

## Summary

### THE PECULIARITIES OF ASCARIASIS CLINICAL COURSE IN CHILDREN

M.S. Talabov, Ch.Sh. Umarova, M.Sh. Shodiev

Clinical laboratory data of 195 children with ascariasis between the ages of 1 year and 15 years were analyzed in the present study. Physical examination included collecting patient complaints, epidemiological anamnesis, patient anamnesis and examination. Conventional laboratory and biochemical analysis were made. All patients were made scatological analysis and fecal analysis of helminthes eggs. The results of study have shown that ascariasis in children is characterized by dyspeptic (67.7%), asthenoneurotic (32.8%), dermato-allergic (15.9%) and respiratory (3.1%) syndromes.

**Key words:** ascariasis in children, dyspeptic syndrome

---

#### Адрес для корреспонденции:

**М.С.Талабов** - зав. кафедрой инфекционных болезней Республиканского медицинского колледжа МЗ РТ; Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки – 31. E-mail: [m-talabov@mail.ru](mailto:m-talabov@mail.ru)

## ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП В ПИЛОТНЫХ РАЙОНАХ ТАДЖИКИСТАНА

**Ф.К. ЭГАМОВ, С.Р. МИРАЛИЕВ, З.Ю. БОБОХОДЖАЕВА,  
Б. МЭТИВЕТ, А.А. САФАРОВ**  
**ОТДЕЛ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЗ РТ**

Стратегия финансирования сектора здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 гг. принята Постановлением Правительства от 10.05.05, №171 и направлена на проведение системной реформы: изменение нескольких ключевых аспектов системы здравоохранения, возмещение затрат медицинских учреждений, обеспечение равномерного распределения ресурсов здравоохранения, проведение профилактики заболеваний, пропаганды и образования населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья. Внедрение этих аспектов, в том числе подушевого финансирования в пилотных районах, положительно повлияло на организацию, управление и функции деятельности учреждений ПМСП районов. Кроме того, в пилотных районах относительно контрольных районов, увеличилась доля бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения, что в свою очередь способствует повышению уровня качества оказываемых медицинских услуг в данных учреждениях.

**Ключевые слова:** реформа финансирования здравоохранения, подушевое финансирование, бюджет учреждений ПМСП.

**Введение.** Таджикистан унаследовал систему финансирования здравоохранения, аналогичную тем, которые существовали в других странах бывшего Советского Союза. Начало переходного периода с его экономическим спадом и финансовыми ограничениями привело к

проблемам в системе здравоохранения Таджикистана, так же как и в других странах бывшего Советского Союза с переходной экономикой. Эти проблемы включали в себя разрушение ранее высоких уровней финансовой защиты, несправедливое диспропорциональное распределение государственных ресурсов в пользу учреждений вторичного уровня.

В ответ на эти проблемы Таджикистан начал проводить системную реформу, направленную на изменение нескольких ключевых аспектов системы здравоохранения. Постановлением Правительства от 10.05.05 №171 была принята Стратегия финансирования сектора здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 г., направленная на возмещение затрат медицинских учреждений, обеспечение равномерного распределения ресурсов здравоохранения и проведение профилактики заболеваний, пропаганде и образованию населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Одним из направлений вышеуказанной Стратегии, является внедрение механизмов подушевого финансирования на уровне ПМСП, где, учреждения ПМСП финансируются по количеству закрепленного населения (подушевой норматив). Этот новый метод оплаты государственного поставщика услуг будет означать полный отход от сложившегося метода постатейной оплаты, который способствовал неэффективности и проблемам в области качества медицинских услуг [1,3].

**Цель:** изучение эффективности внедрения подушевого финансирования на деятельность медицинских учреждений ПМСП.

**Методология.** Исследование было проведено в 2009г и за отчётный период подушевое финансирование было внедрено в городах и районах Согдийской и Хатлонской областях (реализация проектом ПОБЗ, финансируемый Всемирным Банком/Шведским Агентством по Международному Развитию и Швейцарским Агентством по Развитию и Сотрудничеству); Горная Матча и Айни были пилотными районами Азиатского Банка Развития (АБР), Дангара - Проект Сино, финансируемый Швейцарским Агентством по Развитию и Сотрудничеству), Рошткалинский район ГБАО (АБР), Районы республиканского подчинения (РРП): Турсунзаде, Шахринав, Варзоб (Проект Сино), Рашт (АБР) [2].

Исследование проводилось в учреждениях первичного уровня в 7-ми пилотных (Рошткалинский район ГБАО, Кулябский, Дангаринский районы Хатлонской области, Аштский и Спитаменский районы Согдийской области, Варзобский и Раштский районы республиканского подчинения) и 3-х контрольных районах (Ишкашимский район ГБАО, Вахдатский и Таджикабадский районы республиканского подчинения). В выборку исследования включены районы, где подушевое финансирование было внедрено с 2007 года, в контрольные были отобраны районы, в которых не был внедрён принцип подушевого финансирования за 3 последних года.

Данные по подушевому финансированию, были собраны ретроспективно за год в период с января по декабрь 2008 года после внедрения подушевого финансирования. Информация по деятельности учреждений здравоохранения собиралась на районном уровне в 10 Районных центрах здоровья.

Индикаторы по оценке внедрения подушевого финансирования в пилотных районах включали:

- Наличие нормативно-правовых документов по реформе системы финансирования здравоохранения на различных уровнях (район, область);
- Число проведенных семинаров, тренингов по реформе системы финансирования здравоохранения на разных уровнях (район, область);
- Процент охвата тренингами или семинарами по реформе системы финансирования здравоохранения руководителей учреждений ПМСП;
- Процент бюджета ПМСП в общем бюджете здравоохранения района;

- Бюджет ПМСП на душу населения;
- Процент увеличения бюджета ПМСМ в динамике.

Была проведена оценка информированности специалистов в пилотных районах (Рашт, Варзоб, Рошткала, Куляб, Дангара, Спитамен, Ашт) и в контрольных районах (Вахдат, Таджикобад, Ишкашим) амбулаторных медицинских услуг с использованием ретроспективной методологии, основанной на проведении опросов среди менеджеров, гл. бухгалтеров, главных врачей ЦРБ, которые оказывали медицинские услуги по подушевому финансированию с января по декабрь 2008 года, после внедрения подушевого финансирования.

**Результаты и их обсуждение.** В исследовании приняли участие 9 менеджеров ПМСП, 9 главных бухгалтеров ПМСП, 10 главных врачей ЦРБ, 10 главных бухгалтеров

ЦРБ. В Ишкашимском районе во время исследования не была введена должность менеджера и гл/бухгалтера ПМСП, так как не была проведена реструктуризация медучреждений (административное разделение ПМСП от ЦРБ).

По общим индикаторам были получены следующие данные:

- наличие нормативно-правовых документов по реформе системы финансирования здравоохранения на уровне ПМСП, пилотных районов – составляет 100%;
- процент охвата тренингами или семинарами по реформе системы финансирования здравоохранения со стороны руководителей учреждений ПМСП пилотных районов составил от 2 – 5 раз - 71%, 1 раз - 14%, не посещали- 15%, что объясняется частыми ротациями кадров в ЛПУ, где приходится заново переобучать специалистов.
- на вопрос об информированности необходимости внедрения подушевого финансирования, большинство (71%) ответили, что таким образом будет справедливое распределение ресурсов на душу населения.
- на вопрос: «Могут ли они рассчитать подушевой коэффициент?», ответили положительно - 93%, т.е. большинство опрошенных знают методы расчёта подушевого финансирования.
- На вопрос: «Какие данные и статьи бюджета ПМСП необходимы для расчёта подушевого финансирования?» – ответили -100%;
- На вопрос: «Ваше мнение о включение остальных статей бюджета для дальнейшего расчёта подушевого финансирования?», большинство ответили положительно (71%).

По финансовым индикаторам были получены административные нижеследующие данные из отчётных форм бухгалтерии ПМСП:

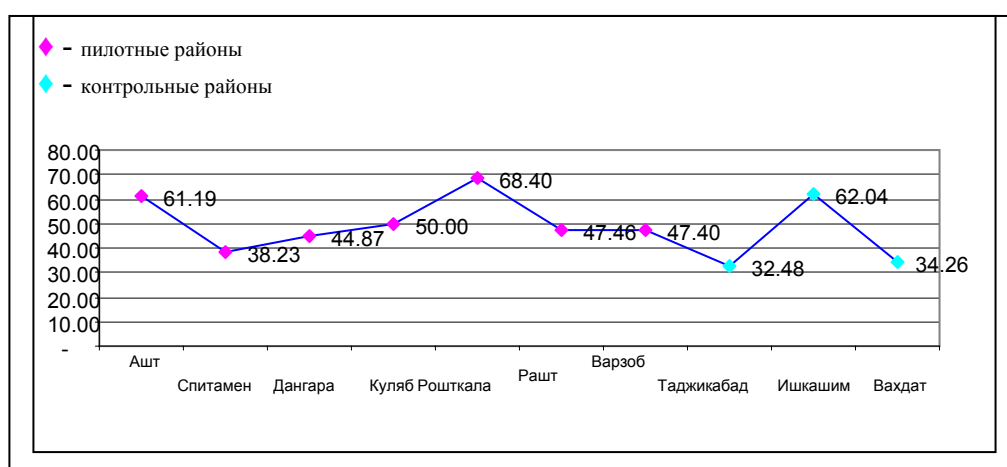


Рис 1. Процент бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения района

Как видно из рисунка 1, доля бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения в пилотных районах, в среднем составляет - 51%, а в контрольных районах - 42%. Согласно, совместным приказам Минздрава и Минфина (№609, 2006; №300, 2008; №68-7, 2009), не меньше 40% бюджета здравоохранения района должно выделяться на ПМСП. Как видно из результатов исследования, этот принцип соблюдается во всех пилотных районах, кроме Спитаменского района, а в контрольных районах, кроме Таджикибадского, Вахдатского районов (РПП), т.к. на 2008г в этих районах не было разделения бюджета на ПМСП и ЦРБ, а что касается Ишкашимского района (62,04%), там была аналогичная ситуация и данные, которые предоставила администрация ЦРБ можно считать недостоверными, т.к. в данные по бюджету ПМСП были включены бюджетные средства, выделенные на СУБы.

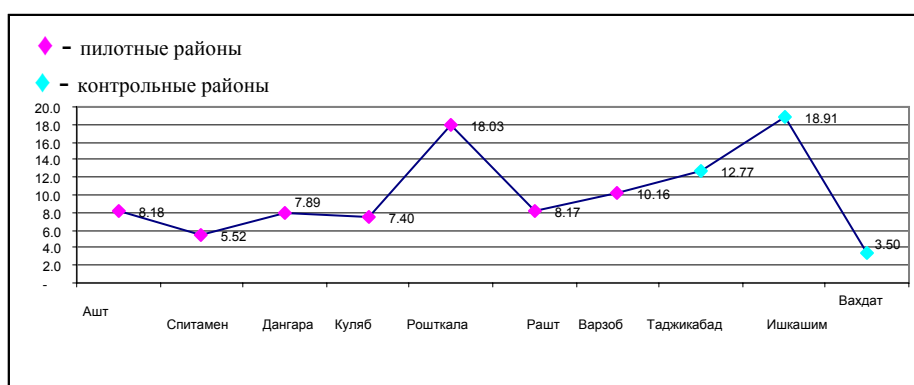


Рис.2. Бюджет ПМСП на душу населения

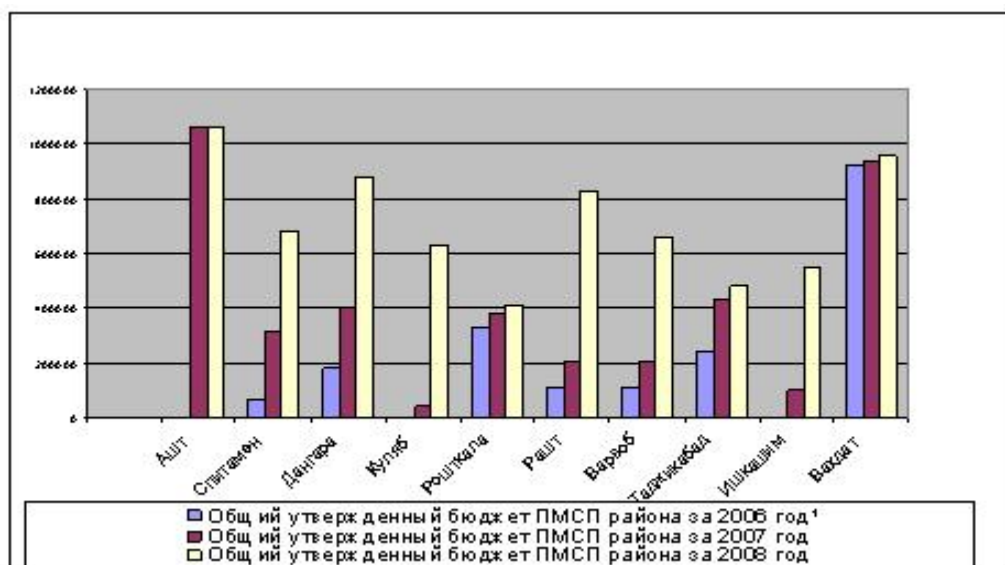


Рис. 3. Динамика роста бюджета ПМСП в каждом районе

Примечание: <sup>1</sup> отсутствие данных по некоторым районам в 2006 году, свидетельствует о том, что у них не было раздельного бюджета (ЦРБ и ПМСП).

Как видно из рисунка 2, общий бюджет здравоохранения района на душу населения в пилотных районах колеблется с 13,36 сомони в Аштском районе до 26,37 сомони в Рошткалинском районе (ГБАО) и в контрольных районах от 10,23 сомони в Вахдатском районе до 39,31 сомони в Таджикибадском районе (РПП). Однозначно бюджет ПМСП на душу населения

в пилотных районах 38,23 сомони в Спитаменском районе до 68,40 сомони в Рошткалинском районе (ГБАО), в контрольных районах от 32,48 в Таджикабаде до 62,04 в Ишкашимском районе (ГБАО). Эти колебания зависят от числа населения и экономического состояния района. В будущем эту разницу поможет решить аккумулирование средств на областном и национальном уровне.

**Таким образом,** результаты исследования показывают, что внедрение финансовых реформ ПМСП, в том числе подушевое финансирование в пилотных районах положительно повлияло на организацию, управление и функции учреждений ПМСП районов. Кроме того, в пилотных районах относительно контрольных районов увеличилась доля бюджета ПМСП от общего бюджета здравоохранения, который способствует повышению уровня и качества оказываемых услуг в данных учреждениях.

### Литература

1. Миралиев С.Р. Современные подходы к финансированию общеврачебной (семейной) практики/ С.Р. Миралиев, Н.Х. Рахимова, Б.Б. Шарипова, С.З. Зарипов // Материалы национальной научно-практической конференции с международным участием «Семейная медицина и здоровье человека» - Душанбе, 2005. - С. 107-112
2. Отчёт по исследованию «Влияние подушевого финансирования на показатели деятельности учреждений ПМСП в пилотных районах в рамках внедрения Стратегии финансирования сектора здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 гг.»/ Эгамов Ф.К., Миралиев С.Р., Бобоходжаева З.Ю., Б. Мэтивет – Душанбе, 2009.-17 с.
3. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ И.М. Шейман - М.: - Медицина. - 1998. - 365 с.

### ХУЛОСА

**НАТИҶАҶОИ ҚАБЛИИ ТАДҚИҚОТ ОИД БА ТАЪСИРИ ИСЛОҶОТИ  
МАБЛАҒГУЗОРИИ СОҶАИ ТАНДУРУСТӢ БА БАЪЗЕ АЗ  
НИШОНДИҲАНДАҶОИ ФАӢОЛИЯТИ МУАССИСАҶОИ КӢМАКИ  
АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРӢ (КАТС)  
Ф.Қ. ЭГАМОВ, С.Р. МИРАЛИЕВ, З.Ю. БОБОХОҶАЕВА,  
Б.МАТИВЕТ, А.А.САФАРОВ**

Натиҷаҳои тадқиқот нишон медиҳанд, ки қорӣ намудани ислоҳоти маблағгузорию муассисаҳои КАТС, аз ҷумла маблағгузорию сарикасӣ ба ташкил, идоракунии ва фаъолияти муассисаҳои КАТС-и ноҳияҳои таҷрибавӣ таъсири мусбат расонид. Ба ғайр аз ин, дар ноҳияҳои таҷрибавӣ нисбат ба ноҳияҳои назоратӣ ҳиссаи буҷети КАТС аз буҷети умумии соҳаи тандурустӣ зиёд шудааст, ки ин ба баланд бардоштани сифат ва сатҳи хизматрасонии тиббию санитарӣ дар муассисаҳои мазкур мусоидат менамояд.

### Summary

**Preliminary survey outcomes of the impact of health financing reforms on  
several indicators of PHC facilities activity in pilot regions of Tajikistan  
F.Q. Egamov, S.R. Miraliev, Z.Yu. Bobokhojaeva, B. Mathivet, A.A.Safarov**

The health financing strategy of the Republic of Tajikistan on 2005 – 2015 years was accepted the Governmental Regulation №171 of 10.05.05 and aimed at systematic reform: some key health aspects change, medical facilities costs compensation, health resource uniform distribution support, implementation of the diseases prevention, promotion and education of population on health preservation and promotion questions.

The survey outcomes display that the introduction of PHC financial reform, including per capita financing in pilot regions positively impacted the organization, management and service delivery of region PHC facilities. Besides, in comparison with control regions there is an increase of PHC budget from the total health budget in pilot regions, which promotes the quality of provided services in these facilities.

**Key words:** Health financing reform, per capita financing, state budget of PHC facilities

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Ф.К.Эгамов** – консультант по экономике и финансированию здравоохранения Отдела анализа политики здравоохранения МЗ РТ; Республика Таджикистан, г.Душанбе, ул.Шевченко-69, E-mail: [fegamov74@mail.ru](mailto:fegamov74@mail.ru)



## **МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С.Т.СЕЙДУМАНОВ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ, КАЗАХСТАН**

Социологические исследования, проведённые в различных регионах Казахстана, показывают важность и необходимость информированности населения о различных аспектах здорового образа жизни для повышения уровня их медицинской активности.

Уровень медицинской активности городского населения на 12-17% выше, чем у сельских жителей. Источниками информации, по мнению респондентов, чаще всего выступают телевидение (50,6%), периодическая печать (28,3%) и медицинские работники (28,0%).

**Ключевые слова:** медицинская активность, здоровье, здоровый образ жизни

**Введение.** Национальными программами развития и реформирования здравоохранения республики важнейшим принципом в формировании, укреплении и сохранении здоровья народа определена солидарная ответственность государства, работодателя и самого гражданина [1-4].

Для решения проблемы повышения собственной устойчивости к ставшей агрессивной окружающей среде от каждого человека требуется полная мобилизация индивидуальных усилий к сохранению и укреплению здоровья. Упование на медицину как на средство избавления от всех недугов в современных условиях полностью лишается смысла и оснований. Задачей системы здравоохранения является формирование медицинской культуры населения путём распространения знаний и рекомендаций по совершенствованию гигиенического поведения, образа жизни, санитарных навыков, психологической устойчивости к заболеваниям. Осознание населением новых парадигм здоровья и здравоохранения должно стать, с одной стороны, основой мотивационных установок на здоровый образ жизни, с другой – благоприятной почвой для реализации профилактических программ [5].

Таким образом, медицинская активность населения является одним из важных аспектов в вопросах укрепления здоровья и формировании здорового образа жизни.

**Цель исследования:** изучить уровень медицинской активности населения в вопросах формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) в различных регионах республики.