



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

# **РЕЗУЛЬТАТЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ**

**СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**Технический отчет**

**31 АВГУСТ 2011**

**ТАШКЕНТ**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

## Ключевые слова

Основные сферы деятельности общественного здравоохранения  
Профилактика и укрепление здоровья  
Реформа здравоохранения  
Система здравоохранения  
Общественное здравоохранение  
Сфера деятельности общественного здравоохранения  
Служба общественного здравоохранения  
Self-assessment самооценка

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро:  
<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

## © World Health Organization 2011

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## Содержание

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b> .....	<b>3</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	<b>4</b>
<b>ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ</b> .....	<b>5</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>6</b>
<b>2. ОПИСАНИЕ СТРАНЫ</b> .....	<b>12</b>
<i>Профиль населения</i> .....	<i>12</i>
<i>Социально-экономические показатели</i> .....	<i>13</i>
<i>Основные показатели здоровья</i> .....	<i>14</i>
<b>3. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ</b> .....	<b>18</b>
<b>4. ЦЕЛЬ И МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ</b> .....	<b>22</b>
<b>5. ОСНОВНЫЕ ОБЛАСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b> ...	<b>24</b>
1). Надзор и оценка здоровья и благополучия населения .....	24
2). Выявление проблем здоровья и рисков для здоровья в сообществе .....	28
3). Готовность и планирование в случае чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. ....	32
4). Действия по охране здоровья (в области гигиены окружающей среды, гигиены труда, безопасности пищевых продуктов и др.) .....	34
5). Профилактика здоровья                      6). Укрепление здоровья .....	37
7). Оценка качества и эффективности услуг общественного здравоохранения для индивидуумов и сообществ .....	41
8). Обеспечение общественного здравоохранения и системы предоставления индивидуальных медицинских услуг компетентными трудовыми ресурсами .....	44
9). Лидерство, управление и инициирование, разработка и планирование политики в области общественного здравоохранения .....	48
10). Научные исследования в области здравоохранения .....	51
<b>6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ</b> .....	<b>55</b>
<b>7. ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	<b>59</b>
1). Усилить межсекторальное взаимодействие по вопросам общественного здравоохранения .....	59
2). Включить социальные детерминанты здоровья во все стратегии и структурные системы служб общественного здравоохранения .....	59
3). Провести оценку кадрового потенциала и разработать полноценную кадровую стратегию в области общественного здравоохранения .....	59
4). Ввести интегрированную систему оценки услуг служб общественного здравоохранения с целью их непрерывного повышения качества и необходимых преобразований .....	60
5). Провести анализ инвестиций в службы общественного здравоохранения и продумать механизмы государственного финансирования и привлечения дополнительных инвестиций .....	60
<b>8. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ССЫЛКИ</b> .....	<b>61</b>
<b>9. ТЕРМИНОЛОГИЯ</b> .....	<b>63</b>

## Список сокращений

КМ	Кабинет Министров
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СУБ	Сельская участковая больница
ЦРБ/РМО	Центральная районная больница/районное медицинское объединение
индекс Гини	Показатель ГИНИ неравномерного распределения доходов в популяции.
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ВБ	Всемирный Банк
SWOT-анализ	SWOT - метод анализа в стратегическом планировании, заключающийся в разделении факторов и явлений на четыре категории: strengths (сильные стороны), weaknesses (слабые стороны), opportunities (возможности) и threats (угрозы).
МЗ	Министерство здравоохранения
ОЗ	Общественное здравоохранение
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ММСП	Международные медико-санитарные правила
ЦГСЭН	Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
РНЦЭМП	Республиканский научный центр экстренной медицины
ВВП	Валовой внутренний продукт
НКЭИС «Узбекинвест»	Национальная Компания Экспортно- импортного страхования «Узбекинвест».
Госстрахнадзор	Государственная инспекция по страховому надзору
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
НАССР система	система НАССР (в английской транскрипции НАССР "Hazard Analysis and Critical Control Points", что в переводе означает "Анализ рисков и критические точки контроля") используется в основном предприятиями производителями пищевой продукции.
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН
ПЗЗ/ПМСП	Первичное звено здравоохранения/Первичная медико-санитарная помощь
ЧС	Чрезвычайные ситуации
ФЗОЖ	Формирование здорового образа жизни
АПУ	Аптечные управления
ТМА	Ташкентская медицинская академия
ТашПМИ	Ташкентский Педиатрический медицинский институт

## Выражение благодарности

Оценку службы общественного здравоохранения в Узбекистане осуществила рабочая группа Министерства здравоохранения с привлечением специалистов разных областей, а также международных консультантов. Весь процесс оценки был организован и осуществлен при координации команды Европейского Бюро ВОЗ. Рабочая группа выражает особую благодарность представительству ВОЗ в Узбекистане за активное руководство в проведении оценки и написании отчета.

Благодарность за активное участие и руководство в написании отчета выражается доктору Майку Седглей, Европейского Бюро ВОЗ, профессору Татьяне Ивановой, консультанту ВОЗ, Национальный центр охраны общественного здоровья, Болгария, доктору Мишелю Тайад, главе представительства ВОЗ в Узбекистане, доктору Доре Мирчевой, консультанту, Отдел общественного здравоохранения системы здравоохранения и общественного здравоохранения, Европейское Бюро ВОЗ.

Авторы также весьма признательны всем участникам процесса оценки за активное сотрудничество и предоставление информации о работе различных подразделений службы общественного здравоохранения.

### Рабочая группа проекта и авторы:

1. Юсупалиев Б.К. – заместитель начальника Главного управления организации лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
2. Алимова М.Х. – заместитель начальника Главного управления науки и учебных заведений Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
3. Арифджанова Д.Б. - начальник отдела родовспоможения Главного управления охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
4. Мухаммедов К.К. – ведущий специалист Главного управления санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
5. Баймирова Л.Т. - Специалист Главного управления организации лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
6. Гафурова Д.Н. – заместитель директора Института Здоровья и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Узбекистан;
7. Абдурахимова С.Б. – специалист по финансированию и управлению Совместного Бюро Реализации Проекта «Здоровье-2»;
8. Шукуров Ш.У. – специалист Совместного Бюро Реализации Проекта «Здоровье-2» и «Укрепления здоровья женщин и детей» по общественному здравоохранению;
9. Маматкулов Б.М. – директор школы общественного здравоохранения Ташкентской Медицинской Академии.
10. Цой Е.С. – национальный сотрудник ВОЗ в Узбекистане

## 1. Введение

С первых дней независимости в Узбекистане начались коренные преобразования в системе здравоохранения, которая прежде характеризовалась централизованной структурой, несовершенством механизмов управления и, которая не могла в полной мере удовлетворить потребности населения в медицинских услугах.

К началу 90-х годов прошлого столетия Узбекистан имел достаточно развитую систему здравоохранения. Этот период характеризовался экстенсивным развитием системы здравоохранения, централизованной структурой и несовершенством механизмов экономики по управления отраслью. Финансирование здравоохранения проводилось по числу коек в медицинских стационарах, что приводило к их наращиванию, при этом рост базы медицинских учреждений происходил без учета реальной потребности населения в медицинских услугах.

Медицинские учреждения были оснащены устаревшим оборудованием, которое было не в состоянии обеспечивать высококачественную диагностику и, соответственно, лечение. Во многих случаях из-за отсутствия оборудования и недостаточной квалификации персонала не было возможности оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь даже в специализированных клиниках. Более того, система здравоохранения оказалась совершенно не готовой к новым требованиям времени в условиях перехода страны к рыночной системе экономических отношений. На ранней стадии переходного периода в республике ухудшились отдельные показатели здоровья населения, как например, отмечался рост материнской и детской смертности, увеличилось число инфекционных заболеваний, что привело к сокращению продолжительности жизни населения, являющейся интегральным и результирующим показателем состояния здоровья населения.

Система здравоохранения такого качества не отвечала требованиям времени и была не в состоянии обеспечивать население здоровьем достойного уровня.

В 1998 году Указом Президента была принята Государственная программа, которая определила поэтапный подход к формированию национальной модели здравоохранения.

Государственная Программа реформирования здравоохранения базируется на принципах неукоснительного соблюдения условий социальной защиты населения, всеобщей доступности гарантированного объема медицинской помощи, поэтапного перехода отдельных медицинских учреждений на смешанные и частные источники финансирования.

Основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

- принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения, развитию его инфраструктуры, направленные на создание равных условий получения первичной медицинской помощи, как в городской, так и сельской местности;
- новый концептуальный и практический подход в вопросах материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения;
- создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех административно-территориальных уровнях;
- отказ от старых стереотипов, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счёт развития платного и частного здравоохранения;
- оптимизация системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счёт концентрации бюджетных средств в первичном звене, амбулаторно-поликлиническом лечении и профилактике вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда.

Одним из важнейших приоритетов государственной политики Республики Узбекистан является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, повышения доступности и качества медицинской помощи.

К числу основных факторов, способствующих эффективному функционированию системы здравоохранения, относится наличие современной организационной системы, которая обеспечивает здоровый образ жизни населения и оказывает качественную бесплатную медицинскую помощь каждому гражданину в рамках государственных гарантий.

Правовой основой охраны здоровья населения является, в первую очередь, Конституция Республики Узбекистан, декларирующая право каждого гражданина на медицинскую помощь.

Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан»(1996 г.) направлен на: обеспечение гарантий прав граждан на охрану здоровья со стороны государства, формирование здорового образа жизни граждан, правовое регулирование деятельности государственных органов, предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений в области охраны здоровья граждан.

Для дальнейшего совершенствования нормативно-правовой базы системы здравоохранения были внесены изменения и дополнения в действующие законы Республики Узбекистан: «Об охране здоровья граждан», «О государственном санитарном надзоре», «О профилактике заболевания СПИД», «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности», «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией». Введены в действие законы Республики Узбекистан «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О психиатрической помощи гражданам», «О защите населения от туберкулеза», «О донорстве крови и ее компонентов» и др.

Совершенствование нормативно-правовой базы системы здравоохранения позволило привести нормативные акты и подзаконные документы, регулирующие функционирование органов и учреждений системы здравоохранения, в соответствие с современными реалиями и уровнем социально-экономических преобразований в обществе.

Для улучшения качества медицинского обслуживания населения в стране осуществляется ряд проектов по развитию потенциала лечебно-профилактических учреждений с использованием кредитов ведущих мировых финансовых институтов и международных организаций.

Со дня приобретения независимости республики вопросы охраны материнства и детства возведены в ранг государственной политики.

Министерством здравоохранения наряду с другими министерствами, ведомствами и неправительственными организациями реализуется ряд программ, основными направлениями которых являются:

1. Совершенствование системы охраны репродуктивного здоровья населения.
2. Скрининг матери и ребёнка.
3. Развитие системы непрерывного обучения, повышения квалификации специалистов и уровня знаний населения в области охраны репродуктивного здоровья, улучшения медицинской культуры.
4. Расширение международного сотрудничества по улучшению репродуктивного здоровья женщин, рождения и воспитания детей.
5. Укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения.
6. Развитие гематологической службы республики.

С 1 января 2004 года в стране внедрена система обязательного медицинского освидетельствования лиц, вступающих в брак, что позволяет будущим молодоженам планировать семью с учетом состояния своего здоровья (Постановление Кабинета Министров №365 от 25.08.2003 г. «Об утверждении положения о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак»).

Организована служба медико-генетической диагностики, представленная сетью скрининг-центров. Ее специалисты оказывают медицинскую помощь семьям, которые находятся в зоне повышенного риска рождения ребенка с отклонениями в развитии. Развивается сеть перинатальных центров, которые оказывают помощь по родовспоможению женщинам с ослабленным здоровьем.

В стране предприняты меры по насыщению рынка продуктами питания, способствующими профилактике заболеваний, вызываемых нехваткой в природе таких микроэлементов, как йод и железо. В целях профилактики железодефицитной анемии с 2005 года реализуется «Национальная программа по фортификации муки».

Реализация государственных программ дала заметные позитивные результаты по оздоровлению матерей и детей. Увеличился охват женщин контрацептивными средствами с 13% в 1991 году до 57% в 2009 году. Снизилась младенческая смертность с 35,5 в 1991 году до 11,7 в 2009 году на 1000 живорожденных. Материнская смертность снизилась с 65,3 в 1991 году до 30,1 на 100 тысяч живорожденных в 2009 году. Важным этапом в развитии системы здравоохранения стали реформы первичного звена, переведенного на общепризнанную в мире систему семейного врача («врач общей практики»). Приоритетность такой постановки вопроса диктуется тем, что для получения первой медицинской помощи большинство населения обращается в амбулаторные учреждения. Ежегодно в учреждения первичной медицинской помощи обращаются около 54 млн. граждан. Таким образом, от состояния первичной медицинской помощи зависит как эффективность и качественный уровень всей системы здравоохранения, так и сохранение трудовых ресурсов и потенциала здоровья общества.

Исторически сложилось так, что структура первичной медицинской службы не соответствовала потребностям населения, особенно в сельской местности. Проблема имела две стороны. Первая – громоздкость системы первичной медицинской помощи, которая состояла из фельдшерско-акушерского пункта, врачебной амбулатории, сельской участковой больницы и центральной больницы. Вторая сторона – большая нагрузка на бюджет характеризовалась тем фактом, что финансирование сельских медицинских учреждений осуществлялось по остаточному принципу выделения первичному звену ресурсов, которых хватало лишь на покрытие зарплаты персонала, а на обеспечение квалифицированными кадрами, на лекарства и обновление медицинской аппаратуры их не оставалось.

В 1996 году правительство Узбекистана принимает общегосударственную Программу по улучшению инфраструктуры села и создает основу положительным изменениям в амбулаторной службе на селе. Реформа ставила целью улучшить качество медицинской помощи и сохранить бесплатную амбулаторную медицинскую помощь для жителей села.

Изменения предусматривали сокращение многоступенчатой системы медицинских учреждений до двухуровневой. Взамен ранее существовавших фельдшерско-акушерских пунктов, сельских врачебных амбулаторий, сельских участковых больниц и центральных районных больниц, правительство предложило построить сеть новых медицинских учреждений – сельских врачебных пунктов (ФАП-СВА-СУБ-ЦРБ) ⇔ (СВП-ЦРБ).

Были разработаны специальные критерии и стандарты, по которым сельские врачебные пункты должны иметь хороший архитектурный дизайн, быть обеспечены водой, электричеством, канализацией, отоплением и средствами телефонной связи. Были составлены планы строительства и реконструкции этих учреждений. По итогам 2009 года в Узбекистане функционирует 3166 сельских врачебных пунктов (СВП). Общее количество обслуживаемого ими населения составляет более 15 млн. человек.

Развитие этих учреждений имело и другое не менее важное преимущество - они позволили населению получить доступ к квалифицированной врачебной, а не фельдшерской помощи. Но эффективная работа этих учреждений возможна только при наличии соответствующего кадрового потенциала, а именно врачей, готовых оказать медицинскую помощь, как взрослому, так и детскому населению, или иначе выражаясь, врачей общей практики. Это требовало экономической и организационной интеграции врачей первичного звена на принципах общей врачебной практики, повышения профессиональной



подготовки врачей поликлинического звена и их заинтересованности в повышении квалификации, совершенствования системы оплаты труда, обеспечивающей участие врачей в управлении ресурсами и повышении качества медицинских услуг.

Указом Президента № 2107 от 10.11.98 г. было определено, что подготовка врачей общей практики является ключом к решению целого ряда задач, намеченных Государственной программой реформирования системы здравоохранения. Поскольку врачей подобного типа у нас раньше не было, было решено осуществлять их подготовку в двух направлениях – путем подготовки соответствующих молодых специалистов в медицинских вузах и посредством переподготовки работающих врачей-специалистов. При центральных районных больницах организуются учебные центры для ВОП в целях их непрерывного профессионального образования.

В целях повышения клинических знаний и навыков студентов выпускного курса в медицинских ВУЗах организованы учебные центры, которые оснащаются необходимым оборудованием (учебные манекены, муляжи, компьютеры).

Другой не менее важный вопрос был связан с обеспечением этих учреждений современным медицинским оборудованием, аппаратурой и предоставлением возможности внедрять новые механизмы финансирования СВП, основанные на подушевом принципе. Инициативы правительства были поддержаны Всемирным банком, который инвестировал средства в развитие учреждений первичного звена здравоохранения пяти регионов, а затем опыт был расширен на всю страну.

В результате проводимых реформ в первичном звене здравоохранения количество посещений на 1 жителя увеличилось с 7,2 в 1991 году до 9,0 в день в 2009 году. Анализ деятельности СВП пилотных регионов показал, что по сравнению с 1998 годом количество направлений на консультацию к специалистам снизилось более чем на 30%, а на госпитализацию в стационар - на 27%.

Вместе с тем, в первичном звене здравоохранения все еще существуют проблемы, которые предстоит решать: недостаточная материально-техническая база ЦРБ (в настоящее время, районное медицинское объединение РМО), городских поликлиник, недостаточная обеспеченность СВП квалифицированными кадрами.

В помощь врачам первичного звена во всех областях создаются областные диагностические центры, обеспечивающие население высокотехнологичными видами обследований, необходимыми для точного установления сложного заболевания (молекулярно-генетические исследования, компьютерная и магниторезонансная томография, доплерография и др.).

В Узбекистане создана национальная модель экстренной медицинской помощи. До преобразований она была централизована, а теперь координируется единым Республиканским научным центром экстренной медицины (РНЦЭМП), который имеет филиалы во всех областных центрах. Кроме того, в 173 населённых пунктах страны при ЦРБ и ЦГБ созданы отделения экстренной медицинской помощи.

В дополнение к перечисленным стационарным подразделениям в данную систему были переданы службы экстренной медицинской помощи с 194 станциями и 1485 бригадами скорой медицинской помощи и медицинские подразделения Министерства по чрезвычайным ситуациям. Преимущество созданной службы перед дореформенной службой состоит в том, что здесь сконцентрированы высококвалифицированные специалисты по оказанию пациентам необходимой экстренной медицинской помощи

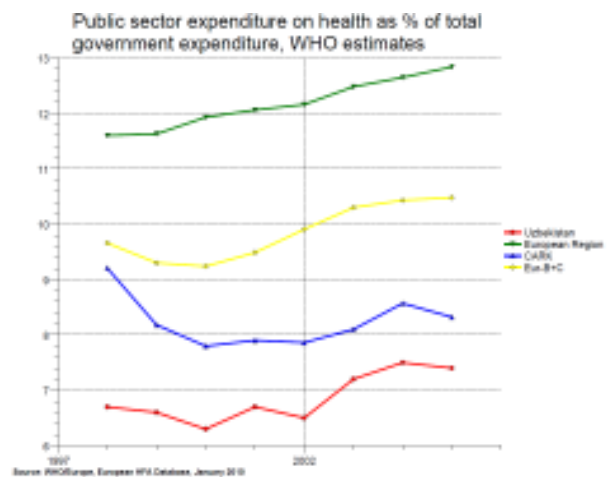
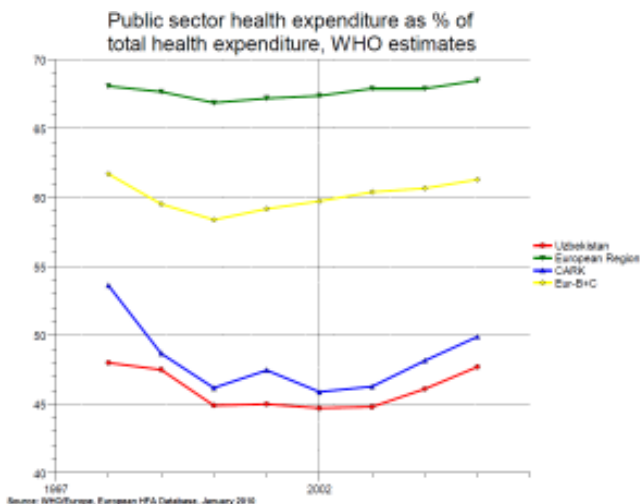
На новый уровень развития вышла служба оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи. Сегодня она представлена профильными научно-исследовательскими институтами и специализированными научно-практическими центрами республиканского значения, которые не только разрабатывают новые методы лечения, но и внедряют достижения мировой медицины в отечественную практику здравоохранения. Примером тому является широкое внедрение в

отечественную практику малотравматичных бескровных операций, выполняемых при помощи эндоскопической аппаратуры. Такие внедряемые методики лечения сводят к минимуму количество дней пребывания больного в стационаре. Сегодня средняя продолжительность стационарного лечения в стране составляет 3-5 дней.

С развитием материально-технической базы, сети медицинских учреждений негосударственной формы собственности, фармацевтического рынка и совершенствованием методик лечения в медицинских центрах, с 2000 года в Узбекистане внедряется Институт координации качества медицинского обслуживания. Сегодня врачи обязаны оказывать помощь в соответствии с государственными стандартами диагностики и лечения, а также клиническими протоколами. Эти нормативные документы разработаны и постоянно совершенствуются в соответствии с принципами доказательной медицины.

Общие расходы на здравоохранение не превышают 3% к ВВП Узбекистана, что составляет небольшой объем по сравнению с большинством развитых стран, но сопоставимы с расходами государств, находящихся в сходных социально-экономических условиях.

По подсчетам ВОЗ, на 2005 год расходы государственного сектора в процентном соотношении приблизительно составляли около 48% от всех расходов на здоровье, что значительно ниже Европейских показателей, но незначительно ниже средних показателей по региону ЦАРК. При этом необходимо отметить, что общие государственные расходы на здоровье к 2005 году составляли около 7,5% от всех расходов государства.



Несмотря на то, что данный показатель имеет незначительную динамику, прежде всего связанную со снижением налогового бремени на хозяйствующие субъекты в связи с проводимыми экономическими реформами, государство не уменьшает расходов на здравоохранение.

Вместе с тем, в системе здравоохранения и защиты здоровья людей многие вопросы, связанные с повышением уровня профилактики и качества оказываемых медицинских услуг, продолжают оставаться нерешенными.

Анализ обращений граждан по вопросам качества оказания медико-санитарной помощи, росту платных услуг и снижению доступности бесплатной медицинской помощи свидетельствует о том, что деятельность медицинских учреждений в этой сфере услуг не всегда эффективна.

Существуют проблемы в финансировании здравоохранения, в частности, недостаточность финансовых ресурсов и их неэффективное использование.

В настоящее время государственная система здравоохранения финансируется за счет средств медицинского страхования и средств целевых фондов по охране здоровья граждан, объемы которых гарантированы государством.

Одним из путей решения проблем финансирования и управления системой здравоохранения является развитие системы медицинского страхования, которая позволит оптимизировать финансовый механизм распределения государственных средств и совершенствования механизма оказания платных медицинских услуг населению.

Основы медицинского страхования в стране были заложены в 2000 году, когда НКЭИС «Узбекинвест» начала вводить систему добровольного медицинского страхования. Однако данная система получила свое реальное развитие лишь в последние несколько лет. По данным Госстрахнадзора Республики Узбекистан, если в 2005 году в стране было всего 3 компании по оказанию услуг добровольного медицинского страхования, то по итогам 2008 года, их число возросло до 15.

Основными причинами столь долгого периода ожидания развития медицинского страхования были относительно низкий уровень рентабельности и специфика этой сферы, требующая наличия специализированной инфраструктуры для полноценного предоставления такого вида услуги. В настоящее время Сенатом Олий Мажлиса рассмотрен проект Закона о медицинском страховании, который находится в стадии подготовки к утверждению.

Наряду с другими направлениями, заметные изменения произошли в кадровой структуре и в сфере подготовки кадров. Принципиально пересмотрена схема подготовки медицинских кадров и осуществлен переход на двухуровневую систему высшего медицинского образования – бакалавриат и магистратуру.

Начиная с 2000 года, в системе додипломного образования подготовлено 2590 выпускников - врачей общей практики. За 2009-2010 годы в магистратуре обучилось 650 человек по 58 специальностям.

В лечебно-профилактических и научно-педагогических учреждениях системы Минздрава работает 72144 врача.

Проводимые в Узбекистане реформы и реструктуризация учреждений здравоохранения способствовали уменьшению численности врачебных кадров. С 1999 года по настоящее время их число сократилось, и обеспеченность на 10 тысяч населения уменьшилась с 29,8 в 1999 году до 26,0 в 2009 году. Численность средних медицинских работников составила 104,0 на 10 000 населения в 2009 году.

Принципиально новым является организация отделений по подготовке медицинских сестер высшей квалификации - бакалавров сестринского дела. В 2002 году осуществлен первый выпуск в количестве 121 специалиста, которые направлены в лечебно-профилактические учреждения республики в качестве ведущих медсестер. Разработаны соответствующие квалификационные характеристики и государственные образовательные стандарты по высшему и среднему медицинскому образованию.

## 2. Описание страны

Узбекистан является одним из крупнейших государств Центральной Азии, расположен в сердце Азии между двумя реками Амударьей и Сырдарьей. Территория граничит с пятью государствами: с Казахстаном, Туркменистаном, Таджикистаном, Кыргызстаном и Афганистаном на общем протяжении 6221 км. Общая площадь страны 448,9 тыс.км<sup>2</sup>, плотность населения 62 человека на кв.км. Узбекистан провозгласил свою независимость 31 августа 1991 г, в административно-территориальном отношении состоит из Республики Каракалпакстан, 12 областей и столичного города Ташкент.

Сеть из более 10 000 махаллей охватывает всю территорию республики. Махалли являются уникальным национальным образованием, в которое входят все семьи определенного района, представители разных национальностей.

Согласно указу президента республики с 1998 года начали возрождаться махаллинские комитеты и махаллинские советы, функция которых связана с контролем за социальной защитой и социальным обеспечением малоимущих слоев населения в отдельно взятом микрорайоне. Махаллинский комитет помогает жителям махалли с организацией праздников, свадеб, похорон и при необходимости оказывает помощь малоимущим или одиноким старикам.

В настоящее время возрастает вклад махалли в решении вопросов духовно-нравственного воспитания граждан, молодежи, эффективного функционирования социальной сферы, обеспечения общественной безопасности и правопорядка на местах.

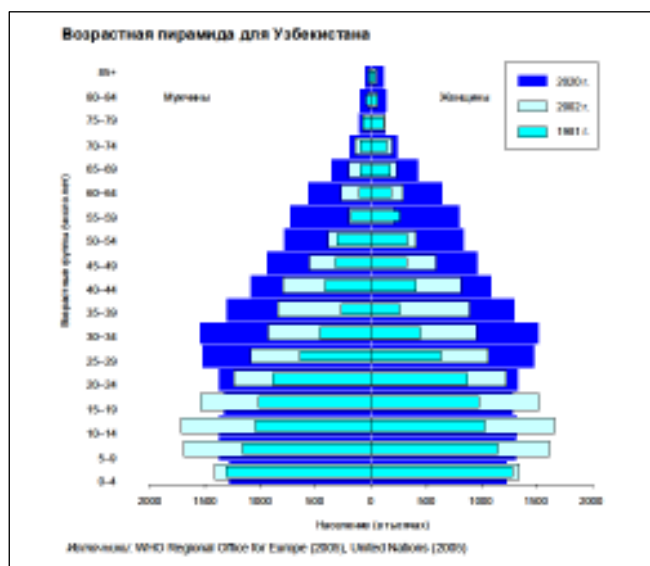
### Профиль населения

Узбекистан является самой густонаселенной страной среди пяти республик Средней Азии. Численность постоянного населения Республики Узбекистан на 1 января 2010г. составила 28,001 тыс. человек с незначительным преобладанием женщин. По числу жителей Узбекистан занимает третье место среди стран СНГ, после Российской Федерации и Украины. Однако в отличие от них в Узбекистане регистрируются высокий уровень рождаемости и положительный прирост населения. Показатель рождаемости в Узбекистане также остается выше среднего уровня по меркам стран Европейского региона (группа стран с высокими показателями смертности В+С по классификации ВОЗ), как и положительный естественный прирост населения.

В республике насчитывается 120 городов и 115 городских поселков, в них, в общей сложности, проживает около 9,4 млн. человек или немногим более 37 % всего населения.

Состав населения характеризуется преобладанием узбекского этноса (85%) и малочисленностью диаспор некоренного населения республики, которые включают более 100 национальностей, имеющих равные гражданские права и возможности.

Численность населения трудоспособного возраста в 2008 году составила 16321,9 тыс. чел. Число граждан, состоящих на учете по поиску работы за тот же



период, составило 22,9 тыс. человек. По данным министерства труда и социальной защиты населения в 2008 году созданы 660,9 тыс. единиц новых рабочих мест, в том числе в сельской местности 436 тыс. единиц.

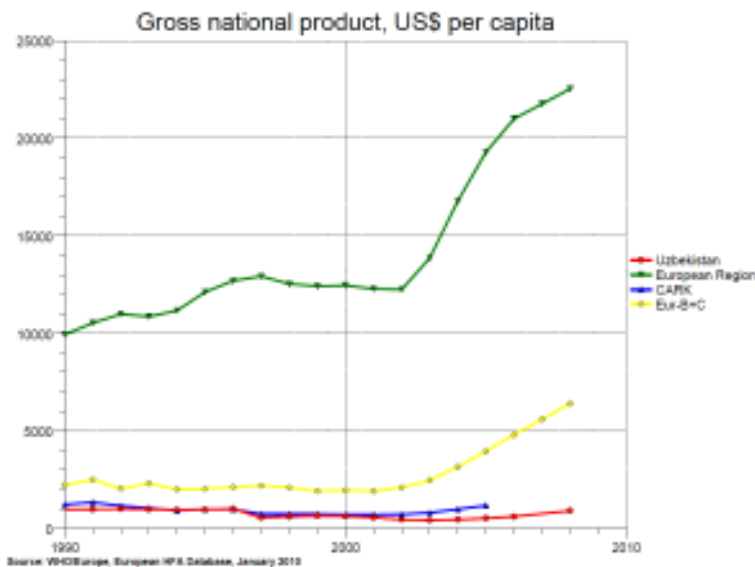
Около 88% населения считаются мусульманами (в основном сунниты), 9% - православными. Всего в стране зарегистрировано 16 религиозных конфессий.

По данным исследований ВОЗ и ООН, прогнозируемые демографические изменения показывают, что к 2020 году будет наблюдаться превалирование населения в возрасте 25-35 лет и относительное увеличение населения старшей возрастной категории. При этом доля детского населения будет относительно уменьшаться. Уже существует такая тенденция, например, доля населения в возрасте 0-14 лет снизилась приблизительно с 41% в 1999 году до 29,9% в 2009 году.

Данная картина указывает на необходимость изменения политики в области здравоохранения и социального обеспечения.

### Социально-экономические показатели

По оценкам представительства Программы развития ООН в Узбекистане, Узбекистан находится в числе стран, добившихся значительного прогресса за последние годы. Индекс человеческого развития в Узбекистане вырос с 0,59 в 2005 году до 0,62 в 2010-м, определяя место Узбекистана в числе стран «средней» категории человеческого развития.



В 2003 году валовой национальный доход в Узбекистане составлял 1720 долларов США на душу населения, а за последние пять лет увеличился на 43%. Соотношение валового национального дохода на душу населения в долларах США указано на следующем графике по сравнению с другими странами Европейского региона и ЦАРК.

В 2000 году значение индекса Гини для Узбекистана составляло 29,0 (World Bank, 2005). Степень общего охвата населения средним образованием (отношение числа всех учащихся средней школы вне зависимости от возраста к численности возрастной группы, официально соответствующей периоду

получения среднего образования) составляла в 2009 г. 100%.

Исходя из данных по бедности в Узбекистане, собранных в ходе обследования бюджетов домохозяйств в 2001 году, 27,5% населения Узбекистана (6,8 млн. человек) можно было классифицировать как малообеспеченные («Оценка уровня жизни населения», Всемирный банк, 2003). К 2003 году число малообеспеченных сократилось до 26,2%. При национализации ЦРТ Узбекистан определил, что уровень бедности в республике к 2010 году составляет 20%, а к 2015 году должен быть не более 14%, что соответствует твердому намерению сократить бедность вдвое, как обозначено в Декларации тысячелетия.

Высокий демографический потенциал и благоприятная возрастная структура населения Узбекистана сохраняются и в отдаленной перспективе, что выдвигает ряд проблем, связанных с обеспечением

занятости молодежи, совершенствования структуры занятости экономически активного населения, формирования структуры и регулирования миграционных процессов.

Как и в большинстве развивающихся стран, наиболее уязвимыми группами населения являются сельские жители, многодетные семьи, инвалиды, безработные, люди с низким уровнем образования и семьи, где кормильцами являются женщины.

В целях государственной поддержки населению за годы реформ было дополнительно выделено более 550 тыс. гектаров орошаемых земель для расширения личных приусадебных участков, что позволило существенно повысить уровень самообеспеченности населения продуктами питания. На долю личных подсобных хозяйств в 2007 году приходилось 82% от общего объема производства мяса и 88% молока. (Институт макроэкономических и социальных исследований Республики Узбекистан /Analitika.org, 22.01.07/).

По данным Министерства труда и социальной защищенности населения в 2009 году численность обратившихся в органы по труду за содействием в трудоустройстве составила 658,2 тыс. человек, что на 5,6% больше по сравнению с 2008 годом.

Из общей численности граждан, зарегистрированных как ищущие работу, лица в возрасте от 18 до 30 лет составляют 54,3 %, от 30 до 50 лет - 43 %. Численность граждан, состоящих на учете в органах по труду в поиске работы, на конец 2009 года составила 2,1 тыс. человек против 22,9 тыс. человек на 2008 год или снизилась на 12%.

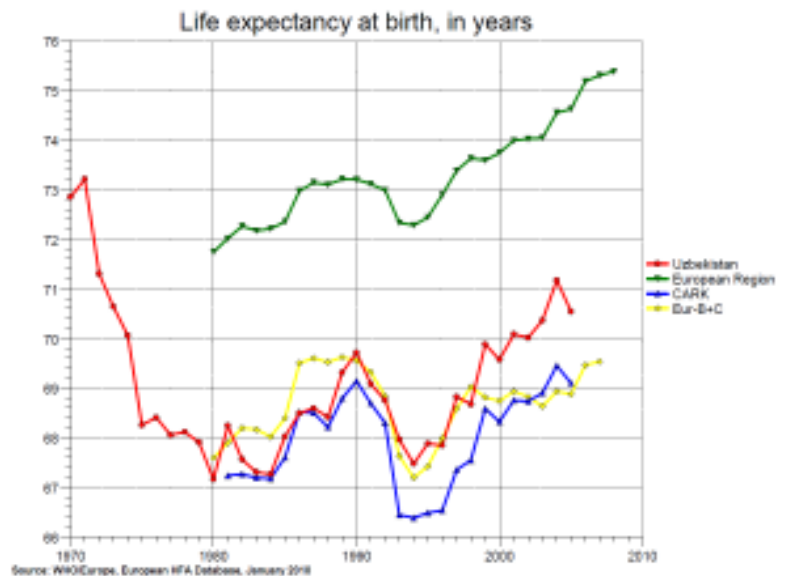
При содействии органов по труду в 2009 году трудоустроено 566,3 тыс. человек (86% из обратившихся за содействием в трудоустройстве за этот период), что на 1,7% меньше соответствующего периода предыдущего года.

Уровень дохода является главным, но неединственным определителем малообеспеченности. Сегодня в Узбекистане малообеспеченность связана с качеством доступа к здравоохранению, образованию, основным видам коммунальных услуг, таких, как чистая питьевая вода и адекватные санитарные условия. Таким образом, снижение уровня бедности является комплексной задачей, которая тесно связана с достижением всех остальных ЦРТ.

## Основные показатели здоровья

По оценкам ВОЗ, жители Узбекистана, родившиеся в 2003 году, могут потенциально рассчитывать прожить в среднем 66 лет (женщины – 68 лет, мужчины – 63 года). По оценкам ВОЗ на 2002 год (WHO, 2004), средняя продолжительность здоровой жизни для населения Узбекистана составляла 59,4 лет (60,9 для женщин и 57,9 для мужчин). По данным Государственного комитета по статистике в 2009 году данный показатель составил 72,9 лет (70,6 – мужчины, 75,2 – женщины).

На следующем графике демонстрируется средняя продолжительность жизни при рождении, измеренная в годах жизни.



**Общая заболеваемость, зарегистрированная в Республике Узбекистан в период с 1991 по 2008 годы (на 100 тысяч населения).**

<b>Группа заболеваний</b>	<b>1991</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>	<b>2008</b>
Дыхательная система	17940,9	15215,1	11040,22	12029,45	12050,79
Сердечно-сосудистая система	1014,3	1076,7	1193,43	1410,24	1542,54
Нервная система	3739,0	3286,2	3506,24	1966,24	1621,16
Костно-мышечная система	747,8	570,1	765,30	841,63	868,19
Болезни крови и кроветворных органов		5897,7	7823,3	8567,1	9091,9
Пищеварительная система	3996,4	5360,1	4528,22	5760,97	6439,29
Злокачественные новообразования	76,2	68,5	70,8	67,7	68,1
Мочеполовая система	1617,0	1814,0	2194,61	2549,26	2692,71
Травмы и отравления	3903,4	3258,9	2804,96	3377,41	3267,43
Психические расстройства	257,3	232,1	267,81	213,70	194,05
Эндокринной системы	865,6	1330,1	2472,85	2982,15	2684,22
Все остальные заболевания	8897,9	4429,5	3596,58	7172,43	7841,13
<b>ВСЕГО</b>	<b>42979,7</b>	<b>42539,0</b>	<b>40264,32</b>	<b>46938,28</b>	<b>48361,51</b>

*Источник: Институт здоровья и медицинской статистики МЗ РУз*

Удельный вес смертности от неинфекционных заболеваний на 100 тыс. населения намного выше доли инфекционных заболеваний, что сравнительно аналогично средним показателям по региону.

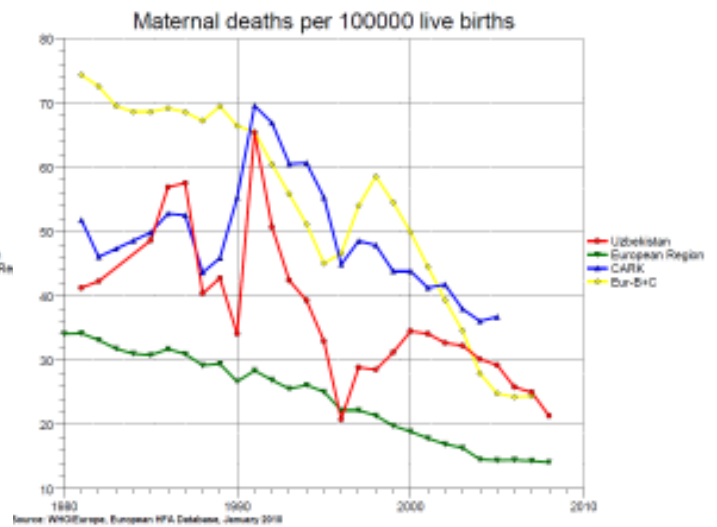
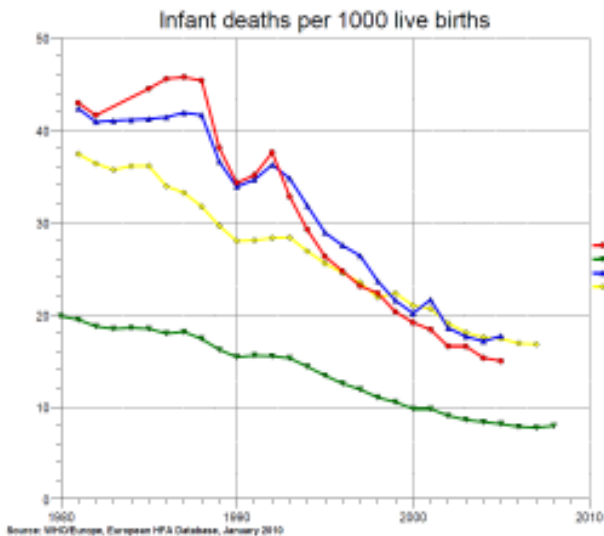
Однако следует отметить, что на конец 2008 года по данным Государственного комитета по статистике показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний продолжал снижаться и составил 719,6 на 100 тысяч населения. Показатель смертности от злокачественных заболеваний увеличился более чем в 2 раза и составил 71,2. Данные показатели для болезней органов дыхания и пищеварения составили 49,5 и 62,5 на 100 тысяч населения соответственно.

**Наиболее распространённые причины смерти в Республике Узбекистан в период с 1991 по 2008 годы на 100 тысяч населения.**

<b>Причина смерти</b>	<b>1991</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>	<b>2008</b>
Болезни системы кровообращения	621,7	638,3	288,5	274,0	298,9
Злокачественные новообразования	53,6	44,4	39,1	37,0	35,9
Травмы и отравления	60,1	45,5	43,2	37,8	34,3
Заболевания системы пищеварения	27,0	32,2	30,6	31,8	32,3
Инфекционные заболевания и паразиты	35,9	34,2	20,7	15,1	14,8
Болезни органов дыхания	106,7	104,7	63,5	42,9	36,9

*Источник: Институт здоровья и медицинской статистики МЗ РУз.*



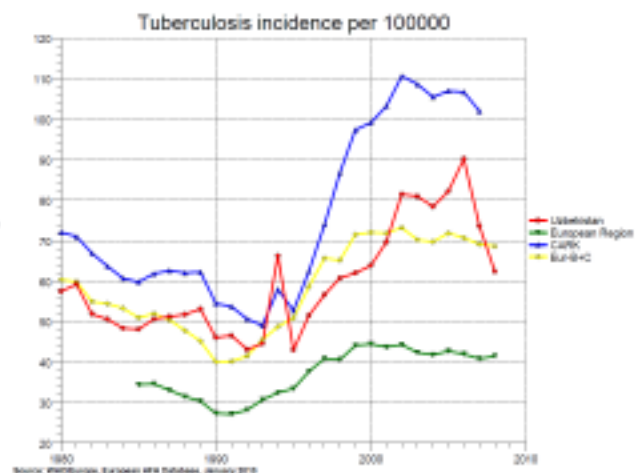
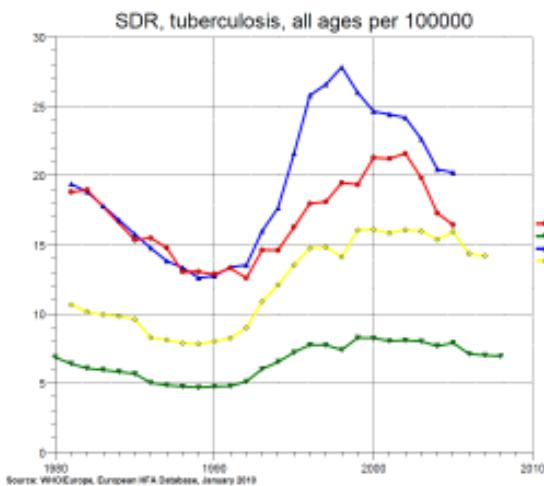


Показатель младенческой смертности неуклонно снижается на протяжении нескольких десятилетий, на что указывает представленный график с показателем младенческой смертности на 1000 живорожденных, также проведенный в сравнении с другими странами. Нужно также отметить, что по данным Государственного комитета по статистике в 2009 г. уровень младенческой смертности в Узбекистане составлял 11,7 на 1000 живорожденных. За период с 1990 г. младенческая смертность в Узбекистане снизилась в 2,5 раза.

В отношении материнской смертности также отмечается тенденция к значительному снижению. Это также хорошо видно на графике, демонстрирующем показатель материнской смертности на 100 тысяч детей, рожденных живыми.

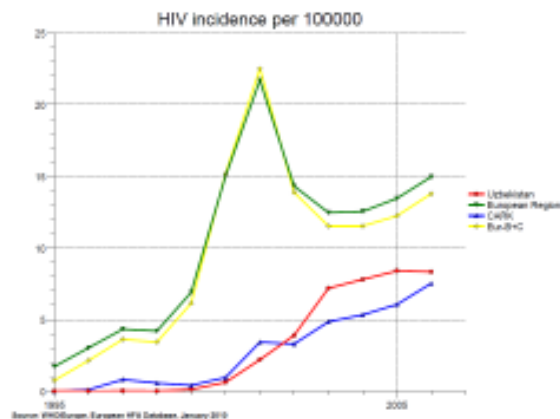
### Туберкулез и ВИЧ/СПИД

В отношении туберкулеза можно отметить тот факт, что на фоне резкого повышения заболеваемости туберкулезом с конца 90-х, стандартизированный показатель смертности по данному заболеванию на 100 тысяч населения в Узбекистане хотя и является относительно высоким по сравнению со средними региональными показателями, однако отмечается устойчивая тенденция к снижению последнего показателя.





Аналогичная картина роста заболеваемости в отношении ВИЧ отмечается в стране в конце 90-х годов. Однако по сравнению со средними показателями с Европейскими регионами и странами САРК, показатели сравнительно ниже.



### Неинфекционные заболевания

В 2009 году около 90% всей смертности в Узбекистане было обусловлено неинфекционной патологией, где внешние причины составили около 5%, инфекционные болезни – около 2,5%, неточно обозначенные состояния – около 2%.

Ведущей причиной смерти в Узбекистане в 2009 г. были ССЗ, на долю которых приходилось 59,3% всей смертности, приблизительно половина которых, обусловлена ИБС и около 1/4 – цереброваскулярными болезнями.

Показатель смертности от злокачественных новообразований в Узбекистане относительно низкий - 7,5%. Болезни органов дыхания в 2009 году составили 6,6% среди всех причин смертности в Узбекистане. В течение последних 20 лет показатель смертности от болезней органов пищеварения заметно вырос (6%), чаще всего обусловлен хроническими болезнями печени и циррозом печени. Показатели смертности от внешних причин в Узбекистане также сравнительно низкие (2002г.).

Ниже, в таблице приведены 10 ведущих групп нарушения здоровья (в порядке убывания значимости, отдельно для мужчин и женщин), на которые приходится около 90% всего бремени болезней в Узбекистане. Самая значительная доля бремени болезней среди лиц обоего пола приходится на сердечно-сосудистые заболевания и нервно-психические расстройства.

Десять ведущих групп стойких нарушений здоровья и инвалидности мужчин и женщин в Узбекистане (2002г.), ранжированных в соответствии с их удельным весом в общем числе DALY

Ранг	Мужчины		Женщины	
	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)	Группы стойких нарушений здоровья	Всего DALY (%)
1	Сердечно-сосудистые заболевания	18,7	Нервно-психические расстройства	21,9
2	Нервно-психические расстройства	16,6	Сердечно-сосудистые заболевания	18,3
3	Непреднамеренные травмы	12,5	Респираторные инфекции	7,4
4	Респираторные инфекции	9,1	Болезни органов пищеварения	6,3
5	Болезни органов пищеварения	6,2	Инфекционные и паразитарные болезни	5,3
6	Инфекционные и паразитарные болезни	6,1	Болезни органов чувств	4,7
7	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	5,4	Злокачественные новообразования	4,6
8	Злокачественные новообразования	3,7	Непреднамеренные травмы	4,5
9	Болезни органов дыхания	3,6	Неполноценное питание	4,2
10	Болезни органов чувств	3,4	Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4,2

Источник: WHO, 2003г.

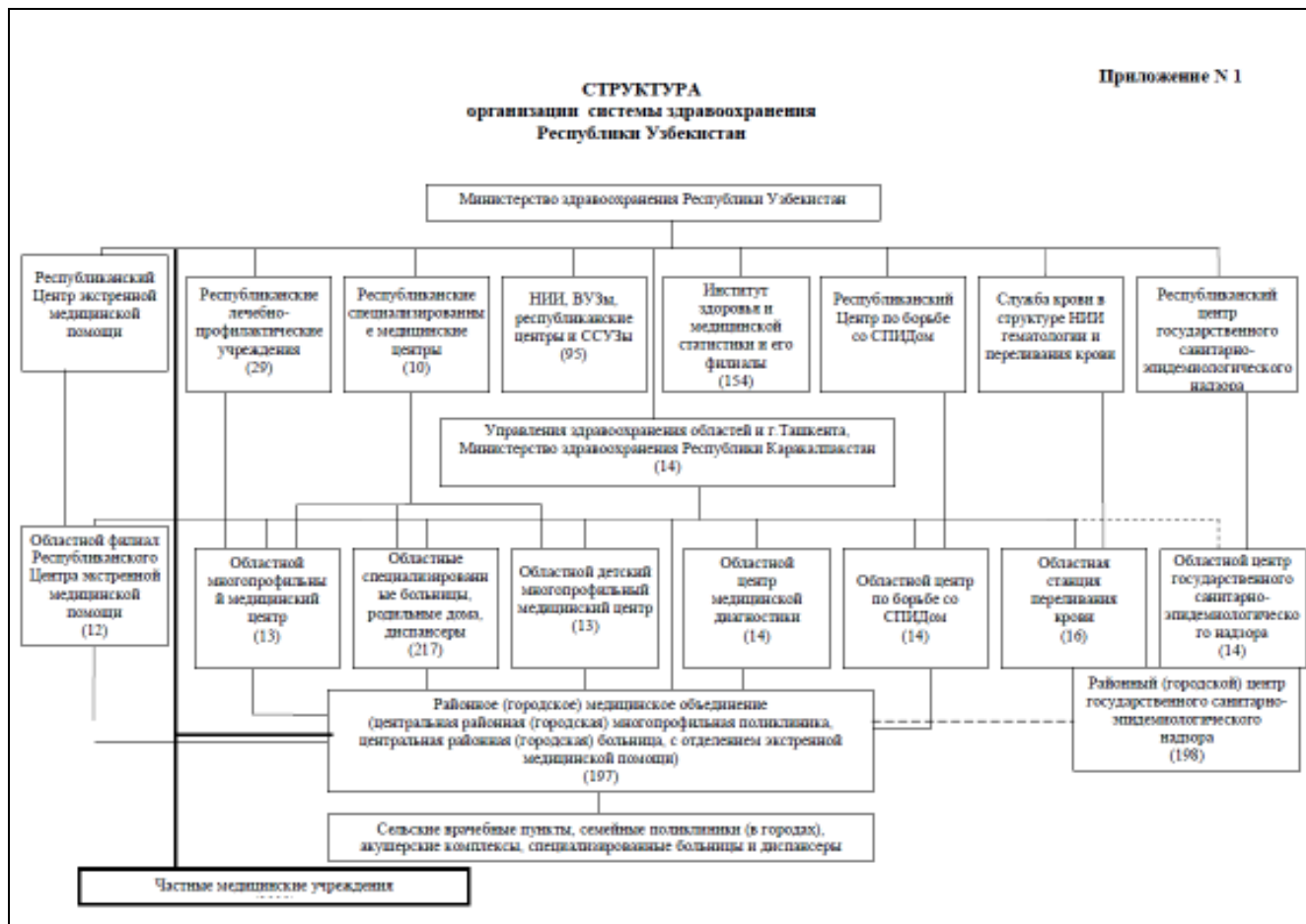
Среди 10 ведущих факторов риска в отношении бремени болезней в Узбекистане при измерении в DALY (Ист. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Узбекистане, 2005, Европейское Бюро ВОЗ.) максимальное бремя болезней среди мужчин связано с употреблением алкоголя и высоким индексом массы тела. Далее по убыванию находятся повышенное АД, высокий уровень холестерина, употребление табака и др.

Среди женщин ведущими причинами являются высокий индекс массы тела, повышенное АД, высокий уровень холестерина, дым в помещении от сжигания твердого топлива, недостаток железа и т.д.

### 3. Институциональная структура общественного здравоохранения в Узбекистане

В настоящее время в Республике Узбекистан действует единая система здравоохранения, которая представляет собой совокупность государственной, частной и других систем здравоохранения (структура организации системы здравоохранения приведена на схеме 1).

На сегодняшний день задачи общественного здравоохранения выполняют санитарно-эпидемиологическая служба и Институт Здоровья и медицинской статистики республики.



Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Республики Узбекистан представляет собой многоуровневую систему учреждений. Так, в Республике Каракалпакстан функционирует Республиканский центр государственного-эпидемиологического надзора, в областях республики – областные центры, в г. Ташкенте - городской центр санитарно-эпидемиологического надзора, а в городах и районах республики работу по проведению государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляют городские (районные) центры санитарно-эпидемиологического надзора (главные государственные санитарные врачи).

К задачам санитарно-эпидемиологической службы относятся:

- профилактика и борьба с инфекционными болезнями;
- иммунизация;
- гигиена детей и подростков, здоровье и питание детей в детских садах и школах;
- безопасность продуктов питания;
- радиационная безопасность;
- профилактика профессиональных болезней;
- экологическое благополучие;

- эпидемиологический контроль и анализ;
- наблюдение за условиями труда;
- санитарное просвещение и пропаганда здорового образа жизни.

В стране наряду с организацией санитарно-гигиенических мероприятий против инфекционных заболеваний сформирована эффективная система вакцинации. Особое внимание уделяется обеспечению безопасности службы крови, повышению санитарно-гигиенической культуры населения, пропаганде здорового образа жизни, расширению масштабов профилактики инфекционных заболеваний.

Благодаря повышению качества медицинского обслуживания, уровня медицинской культуры населения, из года в год в Узбекистане сокращается количество инфекционных заболеваний.

В течение 30 лет не фиксируются случаи столбняка новорожденных. За последние 10 лет не регистрируются летальные исходы от кори. Число больных паратифами снизилось в 50 раз, коклюшем – в 8, бруцеллезом – в 4, другими сальмонеллезными инфекциями – в 4,4 и бактериальной дизентерией – в 3,6 раза.

Следует отметить, что благодаря коренным реформам в системе здравоохранения и расширению масштабов санитарно-эпидемиологических услуг иммунопрофилактические мероприятия в нашей стране проводятся с 1996 года, и они практически полностью охватывают все население. Однако, несмотря на достигнутые успехи в этом направлении, Узбекистан испытывает определенные трудности, касающиеся сроков поставок вакцин в страну. Вакцина в республику поступает из разных источников. Во-первых, используются некоторые отечественные средства защиты, но их, к сожалению, не хватает. Остальное оборудование и средства поступают в виде гуманитарной помощи, закупается на кредиты зарубежных банков, за счет госбюджета, а также доставляется по линии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Из-за несвоевременности поставок нарушаются сроки вакцинации детей, что влечет за собой определенные проблемы. В связи с этим правительством страны предпринимаются меры по созданию собственного производства вакцин для детей и взрослых, а также скрининг-тестов внутри страны.

Залогом здоровья, прежде всего, является чистота, соблюдение личной гигиены. В данном направлении работники центров санитарно-эпидемиологического надзора области ведут постоянную разъяснительную работу среди населения.

Для повышения качества здоровья людей необходимо также, чтобы, в первую очередь, они сами понимали его ценность и заботились о сохранении собственного здоровья и своих детей. Поэтому формированию здорового образа жизни в нашей стране придается большое значение. Эта работа, которую координирует Институт здоровья и медицинской статистики, является неотъемлемой частью всей многоплановой деятельности по улучшению охраны здоровья населения.

Структура Института Здоровья и медицинской статистики включает в себя головной институт, расположенный в г.Ташкенте, 14 филиалов по всей стране, а также 159 районных и 14 городских центров здоровья. Они непосредственно сотрудничают с лечебно-профилактическими учреждениями, оказывая им целевую организационно-методическую помощь. Большая часть специалистов, имеющих медицинское образование, регулярно участвуют в мероприятиях по пропаганде гигиенических, экологических знаний и здорового образа жизни среди населения. Институт и его филиалы регулярно готовят методические разработки и проводят учебные занятия для населения. Кроме того, разрабатываются и распространяются пособия для школьных учителей. Начиная с 2007 года выпущено 83 тыс. буклетов, более 20 тыс. плакатов, которые содержат необходимую информацию о том, как беречь свое здоровье, а также какие правила нужно соблюдать, чтобы рождались и росли здоровые дети. Специалисты института постоянно рассказывают об этом в средствах массовой информации – в своих статьях в периодической печати, на радио и телевидении. Кроме того, для распространения информации, касающейся ЗОЖ, Институт Здоровья и медицинской статистики открыл собственный официальный веб-сайт <http://www.zdorovye.uz/>.

Свою деятельность Институт здоровья осуществляет совместно с Комитетом женщин Узбекистана, фондами “Соглом авлод учун” и “Махалла”, Республиканским общественным движением молодежи “Камолот” и другими. Юноши и девушки, а также подростки являются главной аудиторией на мероприятиях, которые организуются в махаллях, учебных заведениях, воинских частях, на предприятиях. Формы их проведения различны. Это могут быть беседы с врачами, “круглые столы”, вечера вопросов и ответов, семинары, смотры-конкурсы, спортивные акции. Но цель у них одна – доходчиво и в доступной форме рассказать молодежи о преимуществах здорового образа жизни, частью которого является занятие спортом, а также о пагубности вредных привычек и о смертельной опасности наркомании и СПИДа.

Деятельность Института здоровья и медицинской статистики осуществляется следующими его подразделениями:

- **Отдел социологического мониторинга** изучает различные стороны здоровья населения, качество жизни пациентов, образ жизни отдельных групп населения, распространённость вредных привычек, доступность медицинской помощи, удовлетворённость населения качеством и объёмом медицинских услуг.
- **Отдел пропаганды и обучения ЗОЖ** отвечает за организацию и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни и повышению медицинской культуры среди населения.
- **Отдел связи со СМИ** информирует население и формирует общественное мнение в вопросах сохранения и укрепления потенциала здоровья.
- **Отдел международных связей** координирует сотрудничество с международными организациями по вопросам совершенствования системы профилактики и информационного обеспечения здравоохранения.
- **Отдел информационно-коммуникационных технологий и вычислительной техники** отвечает за приобретение новых технических и программных средств, а также запасных частей и расходных материалов для персональных компьютеров с целью обеспечения бесперебойной работы техники, обеспечение поддержки функционирования статистической службы Института.
- **Отдел медицинской статистики** отвечает за сбор, обработку и хранение статистических данных по здравоохранению, подготовку аналитических табличных материалов о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения, создание базы данных по здравоохранению и межсекторальное сотрудничество по вопросам совершенствования сбора, обработки и хранения статистической информации.

Относительно усиления кадрового потенциала можно отметить, что подготовка специалистов по общественному здравоохранению началась с 2003 года. На последипломное обучение общественному здравоохранению поступают все желающие, имеющие базовое обучение (5-7) лет. После поступления в магистратуру, обучение длится 2 года по направлению – общественное здоровье и управление здравоохранения. С 2003 года подготовлено 35 магистрантов общественного здравоохранения.

В 2008 году было открыто новое направление – организация и управление сестринским делом для бакалавров сестринского дела. Первый выпуск в 2010 году состоял из 12 человек.

Школа общественного здравоохранения в Ташкентской медицинской академии начала функционировать с 2006 года. Обучение проходит на протяжении 3-х семестров (252 часа -1,5 года) по следующим тематикам: общественное здравоохранение и доказательная медицина, основы повышения качества медицинской помощи и менеджмент здравоохранения. До настоящего времени ШОЗ выпущено около 2000 магистров по всем специальностям и 50 специалистов по общественному здравоохранению. Обучено 250 слушателей профессорско-преподавательского состава.

В условиях реформирования здравоохранения республики нуждается в создании информационной системы, которая могла бы обеспечить всестороннее и глубокое отражение происходящих преобразований на основе использования современных информационных технологий. На сегодняшний день, в

здравоохранении возможности современных информационных технологий в повседневной деятельности специалистов используются предельно ограничено.

Поэтому, не случайно, одной из приоритетных задач государства является информатизация общества и всех сфер его жизнедеятельности, включая здравоохранение.

Одним из направлений реформирования является формирование рынка медицинских услуг и негосударственного сектора здравоохранения.

На сегодня в республике сформирован негосударственный сектор здравоохранения. Около 4 тысяч субъектов предпринимательства (медицинские учреждения) оказывают населению медицинскую помощь.

В соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 19.09.2007 г., №УП-3923, с 1 октября 2007 года медицинские учреждения, оказывающие населению платные медицинские услуги (кроме стоматологических и косметологических), освобождены от уплаты всех налогов и других обязательных платежей сроком на 5 лет, с целевым направлением высвобождаемых средств на оснащение медицинского учреждения современным медицинским оборудованием. Кроме того, сроком до 1 января 2013 года медицинские учреждения, независимо от форм собственности (кроме стоматологических и косметологических), освобождены от уплаты таможенных платежей за ввозимое новое медицинское оборудование по перечню, утверждаемому Кабинетом Министров.

В заключении можно отметить, что в предыдущие десятилетия большая часть функций общественного здравоохранения в стране выполнялась системой здравоохранения, большей частью службой санитарно-эпидемиологического надзора и санитарного просвещения. Данная служба была больше ориентирована на снижение инфекционной заболеваемости, а также на снижение заболеваний связанных с отрицательным влиянием факторов окружающей среды и условий труда. Однако за последние десятилетия изменилась демографическая и эпидемиологическая ситуация в отношении бремени заболеваний, так например, среди причин заболеваемости и смертности населения наблюдается увеличение доли травм и неинфекционных заболеваний.

В соответствии с этим, общественное здравоохранение становится приоритетным направлением с учетом его профилактической направленности и целевой определенности стратегических приоритетов (социальных, экономических, организационных и т.д.)

В рамках проводимых реформ, со стороны Министерства Здравоохранения и на национальном уровне, в целом, достигнуто понимание о необходимости усиления межсекторального взаимодействия за аспекты общественного здравоохранения. В данном сотрудничестве наряду с министерством здравоохранения ответственность также несут и другие министерства и ведомства, такие как, министерства труда и социальной защиты населения, образования и спорта, науки и окружающей среды, сельского и водного хозяйства, лесного хозяйства.

## 4. Цель и методология оценки

Европейское бюро ВОЗ первоначально определило комплекс основных областей деятельности общественного здравоохранения (упомянутых выше в документе) на основе опыта работы в разных странах как Европейского, так и других регионов. Все указанные 10 областей охватывают 3 основных компонента, влияющих на здоровье населения: охрана здоровья, профилактика заболеваний и укрепление здоровья (или формирование здорового образа жизни).

Данный комплекс функциональных сфер формирует общую структуру практического веб-инструмента, разработанного Европейским бюро ВОЗ. Этот инструмент создан с целью оказания помощи странам в оценке предоставляемых ими услуг и мероприятий в сфере общественного здравоохранения.

Целями и задачами самооценки при использовании данного инструмента являются:

- Создание общего понимания основных услуг и мероприятий в области общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ посредством предоставленного определения для каждой обозначенной функциональной сферы;
- Побуждение Министерства здравоохранения, институтов ОЗ, представителей общественных организаций, экспертов и других заинтересованных сторон к обсуждению и дебатам по основным услугам и действиям в области общественного здравоохранения;
- Представление структуры упомянутым экспертам для оценки деятельности в своей стране по всем видам услуг и мероприятий;
- Проведение относительно быстрого анализа основных сильных и слабых сторон в отношении услуг и деятельности в области ОЗ, результаты которого, станут основой для разработки стратегий, планов, реформ и дальнейшей оценки услуг общественного здравоохранения, в целом или по отдельным направлениям;
- Оказание помощи в определении наилучших практических решений проблем общественного здравоохранения и помощь странам Европейского региона ВОЗ обучаться на опыте друг друга.

В июле 2008 года в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве между министерством здравоохранения Республики Узбекистан и Европейским региональным бюро ВОЗ состоялась первичная миссия в рамках компонента по службам общественного здравоохранения.

Представительство ВОЗ по итогам миссии представило отчет, в рекомендациях которого было предложено в дальнейшем провести в стране необходимые мероприятия по всесторонней оценке служб общественного здравоохранения. Целью этой оценки было проведение анализа эффективности осуществляемых вмешательств, разработка стратегии для исправления выявленных недостатков в этих службах, а также поддержка мероприятий по развитию позитивного процесса реформ.

В соответствии с двухгодичным соглашением о сотрудничестве между министерством здравоохранения Республики Узбекистан и Европейским региональным бюро ВОЗ на 2008-2009 гг. в целях проведения первичной оценки служб общественного здравоохранения распоряжением МЗ РУз № 18, 12.01.09 г. была создана специальная рабочая группа проекта.

В рамках данной инициативы ВОЗ в марте 2009 года была проведена встреча группы с экспертом ВОЗ Майком Сендлеем и консультантом ВОЗ Татьяной Ивановой.

На данной встрече была представлена следующая информация:

1. Современная концепция общественного здравоохранения.
2. Реформы здравоохранения в Узбекистане.
3. Проведение оценки служб общественного здравоохранения – опыт стран Центральной и Восточной Европы.
4. Представлен сам инструмент по самооценке служб общественного здравоохранения.
5. Методология и процесс практического использования инструмента (практическое занятие).

Затем началась непосредственная работа группы по заполнению вопросника. Предварительно координатором группы был составлен план, предусматривающий этапы реализации оценки.

Все члены рабочей группы еще раз были ознакомлены с целями, задачами, сроками и самой процедурой проведения сбора информации и проведения оценки, а также с полным текстом вопросника.

Для оценки была использована «Анкета для самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в Европе». Основные области действия общественного здравоохранения, по которым осуществлялся сбор данных:

1. Надзор и оценка здоровья и благополучия населения.
2. Выявление проблем здоровья и рисков для здоровья в сообществе.
3. Готовность и планирование в случае чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.
4. Действия по охране здоровья (в области гигиены окружающей среды, гигиены труда, безопасности пищевых продуктов и др.).
5. Профилактика заболеваний.
6. Укрепление населения.
7. Оценка качества и эффективности услуг здравоохранения для индивидуумов и сообществ.
8. Обеспечение компетентных трудовых ресурсов для общественного здравоохранения и системы предоставления индивидуальных услуг здравоохранения.
9. Лидерство, управление и инициирование, разработка и планирование политики в области общественного здравоохранения.
10. Научные исследования в области здравоохранения.

Рабочей группой был собран большой объем информации. Эксперты отвечали на конкретные вопросы, каждый в своей области. За заполнение каждого раздела отвечали один, иногда два эксперта, имеющих опыт по соответствующим разделам. Экспертами ответили практически на все представленные вопросы. Однако по многим разделам дополнительно привлекались специалисты, не вошедшие в рабочую группу. В ходе работы использовалась информация, полученная из других министерств и ведомств. Позже составленные разделы рассылались всем участникам рабочей группы для комментариев, также проводились дополнительные встречи рабочей группы (3 встречи), на которых обсуждались отдельные вопросы и разделы. Следует также отметить, что консенсус достигался в результате обсуждения всех членов рабочей группы, нередко на основе согласия большинства участников и/или на основе твердого мнения эксперта в конкретной области.

По мере поступления информации от экспертов, данные вводились в веб-версию инструмента, согласно руководству на сайте <http://www.epispmed.com/thetool>.

Инструмент оценки был признан очень интересным и полезным, однако группой было высказано мнение о том, что он очень громоздкий и сложный. Группа также испытывала определенные трудности в выставлении оценки в баллах по каждому из разделов, так как не было представлено четких критериев для их выставления.

В целом, инструмент для самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения охватывает все области общественного здравоохранения. Позволяет определить свои достижения в области общественного здравоохранения на сегодняшний день, а также проблемы и пути их решения.

## 5. Основные области деятельности служб общественного здравоохранения

### 1). Надзор и оценка здоровья и благополучия населения

Эта область действия включает в себя:

- A. Создание и поддержка всеобъемлющих систем надзора и регистров заболеваний и мероприятий, относящихся к здоровью, нацеленных на значимые, с точки зрения общественного здравоохранения и заболевания, а также постоянный сбор данных для оценки заболеваемости и показателей состояния здоровья населения.
- B. Интеграция и анализ данных (включая медико-санитарную диагностику сообщества) для выявления потребностей населения, тенденций, недостатков и неравенства в статусе здоровья определенных групп населения, т.е. групп риска, планирование действий, основанных на фактах и успешных результатах, достигнутых вследствие мониторинга объектов здоровья.
- C. прогресса в достижении поставленных задач в области здравоохранения.
- D. Публикация данных в различных форматах для разных аудиторий.

По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. График 1)



График 1.

При проведении самооценки по данной области были выявлены следующие основные моменты:

- Система надзора, сбора и регистрации данных отлажена и функционирует достаточно хорошо, однако все необходимые факторы (например, этническое происхождение, социально-экономические факторы, такие как уровень доходов и образования и т.д.) не всегда учитываются или интегрируются при анализе для определения социально-уязвимых групп населения в отношении здоровья и эффективного планирования.
- В основном, страдает процесс глубокого и детального анализа полученных данных и зачастую очень сложно, или даже невозможно провести интегрированный анализ данных, особенно при вовлечении данных других министерств и ведомств. Это происходит вследствие недостаточно развитого кадрового потенциала и недостаточной координации между всеми вовлеченными сторонами.
- Система информирования и публикации данных существует, однако недостаточное инвестирование в тиражирование и распространение аналитических отчетов и имеющихся данных сказывается на слабой информированности поставщиков медицинской помощи и населения в целом.



Обобщенный SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 1.

**Таблица 1.**

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В целом в стране существует и хорошо налажена система надзора и регистров заболеваний, определяющих статистику рождаемости и смертности (8б): сбор, обработка и анализ статистики рождаемости и смертности осуществляется Государственным комитетом РУз по статистике; а также при МЗ РУз функционирует отдельная структура Института здоровья, занимающаяся вопросами медицинской статистики в отношении здоровья.</li> <li>• В стране существуют нормативно-правовые документы по осуществлению надзора, определяющих перечень и порядок регистрации сбора данных по всем группам заболеваний.</li> <li>• Достаточно хорошо налажена система надзора и регистров в отношении следующих направлений: гигиены окружающей среды (9б), инфекционных заболеваний (8б), неинфекционных заболеваний (8б), охраны материнского и детского здоровья (8б), социального и психического здоровья (8б). Существует, но требует улучшений система надзора и регистров в отношении заболеваний, связанных с питанием (7б) и в области гигиены труда и травматизма (7б).</li> <li>• В настоящее время проводятся программы по созданию регистров отдельных заболеваний – регистр по туберкулезу, по онкологии и т.д.</li> <li>• Информация представляется в ЕвроВОЗ в базу данных «Здоровье для всех». Статистические данные доступны международным организациям (ВОЗ, Европейский центр по контролю над заболеваниями).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В системе надзора и регистрации заболеваний при анализе не всегда учитываются или не интегрируются все необходимые факторы (этническое происхождение, социально-экономические факторы, такие как уровень доходов, образование и др.). Система не всегда интегрирована и не всегда проводится анализ по комплексным показателям, и чаще не согласуется с информационными системами и показателями других ведомств.</li> <li>• Имеющаяся законодательная база не всегда соответствует международным рекомендациям и требованиям (хотя консультации и работа в этом направлении ведется).</li> <li>• Результаты анализа статистических данных позволяют определить наиболее важные проблемы общественного здравоохранения не в полной мере.</li> <li>• Недостаточный потенциал учреждений, ответственных за сбор, обработку и анализ статистических данных (кадровые ресурсы, финансирование и материально-техническое оснащение), особенно для интегрированного анализа данных. Кадровый потенциал страны по проведению аналитической работы, особенно в регионах слабый.</li> <li>• Межведомственная координация, направленная на сбор и регистрацию агрегированных данных общественного здравоохранения, особенно по факторам риска НИЗ, травматизма и заболеваний, связанных с питанием, налажена недостаточно.</li> <li>• Уделяется недостаточное внимание проведению исследований поведения населения и неравенства в отношении здоровья, социально-экономическим показателям различных заболеваний на регулярной основе. Это влияет на эффективность определения социально-уязвимых групп населения в отношении здоровья, эффективность планирования первоочередных действий и финансирование.</li> </ul>
<p>В стране есть потенциал, демонстрирующий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• умение пользоваться компьютерными диаграммами для выявления тенденций и/или сравнения данных по соответствующим категориям (например, гендер, возраст и др.);</li> <li>• умение интегрировать и анализировать данные с целью мониторинга состояния здоровья сообщества, распространения актуальной информации по вопросам общественного здравоохранения и содействия при выявлении проблем и угроз общественному здоровью (7б).</li> <li>• В стране имеется ряд несложных программ и</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствует система электронной регистрации и сбора данных, а также соответствующей этому инфраструктуры - единой электронной сети сбора и регистрации данных на всех уровнях, что затрудняет и снижает качество надзора.</li> <li>• Оказание помощи в определении наилучших практических решений проблем общественного здравоохранения и помощь странам Европейского региона ВОЗ обучаться на опыте друг друга.</li> <li>• Оказание помощи в определении наилучших практических решений проблем общественного</li> </ul>

<p>программное обеспечение для генерирования различных диаграмм, но только на национальном уровне.</p>	<p>здравоохранения и помощь странам Европейского региона ВОЗ обучаться на опыте друг друга.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В систему здравоохранения недостаточно внедряются специальные компьютерные программы, позволяющие выявить наиболее важные проблемы здоровья. А также отсутствуют компьютерные программы, генерирующие стандартизированные результаты и позволяющие подготовить расширенные аналитические отчеты. При анализе данных не используются интегрированные оценки состояния здоровья и потерь здоровья (индексы Дали и т.п.).</li> <li>• Потенциал по анализу и интерпретации данных и использованию современных технологий концентрируется только на республиканском уровне, но и он весьма ограничен.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всеобъемлюще и эффективно используются разные форматы при публикации данных для всех групп ключевых аудиторий: для лиц, принимающих решения, поставщиков медицинских услуг разных уровней, для общего населения и групп повышенного риска.</li> <li>• Периодические публикации информации в разных форматах: в печатном виде, в электронном виде на веб-странице проводится. Но чаще всего информация представляется в печатном виде.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточная координация, мотивация и финансирование широкомасштабных кампаний, публикаций и работе с вовлечением населения и общественных организаций.</li> <li>• Не достаточно широко освещаются результаты анализа данных, особенно на уровне населения и поставщиков медицинской помощи в регионах.</li> <li>• Ограниченный доступ к информации (иногда на платной основе), недостаточное тиражирование информационных материалов для населения.</li> </ul>
<p><b>Возможности</b></p>	<p><b>Угрозы</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В рамках проекта ВБ «Здоровье-2» ведется работа по внедрению единой информационной системы электронного мониторинга инфекционных заболеваний. Перечень инфекционных заболеваний определен в соответствии с рекомендациями ВОЗ</li> <li>• Периодически при содействии международных организаций для оценки эффективности реализации отдельных программ проводятся сентинельный надзор за неинфекционными заболеваниями первого поколения с разбивкой по социально-экономическим маркерам, гендеру, этнической принадлежности, уровню доходов и образованию.</li> <li>• Периодически проводятся исследования поведения в отношении здоровья, включая исследования по вопросам здорового питания и диеты, образа жизни по инициативе международных организаций, (например, ЮНИСЕФ-2000; ВОЗ-2005 г.; ВБ-2008 г.). В проводимых исследованиях в этой области применяются методы, рекомендуемые ВОЗ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При создании электронной базы данных по оперативному управлению и надзору над заболеваниями, большую сложность может создать непрерывная поддержка данной системы и создание инфраструктуры, а также интеграция и анализ данных при вовлечении нескольких разных министерств и ведомств.</li> <li>• Отсутствие инвестиций в институциональную систему обучения специалистов-статистов в области общественного здравоохранения усугубит проблему кадрового потенциала в этой области в будущем.</li> <li>• Недостаток инвестиций в исследования на регулярной основе может привести к недостаточно рациональному планированию, выбору приоритетов и внедрению национальных программ и планов.</li> </ul>

## Заключение

- В целом, существует система надзора и оценки за различными заболеваниями, однако необходим более детальный анализ насущных преобразований. Необходимо

совершенствовать информационную систему на региональном и местном уровне, позволяющую получение надежных достоверных данных.

- При планировании программ и стратегий необходимо учитывать интересы различных групп населения.

## 2). Выявление проблем здоровья и рисков для здоровья в сообществе

Эта область действия включает в себя:

- А. Контроль над инфекционными заболеваниями;
- В. Контроль над факторами окружающей среды, представляющими угрозу здоровью;
- С. Лабораторная поддержка исследования факторов, представляющих угрозу здоровью

По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. График 2)



График 2.

При проведении самооценки по данной области были выявлены следующие основные моменты:

- В республике четко отработаны механизмы установления наличия вспышек инфекционных заболеваний и их расследования. Регулярно проводится контроль процесса пищевого производства совместно с ветеринарной службой, однако кадровый потенциал, владеющий навыками разработки и внедрения НАССР системы недостаточен. Нормативно-правовая база по вопросу производства пищевой продукции нуждается в доработке.
- В каждом центре СЭН существует отдел экологии, который занимается вопросами окружающей среды и оценки факторов риска и показателей здоровья населения, которая осуществляется по критериям, одобренным МЗ РУз, однако нет специалистов, обученных современным моделям оценки факторов и степени риска влияния окружающей среды на здоровье человека. Слабо развит мульти-дисциплинарный подход в выявлении возможных угроз здоровью.
- В системе государственного здравоохранения функционирует широкая сеть лабораторий общественного здравоохранения (ОЗ), осуществляющая исследования проблем, угроз ОЗ и чрезвычайных ситуаций. Недостаточно налажено сотрудничество между лабораториями различных ведомств, где тоже функционируют подобные лаборатории. Не развита интеграция баз данных с сентинельным надзором второго поколения. Не внедрена единая система сертификации системы управления качеством лабораторной диагностики в области ОЗ. Отмечается нехватка бюджетных средств на закупку расходных материалов, лабораторного оборудования, что оказывает влияние на качество лабораторной диагностики.

Обобщенный SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 2.

Таблица 2.

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Четко отработаны механизмы установления наличия вспышек инфекционных заболеваний, эпидемиологами проводится расследование, применяется дефиниция и подсчет случаев.</li> <li>• выявляются группы населения, подверженные более высокому риску заражения инфекционными болезнями в эпидемиологически неблагополучных регионах.</li> <li>• Регулярно проводится контроль пищевого производства на государственном производстве.</li> <li>• Имеется законодательная база и ведомственные инструкции по контролю зоонозов и векторных болезней.</li> <li>• Расследование вспышек зоонозных заболеваний проводится совместно центром СЭН и ветеринарными службами.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Во время оценки риска заражения инфекционными заболеваниями не всегда принимаются во внимание такие факторы, как бедность, низкий уровень доходов, образование, качество жилья, доступность служб здравоохранения.</li> <li>• Мед персонал не всегда достаточно бдителен в отношении возможных вспышек инфекционных заболеваний</li> <li>• Отсутствует кадровый потенциал (технологов, нутрициологов, микробиологов), владеющий навыками разработки и внедрения НАССР системы.</li> <li>• Отсутствуют санитарные и ветеринарные правила и критерии для критических точек в производстве пищевой продукции.</li> <li>• Дублируются многие функции и услуги,</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• В Республике существует 118 аттестованных Минздравом и 42 аккредитованных лабораторий для микробиологических анализов в системе Госсанэпиднадзора.</li> <li>• В каждом ЛПУ имеется контрольная комиссия, регулярно осуществляющая контроль за лечебным и санитарно-эпидемиологическим состоянием учреждения.</li> </ul>	<p>предоставляемые лабораториями Агентства «Узстандарт», санэпидслужбы при МЗ, некоторые исследования не гармонизированы с рекомендациями Комиссии Codex Alimentarius.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствует система векторного контроля (автоматизированной системы) в Госсанэпиднадзоре и ветнадзоре.</li> <li>• В больницах общего типа отсутствуют специализированные эпид. отделения.</li> <li>• Нет специальных программ и процессов межведомственной коммуникации, внедренных на больничном уровне в отношении вспышек зоонозных, векторных и других инфекционных заболеваний.</li> <li>• Не проводится интегрированный анализ данных на уровне страны с учетом всех заинтересованных систем и интегрированных показателей</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существуют нормативно-правовые и методические пособия в области охраны окружающей среды и ее влияния на здоровье населения.</li> <li>• Имеется специальное отделение информационной системы «экология и здоровье населения».</li> <li>• Проводятся исследования по оценке факторов риска в окружающей среде, особенно в зоне Приаралья.</li> <li>• Разработаны Закон о безопасности труда, специальные нормативные документы, стимулирующие безопасность условий труда, и проводится оценка факторов риска на рабочем месте.</li> <li>• Имеется приказ МЗ РУз о порядке проведения медицинских осмотров в зависимости от выполняемой работы, включая противопоказания к допуску и периодичность их проведения.</li> <li>• В структуре центров ГСЭН на всех уровнях имеются подразделения, осуществляющие надзор за состоянием атмосферного воздуха, за качеством питьевой воды, подаваемой населению и воды водоемов, осуществляющие анализ и оценку факторов риска в соответствии с действующими в стране законодательно-нормативными актами</li> <li>• Существует законодательная база, определяющая перечень, порядок регистрации, сбора химических и физических угроз здоровью в пищевой цепи из медицинских учреждений.</li> <li>• При участии международных организаций и научно-исследовательских учреждений проводится установление причинно-следственных связей вспышек заболеваний, связанных с питанием в сообществе.</li> <li>• Существуют механизмы оценки риска в отношении безопасности пищевых продуктов,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Действующая методика оценки риска и влияния окружающей среды на здоровье не позволяет оценить «доза-эффект», оценка экспозиции, не гармонизирована в соответствии с международными рекомендациями.</li> <li>• Нет специалистов, обученных современным методикам и моделям оценки факторов риска в окружающей среде.</li> <li>• Слабо развит мульти-дисциплинарный и комплексный подход, который сочетает различные знания в области науки с целью выявления возможных угроз здоровью.</li> <li>• Не на всех уровнях центров ГСЭН надзор за состоянием атмосферного воздуха, анализ и оценка факторов риска проводятся в полном объеме и на должном уровне.</li> <li>• Проводимая активная система надзора за химическим и физическим загрязнением пищевой цепи и пассивная система надзора не позволяют разбить данные по социально-экономическим маркерам, гендеру, этнической принадлежности, уровню доходов и образованию.</li> <li>• Отсутствует законодательная база, определяющая перечень, порядок регистрации, сбора данных о факторах риска загрязнения в пищевой цепи из не медицинских учреждений.</li> <li>• Существующая система оценки риска в отношении безопасности пищевых продуктов не учитывает целостность пищевой цепочки «от фермы до вилки». Методы оценки риска, определенные в директивных документах Минздрава, не доступны для фермеров и производителей.</li> <li>• Надзор над качеством ввозимых и реализуемых на рынках косметики и игрушек осуществляется недостаточно эффективно.</li> <li>• Не проводится оценка риска для здоровья при использовании потребительских товаров широкого потребления.</li> </ul>

<p>основанные на научных данных и рекомендациях ФАО/ВОЗ. Данные механизмы оценки риска служат основой управления риском и принятия решений.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Страна придерживается ММСП.</li> <li>• Регулярно проводятся межсекторальные курсы обучения во всех регионах республики по вопросам действия в ЧС, представляющих угрозу ОЗ.</li> <li>• Основная информация касательно сектора здравоохранения распространяется через средства массовой информации: телевидение, радио, печать.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В системе здравоохранения и вне ее функционирует широкая сеть лабораторий ОЗ, осуществляющих исследования проблем, угроз ОЗ в чрезвычайных ситуациях (микробиологические и санитарно-гигиенические, радиационные лаборатории Центров ГСЭН, микробиологические лаборатории в больничных учреждениях).</li> <li>• Лаборатории ОЗ легко доступны, функционируют на районном, городском, областном и республиканском уровнях.</li> <li>• В Республике создана законодательная база по внедрению системы аккредитации лабораторий.</li> <li>• Существуют специальные нормы и стандарты контроля качества лабораторий (ГОСТы и СанПИНЫ).</li> <li>• Функционирующие лаборатории имеют возможность провести быстрые скрининг тесты в больших объемах для рутинной диагностики и надзора.</li> <li>• Существуют нормативы в отношении оценки качества лабораторий.</li> <li>• Отдельные лаборатории адаптированы к международным стандартам.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточно налажено сотрудничество между лабораториями различных ведомств.</li> <li>• Не развита интеграция баз данных и интегрированный анализ данных.</li> <li>• Не внедрена единая система сертификации управления качеством лабораторной диагностики для всех вовлеченных министерств и ведомств.</li> <li>• Межлабораторные сравнения проводятся периодически, что влияет на качество проводимых измерений в разных лабораториях.</li> <li>• Бюджетные средства на закупку расходных материалов, лабораторного оборудования и поддержку лабораторий в функциональном состоянии выделяются недостаточно.</li> <li>• Качество проводимой лабораторной диагностики не всегда обеспечивается на должном уровне.</li> </ul>
<p><b>Возможности</b></p>	<p><b>Угрозы</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Многие международные проекты в сфере окружающей среды (осуществляемые совместно с агентствами ООН и другими донорами) могут быть направлены на улучшение законодательной базы по выявлению факторов и степени риска загрязнения в пищевой цепи.</li> <li>• При поддержке международных организаций возможна разработка санитарных и ветеринарных правил и критериев для критических точек в производстве пищевой продукции.</li> <li>• Возможно использование и наращивание потенциала научно-исследовательских институтов и дополнительного финансирования подобных исследований, направленных на оценку влияния факторов окружающей среды на здоровье человека.</li> <li>• В рамках намеченной программы МЗ РУз и</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нехватка бюджетных средств на закупку расходных материалов, лабораторного оборудования, а также на содержание данного оборудования может привести к прогрессирующему снижению качества функционирования данных лабораторий.</li> <li>• Необходимо наладить систему непрерывного обучения и переподготовки кадров в различных направлениях, связанных с влиянием окружающей среды, питанием и лабораторной службы ОЗ (лаборантов, технологов, нутрициологов, микробиологов).</li> </ul>

<p>проекта Здоровье-2,3 намечено и обсуждается внедрение единой системы управления качеством лабораторной диагностики посредством:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• совершенствования законодательной базы, включая пересмотр протоколов лабораторных исследований в соответствии международными рекомендациями (ВОЗ);</li><li>• увеличения ассигнования на развитие сети лабораторий;</li><li>• совершенствования организационной структуры сети лабораторий ОЗ;</li><li>• обучения и подготовки лабораторного персонала, ориентированного на управление качеством лабораторной диагностики.</li><li>• внедрения системы аккредитации лабораторий и сертификации менеджмента качеством.</li></ul>	
---	--

## Заключение

- В целом, существует в стране сеть лабораторий, используемых согласно потребностям служб общественного здравоохранения. Однако необходимо изучить результаты и имеющийся в стране опыт по оптимизации лабораторной службы для распространения наилучших результатов в стране, создать единую систему стандартов качества лабораторной службы ОЗ.
- Необходимо наладить механизмы оценки, контроля и обеспечения качества услуг в области управления и ОЗ, а также внедрения политики принятия решений, основанных на фактах и доказательствах.



### 3). Готовность и планирование в случае чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения.

График 3

Эта область действия включает в себя:

- A. Планирование, исследование и реагирование в случае чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения.
- B. Назначение Координатора действий в чрезвычайных ситуациях.
- C. Приобретенный опыт, сохранение протоколов и список экспертов.
- D. Внедрение Международных медико-санитарных правил (ММСП).

По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. График 3)



При проведении самооценки по данной области были выявлены следующие основные моменты:

- Планирование, исследование и реагирование в случае чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения осуществляется согласно государственной системе предупреждения и действий в чрезвычайных ситуациях, где силы реагирования находятся в высокой степени готовности. Имеется соответствующая нормативно-правовая база.
- Назначение Координатора действий в чрезвычайных ситуациях осуществляется согласно утвержденным программам предупреждения и реагирования в чрезвычайных ситуациях в стране. Хорошо налажена система регулярного учета и отчетности.
- Приобретенный опыт, сохранение протоколов и список экспертов отражается в доступных письменных отчетах, которые способствуют раннему выявлению и налаживанию механизмов быстрого реагирования и принятия решений в будущем. Подготовка кадров осуществляется через систему непрерывного повышения квалификации.
- Внедрение международных медико-санитарных правил (ММСП) отражено в планах действий в чрезвычайных ситуациях. В стране проводится обучение специалистов новым ММСП-2005, однако специальной программы комплексного внедрения ММСП на данный момент нет.

Обобщенный SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 3.

Таблица 3.

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В стране существует Государственная система предупреждения и действий при чрезвычайных ситуациях (Постановление Кабинета Министров № 558 от 1997 г.) и ее 12 служб. Имеется достаточно сильная нормативно-правовая база, включая государственную программу предупреждения и реагирования при чрезвычайных ситуациях и борьбе с терроризмом.</li> <li>• Силы реагирования постоянно находятся в высокой степени готовности. Регулярно проводятся командно-штабные, тактико-специальные и тематические учения, посвященные различным вопросам реагирования</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Индивидуальные средства защиты в большинстве случаев просрочены.</li> <li>• Существует проблема хвостохранилищ, которые представляют трансграничную угрозу (Майли-Су, Табошар и т.д.).</li> </ul>



<p>в чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинских.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Создана сеть диагностических лабораторий с этой целью.</li> <li>• Существует оптимальная инфраструктура сил противодействия (на случаи возникновения серьезных военных конфликтов и перемещения больших групп людей).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработана Программа предупреждения эпидемий и эпифитотий.</li> <li>• Наличие единой службы санэпиднадзора, медицинских эпидбригад и токсикологических и других групп быстрого реагирования.</li> <li>• Наличие сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК)</li> <li>• Незамедлительно расследуются соответствующие события (экологические, химические, радиационные и биологические угрозы, катастрофы большого масштаба).</li> <li>• Имеются протоколы по реагированию на чрезвычайные ситуации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Требуется дооснащение средствами экспресс-диагностики.</li> <li>• Недостаточное финансирование Программы, необходимо оснащение лабораторным оборудованием нового поколения.</li> <li>• Приборы химической разведки устарели (старого поколения).</li> <li>• Отсутствие радиологических бригад быстрого реагирования</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеются четкие инструкции по прослеживанию источника и контактных лиц при инфекционных заболеваниях или острых отравлениях.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Специального отчета и подсчета потребности в профессиональных кадрах для реагирования на различные угрозы в области общественного здравоохранения не имеется.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В стране существует достаточно эффективная законодательная база по ММСП (Постановление Главного Государственного санитарного врача №17 от 26.08.2009 г. Издан приказ МЗ РУз №20 от 23.09.2009 г).</li> <li>• ММСП внедрены в области планирования действий в чрезвычайных ситуациях.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Специальной комплексной программы внедрения ММСП на данный момент не имеется.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Возможности</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Угрозы</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предпринимаются шаги по наращиванию кадрового потенциала – специалистов разных министерств и ведомств национального и регионального уровня по ММСП-2005 (при поддержке ВОЗ и др. организаций), а также посредством системы переподготовки и повышения квалификации кадров.</li> <li>• Налажено сотрудничество с министерством обороны США в рамках Программы уменьшения биологической угрозы (ПУБУ).</li> <li>• Созданы списки экспертов, имеющих опыт реагирования на потенциальные химические, радиационные или биологические угрозы здоровью населения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствие финансирования на совершенствование и поддержание в функциональном состоянии лабораторной сети может повлиять на своевременное выявление случаев и принятие ответных мер.</li> </ul>

## Заключение

- В стране достаточно хорошо налажена система реагирования в чрезвычайных ситуациях. Практический опыт показывает, что эта область также может стать примером межсекторального сотрудничества
- Однако, необходимо выделение дополнительного финансирования на совершенствование и поддержание лабораторной сети в функциональном состоянии. Также необходимо полноценное внедрение ММСП в существующую практику.

#### 4). Действия по охране здоровья (в области гигиены окружающей среды, гигиены труда, безопасности пищевых продуктов и др.)

Эта область действия включает в себя:

- A. Способность экспертов оценивать риск
- B. Меры, предпринимаемые органами общественного здравоохранения для обеспечения выполнения законов и нормативов
- C. Сотрудничество с другими органами, ответственными за обеспечение выполнения законов, имеющих отношение к охране здоровья, т.е. способность ответственных органов разрабатывать нормативные и контрольные рамки, которые стоят на охране общественного здоровья и наблюдают за соблюдением нормативов, нацеленных на улучшение состояния здоровья общества и улучшение окружающей среды.

График 4.

По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. График 4):



При проведении самооценки по данной области были выявлены следующие основные моменты:

- Организована отдельная структура в системе ГСЭН, осуществляющая надзор за состоянием окружающей среды, гигиены труда и безопасности пищевых продуктов; деятельность этих структур подкреплена соответствующими нормативными актами. На данный момент в стране отмечается недостаток в специалистах, обученных современным методикам и моделям оценки факторов риска в окружающей среде, гигиены труда и безопасности пищевых продуктов.
- Слабо развит мульти-дисциплинарный подход, который сочетает различные знания в области науки с целью выявления возможных угроз здоровью. Проводятся совместные эпидемиологические исследования с ветеринарными службами и службами гигиены окружающей среды на основании совместных инструкций. Однако недостаточно хорошо налажена взаимосвязь между министерствами, ведомствами и организациями по вопросам профилактики травматизма и безопасности пищевых продуктов.

Обобщенный SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 4.

Таблица 4.

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется законодательная основа в области охраны здоровья и окружающей среды, включая нормативные правовые документы и методические пособия.</li> <li>• В структуре центров ГСЭН на всех уровнях имеются подразделения, осуществляющие надзор за состоянием окружающей среды, анализ и оценку факторов риска в соответствии с действующими в стране законодательно-нормативными актами (специальные отделения информационной системы «Экология и здоровье населения»).</li> <li>• В системе ГСЭН существует достаточное количество аттестованных и аккредитованных лабораторий для проведения всех необходимых видов исследований</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеющаяся база данных не позволяет разбить данные по социально-экономическим маркерам, этнической принадлежности, уровню доходов и образованию. В данной системе сбора информации невозможно провести качественную оценку непосредственного влияния факторов окружающей среды на здоровье человека,</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Осуществляется эпидемиологический надзор за инфекционными и неинфекционными заболеваниями, связанными с факторами риска для здоровья населения.</li> <li>• Имеется методика эколого-гигиенического районирования территорий административных районов; оценка факторов риска и показателей здоровья населения осуществляется по критериям, одобренным МЗ РУз.</li> <li>• Проводятся исследования по оценке факторов риска в окружающей среде, особенно в зоне Приаралья.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В стране недостаточно специалистов, обученных современным методикам и моделям оценки факторов риска в окружающей среде.</li> <li>• Не на всех уровнях центров ГСЭН надзор за состоянием атмосферного воздуха, анализ и оценка факторов риска проводится в полном объеме и на должном уровне, так как недостаточно современного оборудования.</li> <li>• Действующие в стране методики не позволяют оценить «доза-эффект», оценку экспозиции, не гармонизированы с рекомендациями ВОЗ.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработаны Закон о безопасности труда, специальные нормативы, стимулирующие безопасность условий труда.</li> <li>• Имеется приказ Министерства здравоохранения о порядке проведения медицинских осмотров в зависимости от выполняемой работы, условий производства.</li> <li>• Периодически проводится оценка факторов риска рабочих мест.</li> </ul>	<p>Недостаточная взаимосвязь между министерствами, ведомствами и организациями по вопросам профилактики производственного травматизма.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существующая система оценки риска в отношении безопасности пищевых продуктов утверждена на уровне законодательных документов страны. Методы оценки риска обозначены в инструктивных материалах.</li> <li>• Периодически проводится контроль пищевого производства. Расследование проводится совместно службами СЭН и ветеринарии.</li> <li>• Имеется Постановление КМ РУз за № 7 от 13.01.2007 г. о внедрении системы НАССР на всех этапах пищевой продукции. Проведен ряд конференций с участием ВОЗ, ФАО\ВОЗ по внедрению НАССР системы в стране.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Существующая система оценки риска в отношении безопасности пищевых продуктов не учитывает целостность пищевой цепочки «от фермы до вилки».</li> <li>• Нередко дублируются функции лабораторий Агентства «Узстандарт» и санитарно-эпидемиологической службы (СЭС), некоторые исследования не гармонизированы с рекомендациями ВОЗ, Комиссии Codex Alimentarius.</li> <li>• Механизм и методы оценки риска, определенные в инструктивных материалах Минздрава, трудно доступны для фермеров и производителей.</li> <li>• Не существует функционального разделения между оценкой риска и управлением риском на уровне производителей и фермеров.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводятся совместные эпидемиологические исследования с ветеринарными службами и службами гигиены окружающей среды на основании совместных инструкций.</li> <li>• Результаты эпидемиологического надзора публикуются в изданиях, как министерства здравоохранения, так и в других секторах, а также в изданиях международных организаций (ПРООН, ЮНИСЕФ, ВОЗ и т.д.).</li> </ul>	<p>Слабо развит мульти-дисциплинарный подход, который сочетает различные знания в области науки с целью выявления возможных угроз здоровью</p>
<p><b>Возможности</b></p>	<p><b>Угрозы</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Государством уделяется большое внимание вопросам здоровья и окружающей среды, также предпринимаются соответствующие шаги по усилению законодательного потенциала в этом направлении. В Олий Мажлис выделены дополнительные места для депутатов, занимающихся вопросами окружающей среды и экологии.</li> <li>• Осуществляется укрепление материально-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Слабая межведомственная координация и интеграция в вопросах окружающей среды, питания и производственного травматизма будет затягивать внедрение принятых международных документов и стандартов.</li> <li>• Необходима поддержка донорских организаций и технических агентств по подготовке и усилению кадрового исследовательского потенциала в стране.</li> </ul>

технической базы службы государственного санитарно надзора в свете выполнения Постановления Президента РУз №700 от 2008 года, в том числе за счет привлечения иностранных инвестиций.	
---	--

## Заключение

В стране существуют определенные достижения в этой области, однако необходимо отметить, что данная сфера требует отлаженного межсекторального взаимодействия и разработки комплексных подходов, что необходимо совершенствовать в нашей стране.

- Необходимо разработать комплексный план действий по профилактике травматизма с вовлечением разных заинтересованных сторон с определением конкретных источников финансирования.
- Финансирование необходимо на интеграцию и совершенствование существующих программ, имеющих отношение к охране здоровья, укреплению здоровья и профилактике заболеваний, с учетом потребностей практического здравоохранения.
- Формирование среди населения более осмысленного подхода к гигиене окружающей среды.

## 5) Профилактика здоровья

## 6). Укрепление здоровья

Эти две области действия включает в себя

### 1. Вопросы профилактики:

A. **Первичная профилактика** - вакцинация детей, взрослых и пожилых людей, также предоставление информации о поведенческих и медицинских рисках; консультирование и меры по их снижению на индивидуальном уровне и уровне сообщества при участии ПМСП и специализированной помощи; производство и поставку пищевых добавок.

B. **Вторичная профилактика** - скрининг программы для ранней диагностики заболеваний; включая скрининг и профилактику врожденных пороков развития; производство и поставки веществ для химиопрофилактики и т.д.

**2. Аспекты укрепления здоровья**, т.е. процесс предоставления людям возможности повысить контроль над своим здоровьем и его детерминантами, и таким образом, улучшить его состояние, включая:

A. Проведение мероприятий по укреплению здоровья для всего населения или для групп с повышенным риском наступления негативных последствий для здоровья.

B. Возможности для проведения межсекторальных мероприятий

По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. Графики 5 и 6).

График 5.



График 6.

Обобщенный SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 5, 6.

Таблица 5, 6.

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В стране существует достаточно сильная правовая база в плане здорового питания, физической активности и профилактики ожирения, борьбы с вредными привычками, профилактике инфекционных заболеваний (ВИЧ/СПИД, туберкулёз), гигиены труда и окружающей среды.</li> <li>• Функционирует Институт здоровья и медицинской статистики, координирующий деятельность по вопросам профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения.</li> <li>• Охрана здоровья населения является приоритетным направлением политики государства</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет национального координирующего органа на уровне Кабинета Министров по всем вопросам общественного здоровья и здравоохранения с целью налаживания эффективного межсекторального сотрудничества.</li> <li>• Не разработан достаточно гибкий механизм планирования, финансирования и поддержки эффективного администрирования деятельности координирующих структур на национальном уровне.</li> <li>• Не достаточно развита система предоставления консультационных услуг по уменьшению рисков</li> </ul>

<p>(имеется ряд Указов, постановлений Президента и КМ РУз в этом направлении).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На национальном уровне функционирует Республиканская противоэпидемическая комиссия при Кабинете Министров и система надзора над инфекционными заболеваниями.</li> <li>• Институт Здоровья и медицинской статистики широко доводит до населения информацию по проблемам и рискам для здоровья.</li> <li>• Сеть учреждений первичного звена здравоохранения и услуги ПМСП доступны и бесплатны для населения. Учреждения ПМСП активно привлечены в процесс реализации профилактических программ.</li> <li>• Утвержден календарь вакцинаций, который обновляется при появлении новых научных доказательств и внедрении новых видов вакцин.</li> <li>• Вакцинация обеспечивается учреждениями ПЗЗ бесплатно.</li> <li>• Во всех территориальных единицах (области) республики организованы скрининг-центры для своевременного выявления наследственных заболеваний, предупреждения рождения детей с пороками развития.</li> <li>• Все беременные и новорожденные обследуются в скрининг-центрах.</li> <li>• Скрининг программы адаптированы к рекомендациям международных организаций. В стандартах диагностики и лечения имеются рекомендации по рациональному питанию и физической активности.</li> <li>• Во всех школах Республики проводятся уроки здоровья, в ВУЗах введена специальная дисциплина - валеология (ФЗОЖ).</li> <li>• Большое внимание уделяется развитию детского спорта путем строительства дополнительных спортивных сооружений по всей республике, усиления внимания урокам физической культуры во всех учебных заведениях и пропаганды ЗОЖ среди детей и молодежи.</li> <li>• Информационно – методические материалы по здоровому образу жизни разрабатываются в зависимости от приоритетности и возможности изменения поведения: для групп повышенного риска, молодежи, женщин фертильного возраста, пожилых.</li> </ul>	<p>для здоровья.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Некоторые специализированные службы пассивно участвуют в формировании политики программ по профилактике заболеваний, особенно неинфекционных хронических болезней.</li> <li>• Не проводится регулярный скрининг наиболее распространенных и приоритетных заболеваний.</li> <li>• Не налажено производство скрининг-тестов внутри страны.</li> <li>• Не налажено производство вакцин для детей и взрослых внутри страны.</li> <li>• Система мониторинга качества вакцинации не всегда работает (оценка соблюдения «холодовой цепи», системы хранения вакцин, система альтернативного хранения при выключении электричества и т.д.), а также вследствие недостатка современного лабораторного оборудования и реагентов для раннего выявления инфекционных агентов.</li> <li>• Отсутствует целостная система стимулирования и контроля пищевой промышленности с целью поддержки производства более здоровых, безопасных и диетических продуктов питания (в связи с потребностью в совершенствовании правовой базы и привлечении дополнительных инвестиций).</li> <li>• Медицинские работники учреждений ПЗЗ недостаточно мотивированы в оказании услуг по здоровому питанию и физической активности.</li> <li>• Уроки здоровья в учебных заведениях проводятся как факультативные занятия (а необязательные) и не всегда эти уроки проводятся специалистами в этой области или специально обученными преподавателями.</li> <li>• Посещение оздоровительных комплексов и спортивных секций происходит на платной основе, поэтому малодоступно для малообеспеченных слоев населения.</li> <li>• Выделяется недостаточно финансовых средств для разработки учебно-методических и информационно-образовательных материалов, а так же на мониторинг и оценку изменения поведения населения после проведенной санитарно-просветительской работы.</li> <li>• Ощущается недостаток в высококвалифицированных специалистах, которые должны осуществлять мониторинг и оценку.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• За последние несколько лет государством принят ряд важных документов по регулированию потребления табачной и алкогольной продукции населением, а так же по предотвращению злоупотребления наркотиками и борьбе с ВИЧ/СПИДом.</li> <li>• Профилактические мероприятия (в частности, государственные анти-рекламные кампании) по снижению активного потребления табачной и</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Узбекистан еще не присоединился к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табакокурения.</li> <li>• При разработке национальных стратегий и основополагающих документов не принимается во внимание: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ценовая политика по борьбе против табакокурения;</li> <li>• необходимость межсекторального взаимодействия.</li> </ul> </li> </ul>

<p>алкогольной продукции активно проводятся среди различных слоев населения, особенно среди женщин и несовершеннолетних подростков.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется сеть наркологических учреждений, СПИД Центров и туберкулёзных диспансеров по всей Республике, что значительно облегчает проведение профилактической и лечебной работы в этих направлениях</li> <li>• Вопросы по повышению уровня информированности в области профилактики ВИЧ-инфекции и борьбы с наркоманией включены в программу общеобразовательных школ, колледжей, ВУЗов.</li> <li>• Министерством труда и социальной защиты организованы регулярные курсы по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании для трудовых мигрантов.</li> <li>• Для широких масс населения разрабатываются и тиражируются информационно – образовательные материалы о вреде наркотиков, профилактики ВИЧ/СПИДа и туберкулёза.</li> </ul>	<p>Выделяется недостаточно финансовых средств:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• для мониторинга и оценки распространенности табакокурения, а также</li> <li>• разработки учебно-методических и информационно – образовательных материалов.</li> <li>• В лечебно-профилактических учреждениях практически не предоставляются консультативные услуги желающим бросить курить.</li> <li>• Не проводятся исследования по изучению общественного мнения в отношении потребления алкоголя, курения и здорового питания, ЗОЖ и изучению изменения поведения населения.</li> <li>• Низкое вовлечение ПМСП и смежных с системой здравоохранения секторов, связанное с различными факторами, включая слабое межсекторальное сотрудничество и недостаточную обеспеченность населения квалифицированными психологами и социальными работниками.</li> <li>• Недостаточно выделенных часов, отведенных на изучение вопросов профилактики ВИЧ-инфекции, наркомании и вредных привычек в программах учебных заведений.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• На крупных предприятиях имеется своя медицинская служба, занимающаяся вопросами профилактики проф. заболеваний производственного травматизма.</li> <li>• Ведется мониторинг травм на рабочем месте.</li> <li>• Работники предприятий и организаций проходят периодические проф. осмотры.</li> <li>• Установлен перечень заболеваний, с которыми больные не допускаются к определенным видам работ.</li> <li>• Имеются нормы соблюдения безопасности на производстве.</li> <li>• Имеется список мероприятий/услуг в области гигиены окружающей среды.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На предприятиях малого и среднего бизнеса недостаточно уделяется внимание аспектам гигиены труда и мероприятиям по охране труда.</li> <li>• Недостаточное финансирование мероприятий в области гигиены и охраны окружающей среды.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мероприятия и услуги в области психического здоровья осуществляются и носят мультидисциплинарный характер.</li> <li>• Государством проводится политика по усилению роли ПМСП в вопросах укрепления психического здоровья населения и профилактике суицидов.</li> <li>• Осуществляется постоянный осмотр детей школьного и дошкольного возраста стоматологами.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На данный момент система профилактики депрессий, управления стрессами и т.п. на уровне ПМСП ещё недостаточно развита, включая политику различных предприятий и учреждений.</li> <li>• Отсутствие понимания важности регулярных профилактических посещений к стоматологу у большей части населения и соответствующей просветительской работы в этом направлении.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Возможности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Создан проект закона об ограничении употребления табачных изделий и алкоголя</li> <li>• Начата разработка национальной стратегии по профилактике и контролю над неинфекционными хроническими заболеваниями (НХИЗ), приоритетными направлениями которой является воздействие на модифицируемые факторы риска, такие как питание, неактивный образ жизни, профилактика курения и алкоголизма.</li> <li>• Многие донорские международные организации</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Угрозы</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• При слабой координации деятельности всех организаций, а также при отсутствии межведомственного сотрудничества полноценное внедрение программ на уровне страны будет затруднено.</li> </ul>

проявляют большой интерес вопросам профилактики и укрепления здоровья, особенно в области НХИЗ, например, планируемый проект МАР «Здоровье-3», JICA, TICA и др.	
---	--

## Заключение

- Необходимо отметить, что сегодня государство уделяет пристальное внимание важным вопросам профилактики и укрепления здоровья. Однако основную роль в осуществлении всех государственных программ в этом направлении продолжает играть только система здравоохранения, хотя данные вопросы должны решаться путем межсекторального сотрудничества, а также вовлечением неправительственных структур.
- В данной сфере особую роль играет принятие государственной стратегии или программы с необходимым должным финансированием, а также включение в политику всех смежных государственных секторов вопросов здоровья (например, исходы и влияние на здоровье населения пищевой промышленности, транспортной и сельскохозяйственной политики, политики обеспечения соответствующих условий на рабочем месте и т.д.).
- Вместе с этим, необходимо наладить механизмы для проведения регулярного интегрированного анализа факторов риска и поведенческих факторов на межсекторальном уровне, и принятия соответствующих политических решений на основе фактов и доказательств.

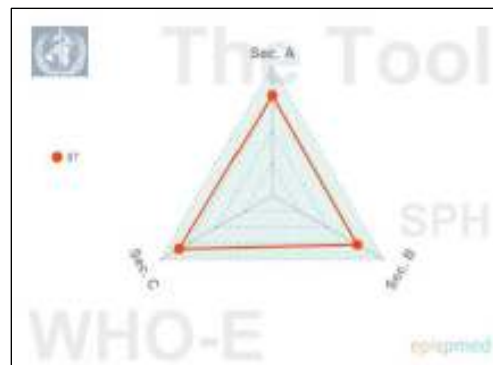


## 7). Оценка качества и эффективности услуг общественного здравоохранения для индивидуумов и сообществ

Эта область действия включает в себя:

График 7.

- A. Обеспечение качества услуг здравоохранения для индивидуумов и сообществ в отношении профилактики заболеваний и укрепления здоровья на основании стандартов, разработанных в соответствии с международными требованиями.
- B. Оценка услуг здравоохранения для индивидуумов и сообществ в отношении профилактики заболеваний и укрепления здоровья.
- C. Применение результатов оценки в политике, управлении, организации и обеспечении ресурсами для улучшения оказания услуг в здравоохранении.



По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. График 7)

При проведении самооценки по данной области были выявлены следующие основные моменты:

- В структуре министерства здравоохранения существует отдел разработки стандартов диагностики и лечения, а также создан Центр доказательной медицины, которые отвечают за разработку клинических руководств, стандартов и протоколов. Однако процесс мониторинга за их внедрением в практику весьма затруднен.
- При определении потребностей в услугах здравоохранения, в основном, используются данные Института здоровья и медицинской статистики, а также данные опросов населения. Однако при анализе состояния здоровья населения недостаточно применяются современные технологии и инструменты, позволяющие создать общую картину и эффективно планировать действия на уровне сообществ.
- Проводится ряд периодических оценок состояния здоровья населения, обеспеченности кадрами, койками, оценка состояния материально-технической базы амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений. Существуют разные механизмы оценки внедрения государственных и международных программ, принятых в стране, также имеется достаточно хороший опыт оценки качества услуг, однако единого стандартного подхода к оценке качества услуг медицинских учреждений на данный момент нет. Отсутствует также система долгосрочного планирования и финансирования подобной деятельности.
- На основании результатов оценки существующих баз данных, а также специальных исследований, проведенных при содействии международных доноров, принимаются решения Правительства по улучшению услуг здравоохранения на уровне сообщества и индивидуума. Вместе с этим, отмечается недостаточный потенциал по анализу и оценке существующей базы данных для принятия управленческих решений, основанных на доказательствах.

Обобщенный SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 7.

Таблица 7.

Сильные стороны	Слабые стороны
<b>Определение потребностей</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Для определения потребностей в услугах здравоохранения, в основном, используются статистические данные Института Здоровья и медицинской статистики, а также данные опросов</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• При анализе состояния здоровья населения недостаточно применяются современные технологии и инструменты (например, медико-экономическая оценка, интегрированные показатели состояния здоровья), позволяющие</li></ul>

<p>населения.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ведется регулярный сбор и анализ статистических данных по оказанию услуг, включающий в себя показатели здоровья населения, обеспеченности кадрами, койками, АПУ, материально-технической базой.</li> <li>• Ведется мониторинг потребностей населения в профилактических прививках, определяется по возрастной контингент в соответствии с календарем прививок</li> <li>• Определен контингент лиц (группы риска) для охвата профилактическими программами (вакцинация, саплементации и др.), бесплатной медицинской помощи уязвимым группам.</li> <li>• При содействии международных доноров проводится мониторинг реализации профилактических программ (вакцинация, саплементация и др.).</li> <li>• Определён порядок оказания стационарных услуг, категории граждан, имеющих право на бесплатную реабилитацию</li> </ul>	<p>эффективно планировать действия на уровне сообществ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Не проводится мониторинг оказания бесплатной медицинской помощи уязвимым группам, и потребности данных групп выявляются не систематически.</li> <li>• Недостаточное финансирование оценки системы качества оказания услуг, проведения скрининг программ, оценки эффективности масштабных образовательных программ для мед. работников, разработку информационных материалов и т.д. влияет на низкое качество оказываемых услуг.</li> <li>• Недостаточно эффективно проводится мониторинг потребностей населения в реабилитационных услугах.</li> <li>• Не проводятся специальные исследования по выявлению потребностей мигрантов, этнических групп</li> </ul>
<p><b>Оценка услуг</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Первичное звено здравоохранения оказывает населению бесплатные медицинские услуги.</li> <li>• Обеспечивается доступность медицинских услуг за счет укрепления первичного звена здравоохранения (сельских врачебных пунктов, поликлиник)</li> <li>• Организован центр реабилитации для жертв торговли людьми.</li> <li>• Осуществляется регулярный медицинский осмотр лиц, прибывших из-за рубежа.</li> <li>• Оценка реабилитационных услуг проводится по результатам статистических данных (инвалидность, количество лиц, лица, получившие реабилитационные услуги)</li> <li>• В профилактику заболеваний вовлечены все возрастные группы.</li> <li>• Имеются статистические данные по анализу профилактических мероприятий</li> <li>• Имеется база данных специализированных кадров, обеспечивающих сообщество услугами здравоохранения</li> <li>• В стране имеется опыт и потенциал для проведения оценки качества услуг, в основном, на уровне ПМСП и в рамках службы охраны здоровья матери и ребенка, накопленный в рамках проведения различных международных проектов. Данный опыт основывается на оценке внедрения различных программ с использованием методологии и принципов повышения качества оказания медицинских услуг (аудит, самомониторинг, внешний и внутренний мониторинг и т.д.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проводимая оценка чаще всего не позволяет оценить качество предоставляемых услуг здравоохранения, так как анализируются в большей степени количественные показатели, а не качественные.</li> <li>• Предоставляемые услуги не всегда отвечают современным требованиям и стандартам в связи с отсутствием или недостаточной информированностью о современных стандартах оказания медицинской помощи.</li> <li>• Отсутствуют стандартные критерии оценки доступности оказываемых услуг, как на уровне сообщества, так и на уровне индивидуума</li> <li>• Не всегда ведется эффективная оценка профилактических услуг на уровне сообщества. В большей степени уделяется внимание, и выделяются ресурсы на оказание индивидуальных клинических услуг, нежели на оказание профилактических услуг на уровне сообщества</li> <li>• Оценка услуг в разрезе этнических групп и наиболее нуждающихся категорий населения не проводится.</li> <li>• Исследования среди населения по удовлетворенности оказанием медицинских и реабилитационных услуг проводятся нерегулярно.</li> <li>• Чаще всего население не вовлечено в проведение мероприятий по профилактике заболеваний, а также в оценку качества предоставляемых услуг, проводимых государством.</li> <li>• Нет системы сентинельного надзора второго поколения.</li> <li>• Отсутствуют базы данных, выявляющие дублирование, фрагментацию услуг здравоохранения на уровне сообществ.</li> </ul>
<p><b>Применение результатов оценки</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточный анализ базы данных для</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• На основании результатов проводимой оценки принимаются решения правительства по улучшению услуг здравоохранения на уровне сообщества и индивидуума.</li> <li>• При министерстве здравоохранения существует отдел разработки стандартов диагностики и лечения, а также центр доказательной медицины, которые занимаются разработкой стандартов и протоколов</li> <li>• Эффективность клинических индивидуальных услуг чаще всего оценивается отдельными индивидуальными или групповыми научно-исследовательскими проектами или работами.</li> <li>• На основе проводимого при поддержке международных организаций ситуационного анализа разных сфер медицинской деятельности, принимаются важные решения по разработке национальных стратегий и планов действий</li> </ul>	<p>включения изменений в стратегические и оперативные планы.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• На основании существующих статистических данных не всегда имеется возможность принимать эффективные решения по планированию и оценке мероприятий на уровне сообщества.</li> <li>• Не адаптирована существующая база данных специализированных кадров для проведения системного анализа, что не позволяет принимать управленческие решения.</li> <li>• Недостаточный мониторинг по внедрению стандартов диагностики и лечения в практику медицинских учреждений.</li> <li>• Недостаточный кадровый потенциал по разработке стандартов и протоколов по обеспечению услуг здравоохранения на уровне сообществ.</li> <li>• Не существуют специальных программ по оценке внедренных новых технологий и инноваций.</li> </ul>
<p><b>Возможности</b></p>	<p><b>Угрозы</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Правительством принимаются и поощряются профилактические программы, направленные на укрепление здоровья сообществ</li> <li>• Существует тесное сотрудничество с заинтересованными организациями (неправительственными организациями, ассоциациями, социальными службами и др.).</li> <li>• Существует ряд примеров по проведению ситуационного анализа при поддержке международных организаций, который можно использовать для принятия решений, основанных на доказательствах. Так, например, на основе проведенного в рамках проекта «Здоровье-2» анализа ситуации по выявлению дублирования/пробелов услуг лабораториями общественного здравоохранения, в перспективе планируется создание информационной системы/базы данных.</li> <li>• В Навоийской области пилотируется проект по созданию управляемой базы данных в реальном времени по кадрам, учреждениям в разрезе районов/городов.</li> <li>• При содействии международных доноров проводятся специальные исследования по оценке эффективности профилактических программ на уровне сообщества и индивидуума.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточный кадровый потенциал в реализации профилактических программ на уровне сообществ, направленных на снижение бремени заболеваний, включая разработку современных стандартов по обеспечению качества профилактических услуг.</li> <li>• Профилактические меры часто неэффективны из-за того, что основными исполнителями являются учреждения здравоохранения. Слабая координация совместной деятельности и недостаточное привлечение в реализацию профилактических программ смежных министерств, ведомств, общественности приводит к их низкой эффективности.</li> <li>• Отсутствие эффективной системы наставничества, внешнего и внутреннего мониторинга, а также регулярной оценки качества оказания медицинской помощи может повлиять на качество внедрения государственных программ, принятых стандартов и протоколов оказания медицинской помощи.</li> <li>• Отсутствие потенциала по тщательному критическому анализу данных очень часто приводит к поспешной или неверной их интерпретации, что в свою очередь ведет к принятию нерациональных стратегических решений</li> </ul>

## Заключение

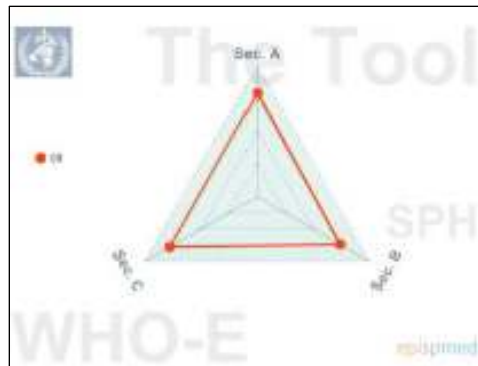
Сегодня вопросы качества предоставления услуг является важным приоритетным направлением государственной политики, существует определенный опыт в этом направлении в системе здравоохранения. Однако необходимо наладить механизмы оценки, аудита деятельности, контроля и обеспечения качества услуг в области общественного здравоохранения. Определенную трудность составляет интеграция смежных секторов, а также вовлечение сообщества.

## 8). Обеспечение общественного здравоохранения и системы предоставления индивидуальных медицинских услуг компетентными трудовыми ресурсами

Эта область действия общественного здравоохранения включает:

График 8.

- A. Планирование трудовых ресурсов: определение потребностей служб ОЗ для эффективного решения приоритетных проблем в этой области; адекватная оценка мероприятий по охране ОЗ; руководство трудовыми ресурсами и рациональное принятие решений возникших проблем.
- B. Стандарты в области образования, обучения на рабочем месте в области экономики, биоэтики и управления кадрами.
- C. Образование и аккредитация: касательно развития и оценки кадров посредством процессов лицензирования специалистов общественного здравоохранения, устанавливаются требования к будущим специалистам относительно соответствующего обучения и опыта в области общественного здравоохранения.



По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. График 8)

При проведении самооценки по данной области были выявлены следующие основные моменты:

### A. Планирование трудовых ресурсов

Планирование кадров общественного здравоохранения (ОЗ) проводится на национальном уровне. ОЗ является сравнительно новой областью здравоохранения в стране, поэтому существует разное понимание относительно организационной структуры и функций специалистов данной сферы и **сегодня** предпринимаются определенные шаги к достижению общего видения. В настоящее время в Узбекистане наблюдается недостаток квалифицированных специалистов общественного здравоохранения. Государством совместно с международными проектами поддерживается финансирование подготовки квалифицированных кадров и разработки специальных программ, а также проведения исследований и расчетов потребностей в специалистах ОЗ. На данном этапе также обсуждаются возможности для налаживания системы оценки потребностей в специалистах ОЗ и эффективного планирования кадров с учетом демографических изменений и специфики регионов.

### A. Стандарты

Подготовка специалистов ОЗ является относительно новым направлением медицинского образования. Действующие Государственные образовательные стандарты подготовки специалистов ОЗ необходимо совершенствовать. Ведется работа по совершенствованию и унификации базовых требований к программам обучения специалистов ОЗ в рамках медицинского образования, однако система подготовки специалистов других смежных ведомств (социальных работников, фармацевтов, ветеринаров и т.д.) пока ещё не вовлечена в процесс преобразований. Все программы подготовки в бакалавриате и магистратуре требуют совершенствования с учетом новых сфер, а также с целью привития эффективных навыков и умений. В последние несколько лет также предпринимаются меры по обеспечению мульти-дисциплинарного характера рабочей среды, разрабатываются национальные стратегии и планы действий в различных направлениях.

### B. Образование и аккредитация

На данный момент подготовка специалистов осуществляется в магистратуре по направлению «Общественное здравоохранение и Управление здравоохранением», а для медицинских сестер - в магистратуре по направлению «Организация и управление в сестринском деле». Существует система подготовки специалистов ОЗ на уровне аспирантуры и докторантуры. Есть потенциал (учебные базы –

ШОЗ, медицинские и немедицинские ВУЗы) для эффективной подготовки специалистов ОЗ. Существует налаженная система непрерывного последиplomного обучения (эпидемиологов, главных врачей и др.). Наряду с этим организовано обучение в рамках совместных проектов Минздрава с международными организациями для специалистов ОЗ, медицинских сестер и руководителей. Программы обучения охране здоровья, укреплению здоровья или профилактике заболеваний имеются на всех этапах медицинского образования (колледж, ВУЗ, повышение квалификации). Однако, на качество обучения сказывается нехватка квалифицированных преподавателей - экономистов, финансистов, менеджеров, что отрицательно влияет на качество подготовки специалистов ОЗ как медицинских, так и немедицинских специальностей. Система мониторинга внедрения этих программ не налажена.

Имеется установленный в законодательном порядке метод процесса оценки и аккредитации программ обучения для колледжей, ВУЗов и системы повышения квалификации.

Обобщенный SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 8.

**Таблица 8**

<b>Сильные стороны</b>	<b>Слабые стороны</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Планирование кадров общественного здравоохранения проводится на национальном уровне.</li> <li>• Согласно первично определенным потребностям страны, осуществляется подготовка специалистов в магистратуре по направлению «Общественное здравоохранение и Управление здравоохранением». Кроме того, для медицинских сестер подготовка специалистов общественного здравоохранения осуществляется в магистратуре по направлению “Организация и управление в сестринском деле”.</li> <li>• В стране существует и применяется система и методики оценки потребностей в трудовых ресурсах (8б).</li> <li>• Налажен процесс поэтапного обеспечения системы общественного здравоохранения специально подготовленными кадрами(8б).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На данный момент нет четкого единого понятия общественного здоровья и общественного здравоохранения, утвержденного на законодательном уровне, а также нет четкого определения подкатегорий специалистов ОЗ, особенно из числа действующих специалистов относящихся к этой сфере (нет единой квалификационной характеристики специалистов ОЗ).</li> <li>• Не достигнуто согласие относительно нормативов определения потребности в специалистах ОЗ с учетом демографических изменений и специфики регионов (либо из расчета на 10 тыс. населения, либо по другим принципам).</li> <li>• Система и методики планирования и распределения кадров с децентрализацией и распределением ответственности/обязанностей между национальным и другими уровнями налажены не на достаточном уровне.</li> <li>• Финансирование подготовки квалифицированных кадров и разработки специальных программ, а также проведения исследований и расчетов потребностей в специалистах ОЗ недостаточное.</li> <li>• В настоящее время наблюдается недостаток квалифицированных специалистов общественного здравоохранения:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• по формированию здорового образа жизни,</li> <li>• по системному анализу и выработке предложений,</li> <li>• по формированию политики здравоохранения,</li> <li>• по управленческим кадрам в сфере общественного здравоохранения.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В стране существуют и применяются механизмы обеспечения соответствия трудовых ресурсов стандартам (образование, сертификация, лицензирование), но не максимально эффективно (7б).</li> <li>• Существуют стратегии и предпринимаются</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимо совершенствовать действующие государственные образовательные стандарты подготовки специалистов на до- и последиplomном уровнях в соответствии с международными стандартами и требованиями к содержанию и качеству образования по данному направлению.</li> </ul>

<p>меры по обеспечению мульти-дисциплинарного характера рабочей среды (в различных областях). Есть система формирования и совершенствования межсекторальных рабочих групп и специалистов в различных областях (8б)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В обучение и развитие руководящих кадров включены и внедряются стандарты, основанные на доказательствах, методологии и принципов повышения качества и тенденциях, а также ноу-хау в области здоровья, но не достаточно эффективно. (7б).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не продуманы стандарты и система подготовки руководителей различных секторов, определяющих политику, в области ОЗ, а особенно по социальным детерминантам и принятию решений, основанных на доказательствах.</li> <li>• Отсутствует стандартный подход и полноценно не налажена система эффективного мониторинга внедрения полученных знаний и умений на национальном уровне.</li> <li>• Недостаточная межсекторальная интеграция специалистов в области ОЗ за рамками системы здравоохранения.</li> <li>• Извлечение уроков и оценка возможностей межсекторальных рабочих групп после каждого события (проблемы) в общественном здравоохранении проводится, однако единой системы и механизмов для этого в области ОЗ нет.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подготовка специалистов ОЗ и менеджменту на до-дипломном уровне и после-дипломном уровне осуществляется в Ташкентской медицинской академии (ТМА), Ташкентском педиатрическом медицинском институте (ТашПМИ), в их Ферганском и Нукусском филиалах, где готовят специалистов по общественному здравоохранению – врачей эпидемиологов и гигиенистов.</li> <li>• В стране существует и функционирует Школа общественного здравоохранения (ШОЗ) при ТМА, а также программа подготовки Магистров общественного здравоохранения (8б). Имеются законодательные и академические рамки для оценки компетентности ШОЗ на национальном уровне.</li> <li>• Магистранты всех медицинских ВУЗов по всем направлениям проходят курсы по Клинической эпидемиологии, основам доказательной медицины, Менеджменту в здравоохранении и Основам повышения качества медицинской помощи.</li> <li>• Программы обучения охране здоровья, укреплению здоровья или профилактике заболеваний имеются на всех этапах медицинского образования (колледж, ВУЗ, повышение квалификации).(8б).</li> <li>• Имеются аккредитованные программы и учреждения по подготовке специалистов в аспирантуре и докторантуре по общественному здравоохранению.</li> <li>• Усовершенствование квалификации функционирующих руководителей/специалистов по управлению ОЗ и специалистов (эпидемиологов, главных врачей и др.) осуществляется на базе ТашИУВ и при поддержке международных организаций.</li> <li>• Курсы ОЗ включены в университетские программы по фармацевтике (7б), по</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В стране не налажена на достаточном уровне система подготовки кадров на рабочем месте (без отрыва от работы)</li> <li>• Не продумана система подготовки руководителей различных секторов, определяющих политику, в области ОЗ, а особенно по социальным детерминантам и принятию решений, основанных на доказательствах.</li> <li>• Все программы подготовки в бакалавриате и магистратуре требуют совершенствования. Так, в программе бакалавриата отсутствуют современные дисциплины, такие как: клиническая эпидемиология и Основы доказательной медицины, повышение качества. Программы по охране и укреплению здоровья и профилактике заболеваний не в полной мере способствуют привитию необходимых умений и практических навыков специалистам для улучшения и расширения различных областей действия.</li> <li>• Программа ШОЗ ТМА для специалистов ОЗ не может покрыть все потребности в подготовке кадров, а по сестринскому делу не достаточно охватывает потребности практического здравоохранения</li> <li>• Нехватка квалифицированных преподавателей - экономистов, финансистов, менеджеров влияет на качество подготовки специалистов ОЗ как медицинских, так и немедицинских специальностей</li> <li>• Нет достаточной интеграции между программами обучения медицинских специалистов и немедицинских специальностей, связанных со сферой ОЗ.</li> <li>• В стране обучение вопросам общественного здравоохранения в университетских программах по ветеринарной медицине не налажено на достаточном уровне (5б).</li> <li>• Подготовка специалистов по направлению медико-социальной работы в медицинских ВУЗах не осуществляется.</li> </ul>

<p>сестринскому делу (8б) и по стоматологии (8б). Кадры ОЗ работают совместно с ветеринарной службой, при необходимости. В кадровый состав специалистов ОЗ включены социальные работники.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Имеется установленный в законодательном порядке процесс оценки и аккредитации программ обучения в колледжах, ВУЗах и системе повышения квалификации.</li> </ul>	
<p><b>Возможности</b></p>	<p><b>Угрозы</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В настоящее время в рамках дизайна проекта «Здоровье-3» МАР с помощью международных консультантов разрабатываются необходимые изменения для программ обучения в соответствии с европейскими стандартами согласно Болонским критериям.</li> <li>• Система сертификации в стадии разработки (проект ЮНИСЭФ-ТашИУВ).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На данный момент на качество подготовке кадров в области ОЗ сказывается нехватка квалифицированных специалистов-преподавателей, имеющих зарубежный опыт. По возможности рассмотрение проектов долгосрочного сотрудничества с ведущими программами подготовки преподавателей в области ОЗ станет хорошим подспорьем для страны.</li> </ul>

## Заключение

В стране предпринимаются достаточно эффективные меры по усилению кадрового потенциала в области общественного здравоохранения. Налажена система подготовки специалистов служб общественного здравоохранения. Однако существуют и трудности в этом направлении, которые указывают на необходимость дополнительных мер и усилий:

- Ввести единое определение специальности «Общественное здравоохранение». На основе единого видения системы общественного здравоохранения и определении функций и ролей специалистов ОЗ, разработать и принять единую кадровую политику.
- Необходимо рассмотреть возможности для усиления преподавательского потенциала в области ОЗ, предусмотреть возможности для НМО/НПР для преподавателей (особенно, возможность обучения специалистов на местах).
- Модернизация старых и внедрение новых интегрированных учебных программ в систему профильных кафедр ТМА и ТашИУВ по общественному здравоохранению, а также укрепление материально-технической базы профильных кафедр, особенно в части информационно-коммуникационных технологий, доступа в Интернет и т.д.
- Оптимизировать систему аккредитации учебных программ по вопросам ОЗ для специалистов ОЗ и смежных специальностей (ветеринары, фармацевты, психологи, социальные работники, стоматологи и т.д.) с интеграцией и унификацией программ по вопросам общественного здравоохранения. Оптимизировать систему аттестации и лицензирования специалистов ОЗ. Создать гибкие механизмы контроля качества и непрерывного совершенствования программ подготовки специалистов ОЗ с учетом международного опыта



## 9). Лидерство, управление и инициирование, разработка и планирование политики в области общественного здравоохранения

Эта область деятельности включает:

- A. Анализ и оценку процесса создания стратегического планирования услуг ОЗ.
- B. Анализ и оценку процесса планирования политики ОЗ и использования надежной информационной системы при ее разработке на национальном, региональном и местном уровнях.
- C. Межсекторальный и междисциплинарный подход в разработке стратегического плана общественного здравоохранения.
- D. Мониторинг и оценку политики и программ в области общественного здравоохранения.



График 9

По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. график 9).

1. Разработка политики здравоохранения – стратегическое планирование осуществляется на уровне Руководства и Правительства Республики Узбекистан. Принимаются важные законы и государственные программы по актуальным и приоритетным направлениям ОЗ, которые учитывают как местные и региональные особенности здоровья населения, вопросы демографии, экологии, так и международные тенденции и эпидемиологической ситуации в мире, общепринятые международные нормы, индикаторы, стандарты и рекомендации.
2. Составление местных, региональных планов развития услуг общественного здравоохранения основывается на законах, указах и постановлениях, принятых руководством и используемых правительством Республики. Не всегда и недостаточно эффективно отражены местные, региональные особенности здоровья населения и надежная информация, основанная на доказательствах.
3. В последние годы большое внимание при разработке политики и стратегических документов в отношении ОЗ уделяется мульти-дисциплинарному, межсекториальному подходу на национальном, региональном и местном уровнях. Решения и стратегии основываются на использовании существующей информационной системы. Однако при реализации политики и принятых стратегий, связанных с аспектами ОЗ, различные смежные сектора взаимодействуют и взаимосвязаны не всегда эффективно, особенно на региональном и местном уровне, также не всегда учитываются социальные детерминанты здоровья.
4. На национальном, региональном и местном уровнях периодически осуществляется мониторинг и оценка политики и программ общественного здравоохранения. Однако не всегда имеется возможность провести полноценный интегрированный анализ данных, особенно при вовлечении данных других министерств и ведомств.

Обобщенной SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 9.

Таблица 9

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Разработка политики – процесс стратегического планирования услуг ОЗ осуществляется регулярно на государственном уровне. Процесс осуществляется под руководством МЗ РУз, в процесс вовлекают все заинтересованные стороны (9б).</li> <li>• Принят ряд законов, указов, постановлений</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При разработке стратегии общественного здравоохранения недостаточно привлекаются другие министерства и ведомства. Стратегии и планы действий не всегда интегрируются и согласуются с информационными системами других ведомств.</li> <li>• Система регистрации и учета не совершенна,</li> </ul>



<p>Президента, Кабинета министров РУз, определяющих государственную политику в разных сферах, отражающих аспекты ОЗ, а также несколько планов действий в отношении некоторых приоритетных заболеваний (в основном, инфекционных). Политические документы, разработанные на уровне страны, являются основополагающими на национальном и субнациональном уровнях (10б).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Существует и функционирует постоянно действующая чрезвычайная Правительственная Комиссия при Кабинете министров РУз, Главное управление санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РУз, которые регулярно наблюдают и оценивают международные тенденции здоровья населения (10б).</li><li>• Существует информационная система по инфекционным и неинфекционным заболеваниям, данные которой регулярно представляются в вышестоящие органы здравоохранения в виде отчетов (за год, пол года, квартал).</li><li>• Информационная система позволяет своевременно выявить инфекционные заболевания на уровне сообщества (9б).</li><li>• Политика ОЗ разрабатывается и осуществляется чаще всего системой здравоохранения, однако точка зрения и рекомендации смежных государственных секторов принимаются во внимание, а также при необходимости они активно вовлекаются в данный процесс(8б)</li><li>• Существует национальный план по реагированию на чрезвычайные ситуации, связанные со вспышками инфекционных заболеваний, а также план реагирования в чрезвычайных ситуациях/катастрофах</li><li>• Оценка воздействия на здоровье других секторов принимается во внимание и является секторной частью разработки планов и развития регионов (7б).</li><li>• Существует и требует улучшений информационная система, представляющая данные о здоровье населения (7б).</li><li>• При разработке стратегии ОЗ учтены отдельные области общественного здравоохранения и социальные детерминанты здоровья, они являются основой для национальной и субнациональной политики, а также для разработки программ на региональном и местном уровнях (8б).</li><li>• Периодически проводится мониторинг и оценка политики программ ОЗ по разработанным индикаторам и стандартам (успешнее всего, службы охраны здоровья матери и ребенка, эпидемиологическая надзора и др.) (8б).</li><li>• Министерство здравоохранения совместно с международными организациями и институтами проводит мониторинг здоровья населения с учетом</li></ul>	<p>поэтому результаты сбора и анализа данных не всегда являются достоверными. Отсутствует электронная сетевая информационная система по надзору за инфекционными и неинфекционными заболеваниями на национальном уровне.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Результаты сбора и анализа статистических данных по неинфекционным заболеваниям не всегда отражают истинный уровень их распространенности из-за низкого качества диагностики и обращаемости населения за медицинской помощью.</li><li>• В структуре МЗ РУз нет отдела или одного координирующего подразделения по общественному здравоохранению, вместе с тем все соответствующие функции выполняются главным образом ГУСЭН и всеми существующими подразделениями, отвечающими за разные сферы деятельности, что иногда затрудняет интеграцию и принятие быстрых решений междисциплинарного характера.</li><li>• При принятии решений в области общественного здравоохранения не всегда учитываются необходимые факторы (например, бедность, неравенство и другие социальные детерминанты здоровья населения).</li><li>• Республика, особенно отдельные регионы, недостаточно обеспечены квалифицированными специалистами, умеющими правильно оценивать и анализировать воздействие факторов на здоровье населения.</li><li>•</li></ul>
---	--

стратегии развития и системы оказания услуг здравоохранения в ЕС, разрабатывает политику здравоохранения.	
<b>Возможности</b>	<b>Угрозы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Политика здравоохранения и реформы, осуществляемые в Республики Узбекистан, позволяют совершенствовать управление и эффективное внедрение мероприятий в области общественного здравоохранения.</li> <li>• На уровне государства определены приоритетные направления общественного здравоохранения. Разработана концепция общественного здравоохранения, которая находится в процессе обсуждения.</li> <li>• В рамках проекта ВБ «Здоровья – 2» и «Здоровье – 3» ведется работа по оборудованию и оснащению учреждений общественного здравоохранения.</li> <li>• Организованы школа и кафедры общественного здравоохранения, позволяющие подготовить специалистов общественного здравоохранения, потенциал которых необходимо усилить.</li> <li>• В республике созданы ресурсные аналитические центры в учреждениях здравоохранения, которые способствуют улучшению системы регистрации, учета информации по инфекционным и неинфекционным заболеваниям.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Недостаточная координация совместной деятельности соответствующих министерств и ведомств в области общественного здравоохранения не позволяет максимально эффективно воздействовать на факторы, влияющие на здоровье населения.</li> <li>• Отсутствие специального межсекторального органа или координационного комитета по вопросам Общественного здравоохранения на уровне правительства затрудняет полноценную разработку, принятие и внедрение всеобъемлющей политики/стратегии и плана действий на основе эффективного межсекторального сотрудничества.</li> <li>• Должны быть разработаны планы и эффективные меры поэтапного повышения квалификация специалистов ОЗ, а также врачей по своевременному выявлению и диагностике заболеваний.</li> <li>• Без оптимизации и модернизации системы регистрации невозможно влиять на политику принятия решений, основанных на фактах и доказательствах.</li> </ul>

## Заключение

- А. На данный момент разрабатывается ряд стратегий и программ по совершенствованию службы общественного здравоохранения, которые в свою очередь существенно влияют на принятие стратегических решений. Однако, перечисленные ранее проблемы в системе надзора за заболеваниями и факторами риска, недостаточно эффективное межсекторальное взаимодействие, а также недостаточно налаженная система мониторинга и оценки эффективности проводимых мероприятий в области общественного здравоохранения, не формируют основу для принятия стратегических решений.
- В. Необходимо также продумать механизмы поощрения лидерства и инициативности, а также усиления кадрового потенциала в сфере ОЗ.

## 10). Научные исследования в области здравоохранения

Научные исследования являются фундаментальным источником информации при разработке политики и оказании услуг. Эта область действия включает следующее:

- Исследования, целью которых является увеличение базы знаний для принятия политики, основанной на доказательствах на всех уровнях;
- Разработка новых методик исследований, инновационных технологий для решения проблем в области общественного здравоохранения;
- Создание партнерств с научными центрами и академическими институтами для проведения своевременных разработок с целью принятия решений, подкрепленных доказательствами на всех уровнях общественного здравоохранения.



График 10.

По результатам оценки ситуация вырисовывается следующим образом (см. График 10).

При проведении самооценки были выявлены следующие основные моменты:

- В стране функционируют научно-исследовательские институты/центры, медицинские институты, проводящие исследования в области ОЗ. Для проведения исследований выделяются средства в виде грантов, но выделяемое финансирование не покрывает все необходимые затраты, связанные с проведением исследований. Отмечается недостаточный кадровый потенциал, владеющий современными знаниями и навыками в области ОЗ. Существующие доступные базы данных не адаптированы для проведения системного анализа, в результате чего, они не позволяют выявить приоритетные проблемы и подготовить аналитические материалы на основе доказательств.
- Приоритетные направления для эпидемиологических и научных исследований определяются Главным управлением науки и учебных заведений Минздрава, который проводит мониторинг передовых практик, опубликованных внутри страны и за рубежом. Вместе с тем, направления эпидемиологических и научных исследований определяются исходя из возможностей исследовательских институтов/центров, а не с учетом потребностей практического здравоохранения. В результате чего, не все научные исследования внедряются в практику по причине их невостребованности и оторванности от реальных условий здравоохранения.
- Для принятия решений в области ОЗ Институтом здоровья и медицинской статистики, научно-исследовательскими институтами и медицинскими институтами проводится анализ ситуации и научные разработки в этом направлении. Однако, в силу разных причин, подготовленные аналитические материалы не всегда содержат рекомендации с определением соотношения «цена/польза» или «цена/эффективность» для принятия эффективных управленческих решений.
- В настоящее время государством при поддержке международных организаций осуществляются проекты по совершенствованию процесса сбора и анализа данных, внедрению информационных современных технологий по сбору и анализу данных.

Обобщенной SWOT – анализ по данному разделу представлен в таблице 10.

Таблица 10.

Сильные стороны	Слабые стороны
<p><b>Возможности для инициирования исследований в системе ОЗ.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• В Министерстве здравоохранения функционирует управление науки и учебных</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отмечается недостаточная координация между различными исследовательскими организациями по проведению исследований.</li> <li>• Взаимосвязь между работниками системы</li> </ul>

<p>заведений, в состав которого входит отдел по координации научно-исследовательской деятельности</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• В стране существуют научно-исследовательские институты, медицинские институты, проводящие исследования в области ОЗ.</li><li>• На данный момент определены приоритетные направления и программы для исследований в области ОЗ (экология и человек, охрана материнства и детства, инфекционные и неинфекционные заболевания).</li><li>• Государством выделяются гранты для финансирования научных исследований в этой области</li><li>• На уровне страны и регионов имеются доступные базы данных по отдельным направлениям.</li><li>• Налажена система подготовки специалистов для проведения научных исследований в области ОЗ.</li><li>• Существуют различные республиканские медицинские журналы и периодически публикуемые сборники для распространения результатов научных исследований среди руководителей общественного здравоохранения.</li><li>• При разработке научных исследований в области ОЗ учитываются актуальные вопросы здравоохранения.</li><li>• Во время проведения и по окончании научного исследования в области ОЗ мониторинг внедрения и практической значимости проведенной работы осуществляется со стороны специальных государственных органов (ВАК и ГКРНИНТ)</li><li>• В системе здравоохранения пилотные программы по внедрению современных технологий и инноваций осуществляются в рамках реализуемых проектов.</li><li>• Министерство здравоохранения проводит мониторинг передовых практик, опубликованных другими организациями и ведомствами в стране, а также опыта международных организаций,</li><li>• Успешные инициативы других стран, адаптируются Минздравом к специфике ситуации в стране и внедряются в практику.</li><li>• В рамках соглашения с Европейским Бюро ВОЗ осуществляется обмен информацией о передовых практиках ОЗ на европейском и международном уровнях.</li><li>• В процессе принятия решений в области ОЗ проводится анализ ситуации и существующих научных разработок в этой области.</li></ul>	<p>общественного здравоохранения и сотрудниками научных центров или академических институтов по проведению совместных исследований достаточно слабая. Отсутствуют механизмы сотрудничества между практической системой ОЗ и научными центрами или академическими институтами по проведению совместных исследований.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Не всегда эффективно определяются приоритетные направления для научных исследований, зачастую приоритетные направления в сфере ОЗ не используются в качестве основы для индивидуальных исследований, проводимых исследователями вне системы здравоохранения.</li><li>• Отсутствует критерии/стандарты выявления приоритетных направлений исследований, как составной части услуг общественного здравоохранения. Недостаточное стимулирование (включая финансирование) научных исследований в области ОЗ. Выделяемые гранты не покрывают все затраты, связанные с проведением исследования.</li><li>• Направления эпидемиологических и научных исследований определяются исходя из возможностей исследовательских институтов/центров, а не с учетом потребностей практического здравоохранения</li><li>• Кадровый потенциал научно-исследовательских институтов/центров, медицинских институтов, владеющих современными исследовательскими знаниями, методологией и навыками в области общественного здравоохранения недостаточно сильный.</li><li>• Существующие учебные программы не позволяют специалистам в достаточной мере приобрести современные исследовательские знания и навыки по проблемам ОЗ.</li><li>• Не используются специальные программы для оценки исследований в области ОЗ. Не проводится оценка воздействия, оказанного научными исследованиями.</li><li>• Существующие базы данных не адаптированы, в результате чего они не позволяют выявить приоритетные проблемы и подготовить аналитические материалы на основе доказательств.</li><li>• Отсутствует научно-исследовательская сеть, занимающаяся распространением результатов исследований, новых публикаций в журналах/Интернет сайтах.</li><li>• Недостаточное финансирование со стороны государства, вместе с низким интересом и мотивацией к инновациям в области ОЗ со стороны отдельных специалистов и научно-исследовательских центров не дает должных результатов.</li><li>• Не все научные исследования внедряются в практику ОЗ по причине их невостребованности и оторванности от реальных условий здравоохранения.</li><li>• Сбор и анализ информации по ОЗ проводится в рамках существующей системы.</li></ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сбором, анализом и распространением информации в области общественного здравоохранения занимается Институт здоровья и медицинской статистики.</li> <li>• В рамках реализуемых проектов при участии международных доноров, осуществляются демографические и социологические исследования</li> <li>• При содействии международных доноров проводятся исследования по вопросам бедности, жилья, доступа к образованию, питанию, безработице.</li> </ul> <p>Принимаются во внимание доказанные результаты исследований с включением более широких детерминантов здоровья.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отсутствуют современные статистические программы, позволяющие подготовить аналитические материалы для принятия управленческих решений.</li> <li>• Аналитические данные, полученные на основании существующей системы статистики, не всегда являются предметом для инициирования дальнейших научных исследований. Подготовленные аналитические материалы не всегда содержат рекомендации с определением соотношения «цена/польза» или «цена/эффективность» для принятия эффективных управленческих решений по ряду причин             <ul style="list-style-type: none"> <li>– недостаточное внедрение информационных технологий для сбора и анализа информации;</li> <li>– отсутствие современных статистических программ;</li> <li>– недостаточный кадровый потенциал по подготовке аналитических материалов и внедрению информационных технологий в области автоматизации сбора и анализа данных.</li> <li>– недостаточное выделение финансовых средств для разработки аналитических материалов, внедрения информационных технологий по автоматизации сбора и анализа данных.</li> </ul> </li> <li>• Проводимые демографические и социологические исследования не всегда проводятся на регулярной основе и требуют дополнительного финансирования. Результаты проведенных исследований по вопросам бедности, жилья, доступа к образованию, питанию, безработице не всегда интегрируются в аналитических отчетах и взаимосвязи со здоровьем населения.</li> </ul>
<b>Возможности</b>	<b>Угрозы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• В Навоийской области пилотируется проект по созданию управляемой базы данных в реальном времени по кадрам, учреждениям в разрезе районов/городов.</li> <li>• В рамках реализуемых проектов при участии международных доноров, внедряются информационные технологии по сбору и анализу данных (электронный мониторинг инфекционных заболеваний, безопасность крови)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Без налаженной тесной взаимосвязи практического звена с научно-исследовательскими учреждениями, а также достаточного финансирования исследовательской деятельности в приоритетных областях, научные исследования не смогут стать фундаментальным источником информации при разработке политики и оказании услуг.</li> </ul>

## Заключение

В стране существует достаточно сильная структура научно-исследовательских институтов, которая используется на данный момент для проведения исследований в области ОЗ. Однако научно-исследовательский кадровый потенциал в области ОЗ недостаточно развит.

- Необходимо дополнительное привлечение ресурсов для проведения регулярных исследований.
- Подготовка/переподготовка специалистов/преподавателей по:
  - выявлению потребностей практического здравоохранения по проведению эпидемиологических и научных исследований;
  - организации и проведению эпидемиологических и научных исследований с определением соотношения «цена/польза» или «цена/эффективность»;
  - фандрайзингу для проведения эпидемиологических и научных исследований;

- по информационным технологиям в области автоматизации сбора и анализа данных.
- В функциональную обязанность Управления науки и учебных заведений Минздрава включить (или создать отдел) работу по распространению результатов эпидемиологических и научных исследований, а также новых публикаций в журналах/Интернет сайтах.
- Требуется выделение необходимых финансовых ресурсов для проведения эпидемиологических и научных исследований, внедрения информационных технологий по автоматизации сбора и анализа данных.
- Подготовка квалифицированных работников для проведения регулярных исследования психического здоровья населения.
- Проведение исследований по расчету потребностей и эффективному планированию кадров.
- Необходимо провести детальную оценку потенциала исследовательских институтов/центров, занимающихся исследованиями в области общественного здравоохранения.
- Оценка эффективности эпидемиологических и научных исследований и их внедрение в практическое здравоохранение.
- Улучшение координации между различными научно-исследовательскими институтами/центрами по проведению эпидемиологических и научных исследований.

## 6. Заключение и выводы

Обобщая результаты проведенной оценки, можно разделить все выявленные достижения и слабые стороны по четырем структурным областям служб общественного здравоохранения.

### А. Стратегическое управление

#### *Основные достижения и сильные стороны*

Одним из аспектов структурных реформ явилось создание и преобразование Института здоровья и медицинской статистики. Главная роль института – осуществление сбора данных. Другая функция института – это укрепление здоровья, главным образом за счет подготовки и распространения информации по широким аспектам ОЗ.

Значительную роль в процессе осуществляемой реформы играют международные партнеры. Например, в рамках проекта Здоровье-2 разработана Стратегия ОЗ Республики Узбекистан на 2010-2020гг., которая в течение нескольких лет обсуждалась, а сейчас находится на стадии утверждения. На данный момент в стране обсуждается ряд стратегических документов в области профилактики неинфекционных заболеваний и связанных с ними факторов риска (таких как питание, курение, ожирение и т.д.)

В сфере первичной медико-санитарной помощи реформа фокусируется на стандартах и качестве предоставления услуг. Придается особое значение применению доказательной медицины при принятии решений и уделяется внимание учету различий, существующих между регионами страны.

#### *Выявленные проблемы и имеющиеся возможности*

В целом, одной из проблем служб ОЗ является отсутствие единого видения и общего комплексного национального плана, за который должны нести ответственность различные министерства и ведомства при условии обеспечения эффективного горизонтального взаимодействия между звеньями самой системы ОЗ и разными министерствами и ведомствами. При этом, очень много времени требуется для решения необходимых вопросов, как комплексного мониторинга, так и оценки осуществляемых преобразований.

При Кабинете министров РУз функционируют Координационный совет по вопросам репродуктивного здоровья и Республиканская чрезвычайная противоэпидемическая комиссия по инфекционным болезням, которые охватывают ряд вопросов ОЗ. В упоминаемой Стратегии общественного здравоохранения предложено создание координационного комитета при КМ по вопросам ОЗ. Это предусматривает расширение роли в области ОЗ с включением аспектов по неинфекционным заболеваниям, травматизма, безопасности на дорогах и т.д. Это поможет обеспечить внедрение межсекторального подхода в планирование, координацию и осуществление предлагаемых планов действий и реформ с вовлечением неправительственных организаций на всех уровнях системы ОЗ.

В комплексной модернизации нуждается система сбора медико-санитарной информации. Собираемые данные изначально не всегда взаимосвязаны с социальными детерминантами здоровья и другими важными критериями (например, по полу, по социально-экономическому статусу, по уровню образования, расходятся с общепринятыми возрастными категориями, включение критериев живорожденности и т.д.). Очень мало информации собирается в стране по факторам риска и оценке изменения поведения населения, которые важны для принятия соответствующей политики, основанной на доказательствах или фактах. Вопросы внедрения принятых решений остаются проблематичными и часто включают межсекторальные аспекты.



## **Б. Генерирование ресурсов**

### *Основные достижения и сильные стороны*

Реформа системы здравоохранения включает усиление службы ОЗ, преобразование ПМСП и системы экстренной медицинской помощи. Общая задача проводимых реформ – усиление медико-профилактической помощи населению и внедрение эффективно-затратных технологий в стране.

Приняты официальные решения по оснащению лабораторных служб общественного здравоохранения; недавно было установлено современное оборудование в рамках программы, осуществляемой при поддержке США, по укреплению лабораторий, включая электронный мониторинг инфекционных болезней. Глобальный фонд финансирует лаборатории противомаларийной службы, включая предоставление микроскопов.

В отношении кадровых ресурсов Указ Президента от 2007 г. предусматривает укрепление работы по подготовке работников здравоохранения, в том числе в первичном звене, а также в службах санэпиднадзора. Созданы дополнительные места для выпускников в системе санэпидслужбы.

В 2006 г. была создана Школа общественного здравоохранения, где осуществляется программа по обучению магистров общественного здравоохранения, а также курс по управлению здравоохранением. Школа предлагает курсы обучения различным аспектам ОЗ для медицинских сестер и врачей, а также включает программу по подготовке магистров ОЗ.

Институт здоровья и медицинской статистики также отвечает за вопросы формирования здорового образа жизни, в том числе за подготовку специалистов.

В целом, на данный момент с помощью международных организаций проводится преобразование в области подготовки специалистов ОЗ, определены новые задачи и новые приоритеты с вытекающими последствиями для подготовки кадров.

### *Выявленные проблемы и имеющиеся возможности в стране*

Несмотря на проводимые преобразования, отмечается значительный разброс в показателях состояния лабораторий, оснащенных в соответствии с различными стандартами. В районных и областных лабораториях нередко используется устаревшее оборудование, обнаружен значительный разброс в стандартах модернизации, особенно в состоянии помещений.

Проблема с кадровыми ресурсами на региональном уровне также существует, в частности, трудности в привлечении работников для сельской местности. Создание более хороших стимулов для работников сельского здравоохранения является ключевым вопросом, требующим решения. Низкий уровень оплаты труда является общей проблемой в области общественного здравоохранения.

Необходимо наладить систему оценки потребностей в кадрах на уровне страны. При этом процесс найма на работу должен быть отрегулирован таким образом, чтобы учитывать реальные потребности.

Необходимо усилить потенциал и максимально использовать возможности для повышения качества обучения в рамках Школы общественного здравоохранения. Содержание учебных программ также нуждается в радикальном пересмотре. Существует потребность укрепления научно-исследовательского потенциала. Имеющийся в настоящее время дефицит обусловлен недостаточными стимулами и потенциалом для проведения научно-исследовательских работ. Программы укрепления здоровья и профилактики болезней на всех уровнях медицинского образования должны быть усилены с акцентом на практические навыки в области ОЗ. Программы смежных специальностей, связанных с ОЗ, также должны быть интегрированы и обновлены.



## **В. Финансирование**

### ***Основные достижения и сильные стороны***

Финансирование ОЗ весьма ограничено. Существует необходимость в убеждении Министерства финансов в необходимости и ценности более полноценного финансирования и приоритетности аспектов общественного здравоохранения на национальном уровне.

Подготовка кадров по вопросам менеджмента и финансирования налажена в рамках проводимой реформы ПМСП.

### ***Выявленные проблемы и имеющиеся возможности в стране***

В стране существует проблема сохранения большого числа стационарных коек с целью сохранения бюджетных отчислений, что значительно влияет на показатели качества медицинских услуг. В настоящее время предпринимаются попытки решить данную проблему, в том числе путем пилотирования финансирования на основе пролеченных случаев, базирующееся на результатах работы, а не на вложенных ресурсах.

## **Г. Предоставление услуг**

### ***Основные достижения и сильные стороны***

Сегодня основные услуги общественного здравоохранения предоставляются системой здравоохранения, особенно ПМСП и службой санэпиднадзора.

В области укрепления здоровья населения активно работает Институт Здоровья и медицинской статистики и его центры, которые выпускают и распространяют информационные материалы, проводят работу со СМИ, со школами в отношении повышения квалификации работников школ по вопросам здорового образа жизни, проводят национальные и локальные кампании по разным приоритетным направлениям.

Медицинские работники ПМСП и специализированной медицинской помощи работают с населением, в основном с группами риска и на индивидуальном уровне.

Республиканские и областные диагностические центры проводят программы массовых обследований населения с целью профилактики и раннего выявления заболеваний.

### ***Выявленные проблемы и имеющиеся возможности в стране***

В отличие от инфекционных болезней (туберкулез, ВИЧ-инфекция) профилактика неинфекционных хронических заболеваний (НХИЗ) не охвачена основными проектами, что требует принятия соответствующих мер (с учетом бремени болезней).

Работа над стратегическими документами в различных приоритетных направлениях ОЗ открывает значительные возможности для реализации мероприятий, однако необходима эффективная координация деятельности и внедрения данных программ, с планированием ресурсов и заинтересованностью на всех уровнях их реализации. Развитие служб укрепления здоровья осуществляется главным образом усилиями различных доноров, эту работу необходимо внедрить в систему здравоохранения.

Институт Здоровья и медицинской статистики имеет филиалы на каждом уровне и обеспечивает логическую связь между сбором данных и работой по укреплению здоровья, поскольку такие данные могут быть использованы при разработке политики и конкретных мер. Однако его потенциал не используется полностью: отсутствует оптимальное применение собираемых данных для планирования работы служб и проведения мероприятий. Деятельность в области укрепления здоровья населения в целом чаще всего ограничивается выпуском информационных материалов. Необходимо более эффективно использовать его потенциал с вовлечением функций по мониторингу и оценке, научно-исследовательскую деятельность, социологические

исследования и усилить потенциал в области анализа и интерпретации полученных данных для принятия решений.

Таким образом, в заключении можно сделать основные выводы о том, что стратегическое управление в рамках службы общественного здравоохранения требует дополнительного внимания. Это касается усиления роли стратегического управления Министерства здравоохранения и повышения его потенциала для аргументированной защиты интересов общественного здравоохранения на уровне правительства как в медико-санитарном, так и в экономическом плане.

Страна должна определиться с единым видением системы общественного здравоохранения, возможно путем передачи полного объема услуг ОЗ системе здравоохранения с возможностью для межсекторальной интеграции предоставляемых услуг. На основе данного видения необходимо разработать комплексный план действий по оптимизации системы общественного здравоохранения с учетом вопросов стратегического управления, ресурсного (финансового и кадрового) обеспечения, а также обеспечения качества предоставляемых услуг в рамках приоритетных направлений общественного здравоохранения на всех уровнях системы.

Особенно необходимо усилить компоненты на основе бремени болезней в стране и связать их с основными социально-экономическими детерминантами здоровья. Понимая наличие двойного бремени инфекционных и неинфекционных заболеваний в стране, необходимо отметить, что в силу исторического развития службы общественного здравоохранения, внимание на профилактику и контроль за неинфекционными хроническими состояниями недостаточно сильное.

Следующие элементы должны иметь центральное значение для преобразований в области общественного здравоохранения:

- Наличие и эффективность общественных и индивидуальных услуг здравоохранения;
- Расширение и наращивание услуг по укреплению здоровья и профилактике болезней с учетом основных причин бремени болезней в стране, особенно таких факторов риска НИЗ, таких как несоблюдение активного здорового образа жизни, нерациональное питание, курение и другие;
- Обеспечение готовности к эпидемиям, контроль инфекционных болезней и борьба с другими факторами окружающей среды, опасными для здоровья;
- Оптимизация информационных систем здравоохранения;
- Межсекторальная деятельность (учет интересов здоровья в политике всех секторов);
- Сотрудничество с международными партнерами;
- Вовлечение местных сообществ и граждан.

## 7. Общие рекомендации

### 1) Усилить межсекторальное взаимодействие по вопросам общественного здравоохранения

- Создание Координационного комитета по вопросам общественного здравоохранения при Кабинете министров РУз и механизмов взаимодействия. Этот комитет поможет лоббировать вопросы ОЗ как в предоставлении услуг, планировании и координации, так и в экономическом плане.
- Единое видение описано в проекте «Стратегии общественного здравоохранения Республики Узбекистан на 2010-2020гг.» Необходимо ускорить принятие данной Стратегии в перспективе с учетом настоящего отчета по самостоятельной оценке служб общественного здравоохранения в Узбекистане с привлечением других министерств и ведомств. На основе данной стратегии начать разработку комплексного плана действий по приоритетным направлениям.
- Усилить роль и вовлечение смежных секторов на местах с привлечением потенциала органов местного управления, неправительственных организаций и общественности в решении вопросов общественного здравоохранения.

### 2) Включить социальные детерминанты здоровья во все стратегии и структурные системы служб общественного здравоохранения

- Наряду с поддержкой аспектов инфекционных заболеваний, выделить в качестве приоритетного направления борьбу с неинфекционными заболеваниями, составляющими основное бремя заболеваний и смертности в стране. Проводить политику принятия решений, основанных на доказательствах и фактах, включая анализ социальных детерминантов здоровья.
- Изыскать возможности для оптимизации и модернизации информационной системы на региональном и местном уровне, позволяющей получение надежных достоверных данных с учетом современных показателей, детерминантов и критериев для сбора данных (возраст, пол, социальное положение, образование и т.д.).

### 3) Провести оценку кадрового потенциала и разработать полноценную кадровую стратегию в области общественного здравоохранения

- Ввести единое определение специальности «Общественное здравоохранение». На основе единого видения системы общественного здравоохранения и определении функций и ролей специалистов ОЗ, разработать и принять единую кадровую политику с использованием мультидисциплинарного подхода, специальных методик и инструментов при планировании и распределении кадров в сфере ОЗ.
- Создать единую систему оценки эффективности курсов непрерывного образования и систему постоянного повышения качества для специалистов ВОЗ. Разработать систему обучения на рабочем месте (без отрыва от работы) и механизма мониторинга полученных знаний.
- Модернизировать старые и внедрить новые интегрированные учебные программы в систему профильных кафедр ТМА и ТашиУВ по общественному здравоохранению, а также укрепить материально-техническую базу, особенно в части информационно-коммуникационных технологий, доступа в Интернет и т.д.
- Оптимизировать систему аккредитации учебных программ по вопросам ОЗ для специалистов ОЗ и смежных специальностей (ветеринары, фармацевты, психологи, социальные работники, стоматологи и т.д.) с интеграцией и унификацией программ по вопросам общественного здравоохранения. Оптимизировать систему аттестации и лицензирования специалистов ОЗ. Создать

гибкие механизмы контроля качества и непрерывного совершенствования программ подготовки специалистов ОЗ с учетом международного опыта

- В функциональную обязанность Управления науки и учебных заведений Минздрава включить (или создать отдел) работу по распространению результатов эпидемиологических и научных исследований, новых публикаций в журналах/Интернет сайтах.
- Необходимо провести детальную оценку потенциала исследовательских институтов/центров, занимающихся исследованиями в области общественного здравоохранения.
- Необходимо дополнительное привлечение ресурсов и наращивание научно-исследовательского потенциала для проведения регулярных исследований, особенно по факторам риска, вопросам изменения поведения и т.д.
- Подготовить кадры для развития экономики здравоохранения, качества обучения в немедицинских специальностях, имеющих отношение к здравоохранению, а также квалифицированных преподавателей, что является важным вопросом. Необходимо рассмотреть возможности для усиления преподавательского потенциала в области ОЗ, предусмотреть возможности для НМО/НПР, для преподавателей (особенно, возможность обучения специалистов на местах).

#### **4). Ввести интегрированную систему оценки услуг служб общественного здравоохранения с целью их непрерывного повышения качества и необходимых преобразований**

- Рассмотреть возможности для организации производства вакцин для детей и взрослых, а также скрининг-тестов внутри страны.
- В формировании здорового образа жизни необходимо учитывать роль первичного звена здравоохранения и Института Здоровья и медицинской статистики с его подразделениями, соответственно повышать интерес и стимулировать медицинских работников ПЗЗ.
- Обеспечить на регулярной основе проведение скрининг программ по наиболее распространенным заболеваниям.
- Изучить результаты и имеющийся в стране опыт по оптимизации лабораторной службы для распространения наилучших результатов в стране, создать единую систему стандартов качества лабораторной службы ОЗ.

#### **5). Провести анализ инвестиций в службы общественного здравоохранения и продумать механизмы государственного финансирования и привлечения дополнительных инвестиций**

До этого момента в стране не проводилась полномасштабная оценка механизмов финансирования службы общественного здравоохранения. Сегодня финансирование программ общественного здравоохранения проводится государством совместно с международными организациями, однако уже сегодня необходимо продумать механизмы постоянного и длительного финансирования и инвестиций, которые необходимы для осуществления основных государственных программ в этой области. Вовлечение нескольких государственных секторов также составляет определенные затруднения для финансирования таких программ.

## 8. Используемые ссылки

1. Закон «Об охране здоровья граждан» 29.08.1996 Г. N 265-I
2. Закон Республики Узбекистан «О гарантиях прав ребёнка» (2008 г.).
3. Закон Республики Узбекистан «Об образовании» от 29.08.1997 г. N 464-I.
4. Закон Республики Узбекистан «О национальной программе по подготовке кадров» от 29.08.1997 г. N 463-I.
5. Закон «О государственном санитарном надзоре» 03.07.1992 .N 657-XII
6. Закон Республики Узбекистан «О профилактике йододефицитных заболеваний» (2007 г.).
7. Закон Республики Узбекистан о качестве и безопасности пищевой продукции».
8. Закон «Об охране атмосферного воздуха».
9. Закон «О радиационной безопасности»
10. Закон «о воде и водопользовании»
11. Закон «Об отходах».
12. Закон «О защите населения от туберкулеза».
13. Закон «О стандартизации»
14. Закон «О сертификации продукции и услуг».
15. Закон «Об экологической экспертизе».
16. Закон «О ветеринарии».
17. Закон «О защите прав потребителей».
18. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 405 «О дополнительных мерах по дальнейшему улучшению обеспечения сельских населенных пунктов питьевой водой и природным газом».
19. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 48 «Об утверждении Программы мониторинга окружающей природной среды в Республике Узбекистан на 2006-2010 годы».
20. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан «О дальнейшем совершенствовании системы переподготовки и повышения квалификации педагогических кадров» от 16.02.2006 г. N 25
21. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан «Системы повышения квалификации и переподготовки медицинских работников» от 18.12.2009 г. N 319
22. Образование в Узбекистане: баланс спроса и предложения. Национальный доклад о человеческом развитии. Узбекистан, UNDP, 2007/2008
23. Targets for Health for All. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1985.
24. Ottawa charter for health promotion // Health Promotion. - 1986. - Vol. 1, No. 4.
25. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 515 от 2 ноября 2004 года «О мерах по реализации проекта укрепления здоровья женщин и детей с участием Азиатского банка развития».
26. № ПП-153 от 11 августа 2005 года «О мерах по реализации Национальной программы по фортификации муки».
27. Постановление Президента Республики Узбекистан № 892 от 18 июня 2008 года «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства».
28. Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года № 1096 «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формированию здорового поколения».
29. Постановление Президента Республики Узбекистан от 1 июля 2009 г. № 1144 «О программе мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2010 гг.».
30. Указ Президента Республики Узбекистан от 19 сентября 2007 года № 3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации государственной программы развития здравоохранения».
31. Приказ Министерства здравоохранения РУз от 06.06.2000 г. № 300 «О совершенствовании системы предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников Республики Узбекистан».
32. Санитарные правила и нормы (САНПиНы).
33. Отчет ВОЗ/ИОСПЗ «Система охраны психического здоровья в Узбекистане» 2007 год.
34. Статистические данные деятельности учреждений здравоохранения в Узбекистане в 2005 году. Ташкент, Институт Здоровья в Узбекистане, 2006 год.

35. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Узбекистане, 2005, Европейское Бюро ВОЗ.

## 9. Терминология

**Аккредитация** - процедура выдачи уполномоченным на это органом свидетельства относительно гарантий того, что данная организация, учреждение, индивид, товар, услуга отвечают установленным для них требованиям и стандартам качества.

**Амбулаторная помощь** - профилактическая лечебно-диагностическая и реабилитационная помощь, оказываемая амбулаторно-поликлиническими учреждениями (включая общую/семейную практику) в установленных объемах.

**Аптечные предприятия** - предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной и частной форм собственности, осуществляющие фармацевтическую деятельность.

**Базисное медицинское обслуживание** – научно обоснованный перечень услуг, обязательный для предоставления каждой группе населения.

**Безопасные условия труда** - условия труда, при которых воздействие на работающих вредных или опасных производственных факторов исключено или уровни их воздействия не превышают установленные нормативы.

**Больница** - медицинское учреждение, предназначенное для оказания круглосуточной санитарной помощи.

**Врач** - специалист, который, будучи принят в установленном порядке в медицинскую школу должным образом признанную в стране, и в которой она находится, успешно завершил предписанный курс медицинских наук и получил квалификацию, дающую юридическое право на медицинскую практику, диагностику, лечение и реабилитацию.

**Врач общей практики** – лицензированный выпускник медицинского вуза, который обеспечивает индивидуальное первичное и непрерывное медицинское обслуживание отдельных лиц, семей и на селения независимо от пола, возраст или вида заболевания.

**Вредное воздействие на человека** - воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека, либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений.

**Вторичная профилактика** - совокупность медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

**Гарантированные виды медицинской помощи** - виды медицинской помощи, оказываемые за счет бюджетных ассигнований и других средств.

**Госпитализация** - процесс поступления пациентов в стационарные медицинские учреждения и нахождение их там.

**Государственная система здравоохранения** - система исполнительной власти, органов власти и местных органов хокимиятов, уполномоченных от имени государства планировать и осуществлять меры по реализации государственной политики в области охраны здоровья граждан.

**Доступность медицинской помощи** - реальная практическая возможность для пациента и групп населения получать требуемую и необходимую медицинскую помощь в физическом, экономическом и социальном отношении.

**Заболеваемость** - распространенность болезней среди населения или его отдельных групп.

**Здоровье населения** - медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

**Здоровье психическое** - состояние, характеризующееся динамическим процессом психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивида к ней, аде-



кватность реакций организма на социальные, психологические и физические (включая биологические) условия жизнедеятельности благодаря способности личности контролировать свое поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде.

**Здоровье физическое** - состояние, характеризующееся уровнем физического развития, физических возможностей и адаптационных способностей отдельных индивидов, групп людей и общества в целом, обеспечивающее достижение качества жизни, благополучия общества и сохранение и укрепление общественного здоровья.

**Здравоохранение** - система организаций, учреждений, предприятия, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы, деятельность которых связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, с проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан, профессиональным образованием медицинских работников на додипломном и последипломном уровне.

**Инвалид** - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**Инвалидность (ограничение жизнедеятельности)** - любое ограничение или утрата (в результате нарушения, отклонения или увечья) способности осуществлять деятельность в таких пределах и таким образом, которые считаются нормальными для человека в данной культурной среде обитания.

**Интегрированный подход в охране здоровья населения** - современная стратегия по укреплению здоровья на уровне индивида, семьи, группы населения и общины, направленная на контролирование факторов риска, которые повышают вероятность развития основных заболеваний.

**Кадры здравоохранения** - совокупность лиц, способных работать по разным профессиям здравоохранения или проходящих подготовку по ним; демографические характеристики этих индивидов; их социальные характеристики с точки зрения образования, опыта и ценностей; изменения, как в числе, так и в квалификации имевшегося персонала, необходимые для обеспечения медико-санитарного обслуживания населения и востребованные.

**Качество медицинской помощи** - совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их выполнения и подтверждающих соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки и технологии, стандартам, а также потребностям пациента.

**Лицензирование** - предоставление полномочным органом государственного разрешения на занятие определенной профессиональной деятельностью.

**Махалля** – (араб. - часть города) в исламских странах означает часть города размером с квартал, жители которого осуществляют местное самоуправление.

**Медицинская помощь** - комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение жизни, восстановление здоровья при острых заболеваниях, достижение ремиссии при хронических, на обеспечение нормального родоразрешения и воспитания здорового ребенка.

**Медицинская практика** - осуществление медицинских услуг медицинскими работниками непосредственно по отношению к больным.

**Медицинская сестра** - средний медицинский работник со средним или высшим медицинским образованием; работает под руководством врача в различных лечебно-профилактических и учебно-воспитательных учреждениях.

**Медицинская услуга** - любое обследование, лечение и иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную или реабилитационную направленность, выполняемое врачом или другим медицинским работником и имеющее самостоятельное законченное значение и определяющую стоимость.



**Медицинские осмотры периодические** - активное обследование состояния здоровья людей, проводимое с целью наблюдения за состоянием здоровья, выявления ранних признаков заболеваний, в том числе профессиональных.

**Медицинское образование** - процесс обучения и подготовки, после завершения которого индивид получает право заниматься медицинской практикой.

**Медицинское страхование** - вид страхования населения, при котором страховая медицинская организация (страховщик) на основе страховых взносов создает страховой денежный фонд, за счет которого обязуется финансировать застрахованным ею гражданам медицинскую помощь в объеме и на условиях, предусмотренных договором страхования.

**Межсекторальная координация** - совместные скоординированные действия организации различных ведомств на федеральном, региональном и местном уровнях в процессе сотрудничества в обществах.

**Нарушение в отношении здоровья** - утрата или изменение структуры или функции организма (анатомической, физиологической, психической) вследствие болезни, травмы или отравления. Не следует нарушение смешивать с понятием «расстройство», например, утрата конечности - это нарушение, а не расстройство.

**Неотложная медицинская помощь** - оперативная выездная первичная или специализированная медицинская помощь, оказываемая по срочным жизненным показаниям.

**Образ жизни** - процесс взаимодействия между условиями жизни и личностными качествами, в том числе знаниями, убеждениями, культурой, воспитанием индивида. Образ жизни социальной группы и/или населения в целом определяется взаимодействием реальных условий жизни (политических, экономических, социальных и пр.) и бытующих среди этой группы или населения в целом традиций, ценностных ориентиров, особенностей культуры.

**Общественное здоровье** - здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием социальных и биологических факторов, оцениваемое демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности.

**Общественное здравоохранение** - наука и конкретная деятельность по охране и укреплению здоровья населения, продлению жизни посредством мобилизации усилий общества и проведения соответствующих организационных мероприятий на различных уровнях.

**Общинное (коммунальное) здравоохранение** - службы охраны здоровья и окружающей среды на местном уровне независимо от того, являются они государственными или частными. Коммунальное здравоохранение рассматривается как общественное здравоохранение в широком смысле, охватывающее проблемы, влияющие и на общее здоровье населения на гигиену окружающей среды, на службу здравоохранения, а также на административное руководство службами медико-санитарной помощи.

**Оздоровление окружающей среды** - деятельность, направленная на смягчение или устранение действия неблагоприятных для здоровья агентов и факторов физической, социальной и эстетической среды природного и техногенного характера, включая химические и биологические агенты, жилищные, производственные и прочие условия.

**Охрана материнства и детства** - система государственных, общественных и медико-социальных мероприятий, обеспечивающих условия для рождения здорового ребенка, всестороннего развития подрастающего поколения, а также предупреждение и лечение болезней у женщин и детей.

**Охрана окружающей природной среды** - система мер, направленных на обеспечение гармоничного взаимодействия общества и природы, сохранение и воспроизводство, рациональное использование природных ресурсов и улучшение качества окружающей среды.

**Охрана среды обитания человека** - совокупность и мер политического, экономического, правового социального, культурного, научного, санитарно-гигиенического и противозидемического характера, направленных на уменьшение и ликвидацию вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье человека.

**Первичная медико-санитарная помощь** - общемедицинская помощь, направленная на лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний преимущественно по месту жительства граждан, а также проведение санитарных, противоэпидемических, профилактических мероприятий, гигиенического обучения, мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства.

**Первичная профилактика** - совокупность мер (деятельность) преимущественно социального характера в по развитию и усилению влияния благотворных для здоровья факторов и ограничению и устранению неблагоприятных для здоровья факторов.

**Планирование здравоохранения** - определение на заданный период времени оптимальных объемов материальных, финансовых и кадровых ресурсов здравоохранения, необходимых для осуществления комплекса взаимосвязанных социально-экономических и медицинских мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и физического развития, повышение трудоспособности, увеличение продолжительности жизни и активного долголетия людей, предупреждение болезней и удовлетворение потребностей населения во всех видах лечебно-профилактической помощи.

**Платная (медицинская) услуга** - вид медицинской помощи, оказываемый на возмездной основе по договору сверх гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи.

**Подверженность риску** - восприимчивость индивида, группы лиц или населения в целом к воздействию какого-либо фактора или ряд факторов, способных оказать неблагоприятное влияния на здоровье; вероятность реализации такого воздействия, его характер и сила, предсказуемых на основе научных данных с использованием математических и эпидемических методов.

**Подушевой норматив** - расчетный показатель минимально необходимой потребности в финансовых средствах на обеспечение государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания одного жителя административной территории.

**Поликлиника** - лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее общую и специализированную амбулаторную помощь прикрепленному населению в установленных объемах.

**Политика в области здравоохранения** - совокупность решений и обязательств по проведению определенного курса действий, ориентированного на реализацию конкретных целей и задач по медико-санитарному обеспечению населения.

**Право граждан на охрану здоровья** - право граждан, которое обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям.

**Профилактика** - система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний на предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

**Смертность** - демографический показатель стояния здоровья, характеризующий процесс убыли населения вследствие смерти.

**Социально значимые заболевания** - заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

**Специализированная медицинская помощь** - второй уровень квалифицированной медицинской помощи, оказываемой врачом-специалистом в специализированных отделениях, больницах и других медицинских учреждениях, оснащенных специальной медицинской техникой и инструментарием и имеющих кадры врачей-специалистов.

**Средний медицинский персонал** - работники, имеющие среднее медицинское образование по специальностям "сестринское, акушерское, лечебное дело" и допущенные к профессиональной деятельности в установленном порядке.

**Третичная профилактика** - совокупность мер по предупреждению обострения уже развившегося заболевания, его перехода в хроническую форму появления нетрудоспособности и инвалидности.

**Укрепление здоровья** - процесс, позволяющий людям повысить контроль над своим здоровьем, а также улучшить его.

**Улучшение здоровья** - положительные изменения основных показателей состояния здоровья индивида, группы населения или населения в целом.

**Управление здравоохранением** - структуры и процессы, посредством которых определяются и эффективно образом осуществляются необходимые для всего общества преобразования с целью профилактики, лечения, реабилитации и укрепления здоровья населения.

**Уровень жизни** - уровень потребления населением материальных и культурных благ и степень удовлетворения потребностей в этих благах на данной стадии развития общества.

**Факторы риска** - потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

**Фельдшер** - медицинский работник с законченным средним специальным образованием, имеющий право самостоятельно оказывать первую медицинскую и доврачебную помощь на фельдшерско-акушерском пункте; помощник врача в лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждениях.

**Частная медицинская практика** - предпринимательская деятельность по оказанию медицинских услуг без образования юридического лица, осуществляемая гражданами, имеющими высшее или среднее медицинское образование.

**Школа общественного здравоохранения** - организационная форма подготовки медицинских и немедицинских специалистов (педагогов, социальных работников, администраторов, журналистов) по проблемам общественного здоровья/здравоохранения, преимущественно на последипломном уровне.

**Экономика здравоохранения** - экономические аспекты деятельности здравоохранения начиная от оценки стоимости услуг и затрат ресурсов до оценки их эффективности.