и обслуживание медицинского оборудования (Деятельность 4.1 и 4.2) и улучшение доступа к лекарственным средствам (Деятельность 5.2) особенно требуют дополнительного бюджета со стороны НОУЗ. Так как открытие ОММЦ и ОДЦ предполагается в 2012 году, их эксплуатационные расходы будут возложены в НОУЗ с того года. В настоящее время в текущем бюджете не предусмотрены расходы на содержание и обслуживание медицинского оборудования, и поэтому Деятельности 4.1 и 4.2 влекут за собой дополнительные финансовые вложения. Касательно доступа к лекарственным средствам, само удвоение бюджета является одним из вложений Деятельности 5.2.

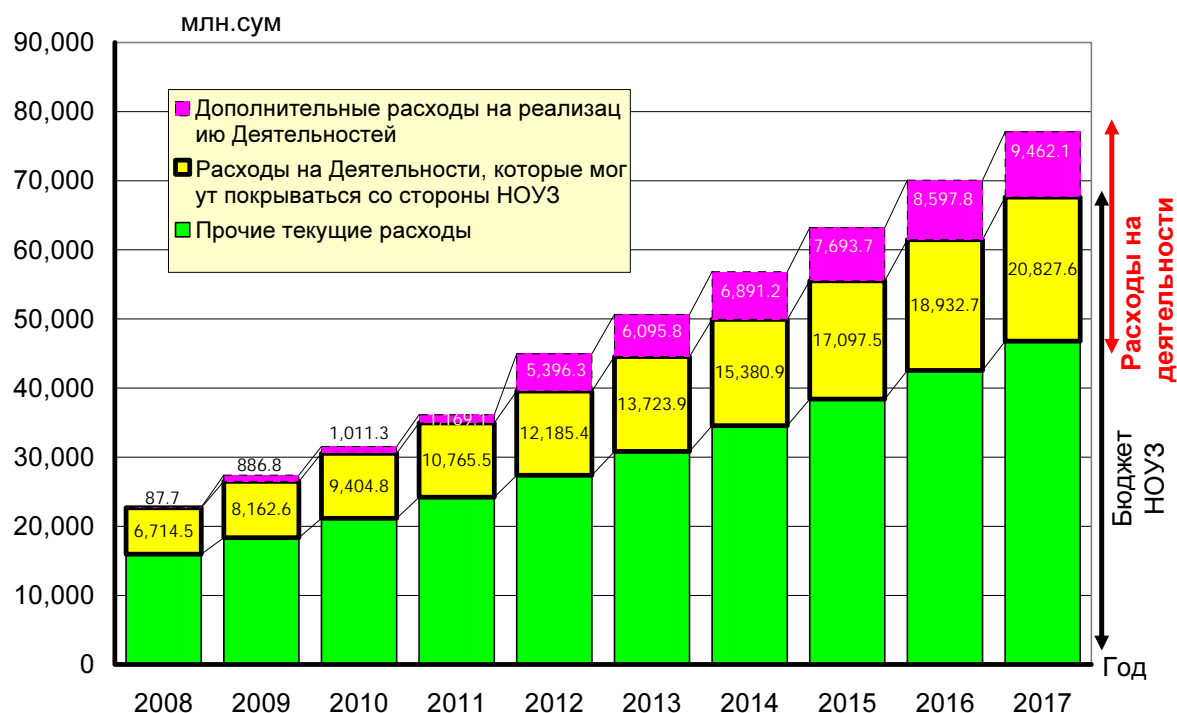
**Таблица 12-3: Распределение дополнительных расходов по деятельности в 2008-2017 годах**

Год	Ед: млн. сум										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Деятельность 1.1	40.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	<b>40.8</b>
Деятельность 1.2	20.0	15.9	11.5	13.5	15.8	18.1	21.4	24.7	29.0	33.6	<b>203.5</b>
Деятельность 2.1	10.0	0.0	5.0	0.0	6.0	0.0	7.0	0.0	8.0	0.0	<b>36.0</b>
Деятельность 2.2	0.0	41.0	34.8	40.4	50.4	54.4	63.1	73.2	84.9	98.5	<b>540.7</b>
Деятельность 2.3	0.0	0.0	0.0	24.4	28.9	34.3	40.7	48.2	57.1	67.7	<b>301.3</b>
Деятельность 3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	4,042.0	4,552.2	5,101.6	5,670.6	6,278.9	6,906.8	<b>32,552.1</b>
Деятельность 4.1	2.0	19.4	22.3	8.7	10.1	11.7	13.5	15.7	18.1	21.0	<b>142.5</b>
Деятельность 4.2	14.5	474.2	550.2	638.5	740.9	859.4	997.2	1,156.4	1,341.3	1,475.6	<b>8,248.2</b>
Деятельность 5.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	<b>0.0</b>
Деятельность 6.1	0.0	334.8	385.8	441.6	499.8	562.9	643.4	701.2	776.4	854.0	<b>5,199.9</b>
Деятельность 6.2	0.4	1.5	1.7	2.0	2.4	2.8	3.3	3.7	4.1	4.9	<b>26.7</b>
<b>Всего дополнительных расходов</b>	<b>87.7</b>	<b>886.8</b>	<b>1,011.3</b>	<b>1,169.1</b>	<b>5,396.3</b>	<b>6,095.8</b>	<b>6,891.2</b>	<b>7,693.7</b>	<b>8,597.8</b>	<b>9,462.1</b>	<b>47,291.7</b>

Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА

Следовательно, как описано в Таблице 12-2 и 12-3, в течение следующих 10 лет НОУЗ будет иметь дефицит в своем текущем бюджете на общую сумму 47,291.7 млн. сум. Согласно Рис. 12-4, с 2012 года резко растут дополнительные расходы. Поэтому, Министерству здравоохранения рекомендуется увеличить текущий бюджет НОУЗ минимум на 14% после открытия ОММЦ и ОДЦ.

Это можно сделать, если узбекское правительство восстановит государственные расходы на здравоохранение в процентном соотношении к ВВП до уровня 1994 года. Согласно данным ВОЗ и Всемирного Банка, в 1994 году государственные расходы на здравоохранение были 4.6% ВВП, но начиная с 2000 года они упали до 2.5%. Если МЗ восстановит их до уровня 1994 года, его бюджет увеличится на 50%, и этого вполне достаточно для увеличения бюджета НОУЗ на 14%. Правительству советуется оказать достаточную финансовую поддержку в целях реализации своей политики здравоохранения.



Источник: Прогноз Группы Изучения ЛСА

**Рис. 12-4: Перспектива бюджета НОУЗ и дополнительные расходы в 2008-2017 годах**

Расходы на здравоохранение резко увеличиваются в любой стране, в которой система здравоохранения не отвечает запросам эпидемиологической ситуации или ее изменению, и каждая страна нуждается в определенном механизме для контроля растущих расходов на здравоохранение. МЗ и НОУЗ были запрошены ассигновать свой бюджет для создания и исполнения такого механизма.

В ответ на новый Указ Президента, МЗ планирует покрыть полную инвестиционную стоимость строительства ОММЦ и ОДЦ в Навоийской области (Компонент 3). Для оснащения медицинским оборудованием (Компонент 4), МЗ ожидает помощь частных компаний или зарубежной помощи, заем или безвозмездную помощь. НОУЗ рассчитывает на сбережение эксплуатационных расходов учреждений, при использовании преимущества расположения большинства областных учреждений на территории Медицинского Комплекса. Например, лабораторные исследования сейчас производятся в каждом ЛПУ, с точки зрения рациональности, это не самое лучшее решение. Централизация лабораторных исследований в ОДЦ уменьшит эксплуатационные расходы на лабораторные исследования. Более того, это поможет увеличить оказание платных услуг, по которым Навоийская область отстает от других. В этом контексте, ОММЦ и ОДЦ должны оказывать качественные услуги за которые пациенты хотят заплатить.

Для того, чтобы сделать всю областную систему здравоохранения эффективной и рациональной, необходимо правильно выбрать целевые заболевания, и обеспечить правильную демаркацию между учреждениями различного уровня и создание ясных практических руководств для учреждения каждого уровня. Соответственно, рекомендуется отдать наивысший приоритет Компоненту 2, вместе с Компонентом 3 и 4.