



Реферат обзора

Узбекистан

Введение

География, экономика и политика

Узбекистан — страна, не имеющая выхода к морю, расположенная в Центральной Азии. Узбекистан входил в состав Советского Союза вплоть до обретения независимости в 1991 г. Политическое устройство — президентская республика, в которой Президент является главой государства и правительства. С 1990 г. Президентом Узбекистана является Ислам Каримов.

После распада Советского Союза Узбекистан пережил тяжелый период, характеризовавшийся спадом развития, после которого экономика лишь начинает постепенно восстанавливаться. В 2006 г. валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения составлял 2247 долл. США (в международных долларах по паритету покупательной способности — ППС) по сравнению с 1511 долл. в 1991 г. В 2003 г. 2% населения страны могли быть отнесены к группе бедных в соответствии с критерием уровня бедности, равным 2 долл. (по ППС) в день. В том же году индекс Джини составлял 36,8 (1), что свидетельствует об умеренной степени неравенства доходов.

Состояние здоровья населения

В 2005 г. население Узбекистана составляло 26,6 млн, 33,2% из которых — дети в возрасте до 15 лет (1). Основная часть населения (63% по данным 2006 г.) проживает в сельской местности. Как и в других странах Средней Азии, официальные показатели младенческой смертности не отражают реального уровня смертности, и как следствие официальная статистика завышает показатели ожидаемой продолжительности жизни. По оценкам, основанным на результатах проведенных исследований, в 2005 г. ожидаемая продолжитель-

ность жизни при рождении составляла 70,7 года для женщин и 64,2 года для мужчин. Оба эти показателя примерно на 2 года ниже ожидаемой продолжительности жизни в 1990 г. (1). По подсчетам показатель младенческой смертности в 2005 г. составлял 57 на 1000 детей, родившихся живыми (1). Официально зарегистрированный показатель материнской смертности в том же году составлял 29,2 на 100 000 живорожденных (2). Основные причины смерти — заболевания системы кровообращения, за ними следуют новообразования и болезни органов дыхания (2). Как и в других странах региона, в последние 15 лет отмечался рост числа случаев туберкулеза и заболеваний, передаваемых половым путем, а также (в последнее время) — увеличение числа людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИДом).

Организационная структура

Историческая справка

В течение советского периода система здравоохранения строилась по модели Н.А. Семашко с централизованным планированием и управлением и ориентацией на количество врачей и

Европейская обсерватория
по системам и политике здравоохранения
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Denmark
Телефон: +45 39 7 7 7
Факс: +45 39 7 8 8
Электронная почта: info@obs.euro.who.int
Сайт в интернете: www.euro.who.int/observatory

больничных коек, а не на качество медицинского обслуживания и результаты лечения. После 1991 г. это наследие, оставшееся с советских времен, продолжало оставаться одним из основных факторов, формирующих политику и практику здравоохранения в Узбекистане в последние годы.

Организационная структура

Высшее звено в иерархической структуре представлено Министерством здравоохранения и прочими учреждениями национального уровня. Министерство здравоохранения — основное учреждение, занимающееся организацией, планированием и управлением системы здравоохранения в Узбекистане. Здесь разрабатываются законы и нормативные акты, регулирующие сектор здравоохранения (на основе указов Президента), устанавливаются стандарты качества и объема медицинских услуг, проводится мониторинг качества оказываемой медицинской помощи, определяются приоритетные направления медицинских исследований, осуществляется наблюдение за состоянием здоровья населения, выдаются лицензии, осуществляются меры по удостоверению соответствия имеющимся стандартам учреждений, оказывающих медицинские услуги, и координируется международная помощь, поступающая в сектор здравоохранения. Министерство здравоохранения также осуществляет оценку результатов проведения в жизнь государственной и министерской политики. Министерство здравоохранения Узбекистана осуществляет руководство и надзор за деятельностью Министерства здравоохранения автономной Республики Каракалпакстан и областных (региональных), городских и районных (местных) органов управления здравоохранением. Медицинские учреждения на областном и районном уровне представляют соответственно второй и третий управленческий и регуляторный уровни системы здравоохранения Узбекистана.

Децентрализация и централизация

В Узбекистане процесс децентрализации происходил постепенно. Административные функции были делегированы областным органам управления здравоохранением, при этом что решения по-прежнему принимались

на государственном уровне. Это означает, что руководители среднего уровня системы здравоохранения (в областных и районных органах управления здравоохранением) являются по сути администраторами, выполняющими поступающие из центра предписания.

Передача полномочий от центрального к местным органам власти в системе в значительной степени отражена в делегировании бюджетных обязательств с государственного уровня на областной при сохранении строгой вертикальной структуры и жестких государственных руководств и нормативов, на которых основываются принимаемые на областном уровне решения (3).

Финансирование здравоохранения

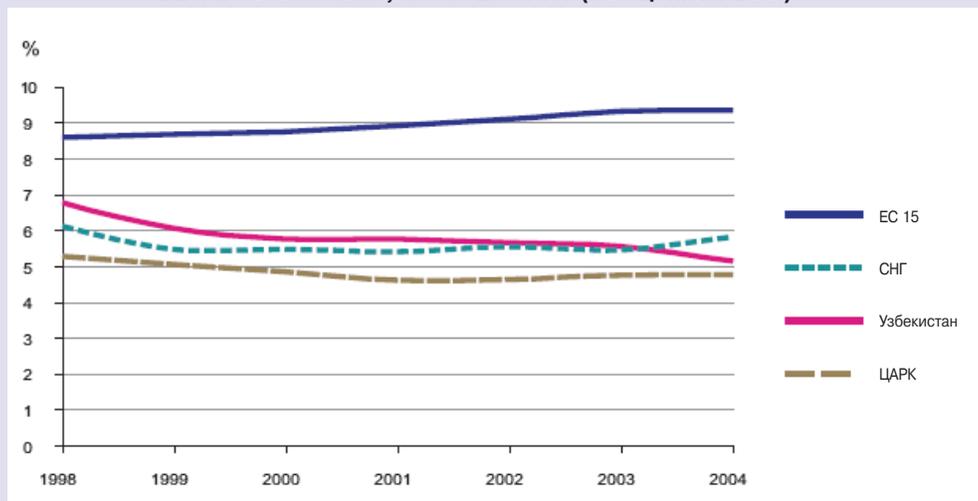
Расходы на здравоохранение

Согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), общие расходы на здравоохранение в 2004 г. составили 5,1% ВВП, что соответствует 160 долл. США (по ППС) на душу населения (рисунок) (2). В советский период практически все расходы на здравоохранение осуществлялись из государственных источников. В переходный период ситуация резко изменилась, что соответствующим образом повлияло на экономическую доступность медицинских услуг для наиболее бедных слоев населения. В 2004 г. государственные расходы составляли, по приблизительным оценкам, 47% общих расходов на здравоохранение, в то время как частные расходы составляли 53% (2).

По данным государственного бюджета, в 2005 г. 66% государственных расходов приходилось на финансирование больниц, 13% — поликлиник и амбулаторий и 8% — на сельские подразделения первичной помощи. Основная доля государственных расходов (86% в 2005 г.) приходилась на областные, районные и городские бюджеты, при этом подушные расходы на здравоохранение существенно варьировались по областям (3).

С целью повышения эффективности использования ограниченных ресурсов в 1996 г. была введена программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицин-

Рисунок. Тенденции в изменении общих расходов на здравоохранение как доли ВВП в Узбекистане, 1998–2004 гг. (по оценкам ВОЗ)



Примечание:

ЦАРК – Республики Центральной Азии и Казахстан;
СНГ – Содружество Независимых Государств;
ЕС 15 – страны, вступившие в ЕС до 1 мая 2004 г.

ской помощи населению. В программу государственных гарантий входят первичная и скорая помощь, помощь при «социально значимых и опасных» заболеваниях, а также специализированная помощь для отдельных групп населения.

Финансовые поступления

Основными источниками финансирования системы здравоохранения Узбекистана являются личные платежи граждан (как формальные, так и неформальные), государственное финансирование (в основном на местном уровне), международные организации, а также (в очень небольшой степени), добровольное медицинское страхование.

Формальные платежи граждан были введены в 1998 г. Расходы на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении также преимущественно покрываются за счет личных средств граждан. Масштаб неформальных платежей неизвестен, однако, по данным оценки уровня жизни, проведенной Всемирным банком в 2003 г., более двух третей обратившихся за медицинской помощью сообщили, что они осуществляли неформальные платежи (4).

Государственное финансирование осуществляется преимущественно за счет различных налогов. Внешние источники финансирования широко используются для поддержки продолжающихся реформ и для укрепления существующей инфраструктуры здравоохранения. При том, что на долю добровольного медицинского страхования, по-видимому, приходится лишь очень небольшая часть расходов на здравоохранение, в последние годы медицинского страхования компании приобретают все большую значимость.

Консолидация и распределение ресурсов

Государство отвечает за обеспечение финансирования специализированных медицинских центров, научно-исследовательских институтов, центров скорой помощи и больниц государственного уровня. Местные органы власти (на областном, районном или городском уровне) отвечают за финансирование всех остальных больниц, подразделений первичной помощи, санитарно-эпидемиологических учреждений и службы скорой помощи на подведомственных им территориях (3). В рамках

продолжающихся реформ первичной помощи происходят объединение средств на финансирование первичной медицинской помощи на областном уровне и их перераспределение между учреждениями первичной помощи на основе единого для области подушевого показателя финансирования.

Платежи

Традиционно сложилось, что подразделения первичной медицинской помощи в сельских районах получали финансирование на основе фиксированных статей бюджета и расходов за истекший период. В настоящее время во всех сельских районах страны вводится новый механизм подушевого финансирования медицинских учреждений первичного звена. В соответствии с этим механизмом подушевые показатели устанавливаются областной администрацией и выделяются сельским подразделениям первичной помощи. В нормативах подушевого финансирования учитываются пол и возраст прикрепленного населения. Аналогичные пилотные проекты по подушевому финансированию в настоящее время внедряются в городских учреждениях первичного звена и поликлиниках. В остальных случаях, как правило, учреждения первичной медицинской помощи в городах, не входящих в пилотный проект, и учреждения санитарно-эпидемиологической службы получают финансирование на основе традиционных перспективных бюджетов, составляемых с учетом расходов в предшествующий период.

Работники государственных медицинских учреждений традиционно получали заработную плату в соответствии со строгими нормативами Министерства финансов, которые не предусматривали каких-либо стимулов для повышения результативности, эффективности и качества медицинской помощи. В последние годы правительство позволило производителям медицинских услуг подходить к вопросам оплаты труда их работников более гибко, шире применяя систему финансовых стимулов. Несмотря на недавнее повышение оплаты труда медицинских работников, их заработная плата остается ниже среднего уровня по экономике в целом; особенно низкие показатели сохраняются в первичном звене здравоохранения.

Планирование и регулирование

В годы советского периода планирование и регулирование происходили под централизованным контролем государства. После получения независимости Министерство здравоохранения Узбекистана взяло на себя ведущую роль в планировании и регулировании здравоохранения. Руководящая роль правительства осуществляется преимущественно на национальном уровне. Региональные органы управления здравоохранением на областном, районном или городском уровнях ответственны за управление медицинскими услугами на подведомственных территориях и за распределение ресурсов между медицинскими учреждениями в соответствии с инструкциями Министерства здравоохранения.

Управленческая структура государственных учреждений здравоохранения не претерпела значительных изменений со времени обретения независимости. Руководителем больницы является главный врач, на которого возложена исключительная ответственность за всю деятельность больницы. В настоящее время проводятся реформы, направленные на укрепление управленческих навыков и повышение гибкости медицинских учреждений.

Узбекистан унаследовал от советского периода обширную систему сбора данных. Однако эта система достаточно фрагментарна и оторвана от повседневных потребностей. Более того, данные официальной статистики по многим показателям, включая показатели младенческой и материнской смертности, не являются полностью надежными. Это частично связано с тем, что по-прежнему используется более ограниченное определение живорожденного ребенка, утвержденное в советское время (3).

Материальные и трудовые ресурсы

Материальные ресурсы

На момент получения независимости Узбекистан унаследовал чрезмерно обширную сеть боль-

ниц. С тех пор показатель коечного фонда больниц снизился более чем вдвое: с 10,9 коек на 1000 населения в 1991 г. до 5,2 на 1000 населения в 2005 г., что приближается к среднему показателю по странам Центральной Азии (таблица) (2).

В настоящее время акцент на первичное звено здравоохранения привел к определенному перераспределению средств — со стационарной на первичную медицинскую помощь. Структура государственной системы первичной медико-санитарной помощи претерпевает комплексное реформирование, в ходе которого пункты первичной помощи в сельских районах и амбулаторные подразделения центральных районных больниц (ЦРБ) становятся основными учреждениями, оказывающими первичную помощь в сельских районах (5).

Трудовые ресурсы

Со времени получения Узбекистаном независимости обеспеченность врачами (физические лица) постоянно снижается: с 343 на 100 000 населения в 1991 г. до 270 врачей в 2005 г. Обеспеченность медицинскими сестрами (физические лица) снизилась лишь незначительно — с 1104 на 100 000 населения в 1991 г. до 1024 медсестер в 2005 г., что значительно превышает средние показатели по Центральной Азии и СНГ (см. таблицу) (2) и может свидетельствовать о недостаточном использовании рабочей силы. Как и в других странах Центральной Азии, отмечаются значительные различия в региональном распределении медицинских работников, т.е. концентрация в городских районах и нехватка в сельских районах.

Подготовка медицинских кадров осуществляется исключительно государственными учебными заведениями, хотя некоторая часть студентов поступает в медицинские учебные заведения и оплачивает обучение на контрактной основе. В настоящее время в стране имеется одна медицинская академия, четыре медицинских института и три региональных филиала медицинских институтов. Подготовка медицинских сестер ведется в 57 профессиональных училищах (колледжах). Высшее сестринское образование появилось лишь недавно и предоставляется в медицинских институтах страны. Учебная программа подготовки магистров общественного здравоохранения была введена в 2001 г. Медицинское образование также подверглось реформированию, и в настоящее время выпускники получают квалификацию врачей общей практики, а не широких специалистов по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, как это было принято в рамках советской модели (3).

Предоставление услуг

За исключением преимущественно приватизированных видов помощи — стоматологической и медикаментозной — большинство услуг здравоохранения по-прежнему предоставляют государственные учреждения.

Общественное здравоохранение

На протяжении советского периода услуги по охране здоровья населения оказывались санитарно-эпидемиологической службой. Эта

Таблица. Отдельные показатели ресурсов здравоохранения (врачи, медицинские сестры, больничные койки) на 100 000 населения на 2005 г. или (в скобках) на последний год, по которому имеются данные

	Количество врачей (физических лиц)	Количество медицинских сестер (физических лиц)	Число больничных коек
Узбекистан	270	1024	431
В среднем по ЦАРК	283	767	525
В среднем по СНГ	372	788	730
В среднем по ЕС 15	336 (2004)	749 (2004)	393 (2004)

Источник: (2).

Примечание:

ЦАРК — Республики Центральной Азии и Казахстан;

СНГ — Содружество Независимых Государств;

ЕС 15 — страны, вступившие в ЕС до 1 мая 2004 г.

служба по-прежнему отвечает за состояние окружающей среды, влияющее на здоровье, за обеспечение безопасности пищевых продуктов и за борьбу с инфекционными заболеваниями (включая контроль за проведением программ иммунизации, осуществляемых на уровне первичного звена здравоохранения). Служба организована по вертикальному принципу с расположением подразделений на государственном, областном и районном уровнях и включает также несколько научно-исследовательских институтов (НИИ) и центров. В 1998 г. была создана отдельная вертикальная структура по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа. Мероприятия по пропаганде здоровья и санитарному просвещению проводятся рядом государственных и негосударственных организаций, включая государственные учреждения первичной помощи. С целью усиления деятельности по пропаганде здоровья и санитарному просвещению в 2001 г. был создан Институт здоровья. На данный момент он имеет 14 областных филиалов, 159 районных и 15 городских центров здоровья (3).

Первичная медико-санитарная помощь

Оказание первичной медико-санитарной помощи различается в сельских и городских районах. В сельских районах первичная помощь традиционно оказывалась на фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), в небольших сельских амбулаториях и поликлинических отделениях ЦРБ. В настоящее время в рамках программы реформирования здравоохранения эта структура заменяется на двухуровневую систему, состоящую из сельских пунктов первичной медико-санитарной помощи и амбулаторных отделений ЦРБ. В городах первичная медико-санитарная помощь и отдельные услуги вторичной помощи оказываются в поликлиниках. В настоящее время они преобразовываются в семейные поликлиники, где первичная медико-санитарная помощь оказывается всем группам населения (а не отдельно взрослым, детям и женщинам, как это было принято раньше). Проведение реформирования первичного звена здравоохранения было начато в рамках пилотных проектов в отдельных областях, а в настоящее время проводится на всей территории государства (5).

Стационарная помощь

В сельских районах вторичная медицинская помощь оказывается в сельских больницах, районных больницах и ЦРБ. В последние годы многие сельские больницы были закрыты. В городских районах вторичная медицинская помощь оказывается в областных и городских больницах. Третичная (высокоспециализированная) помощь оказывается в крупных больницах и НИИ государственного уровня. На областном уровне пациенты с определенными заболеваниями и некоторые группы населения получают лечение в отдельных больницах, включая детские больницы, больницы для больных туберкулезом, больницы для лечения инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, психиатрические больницы и больницы экстренной помощи (3). Согласно новому Указу Президента, принятому в ноябре 2007 г., предполагается реорганизация больничного сектора путем интеграции вертикальных услуг и развития диагностических служб.

Экстренная медицинская помощь

Начиная со времени обретения независимости служба экстренной помощи подверглась существенному реформированию. В особенности это касается экстренной помощи, предоставляемой в больницах. По всей территории страны была организована вертикальная сеть отделений экстренной помощи. В 2004 г. служба экстренной помощи включала в себя центр экстренной помощи в столице, Ташкенте, 12 филиалов и 204 отделения экстренной помощи (3). Планируется, что роль первичного звена значительно увеличится в оказании неотложной помощи пациентам, особенно пациентам с инфарктами и инсультами.

Медикаментозная помощь

После обретения независимости производство и распределение фармацевтических препаратов было практически полностью приватизировано, и государство сохранило преимущественно регулирующие функции. В 1998 г. в Узбекистане был принят государственный формуляр основных лекарственных препаратов. Перечень жизненно важных препаратов основан на модели ВОЗ и содержит более 240 препаратов. Регулирование цен распространяется на 20

наиболее значимых препаратов. Однако этот список препаратов не менялся с 1994 г. (3).

Охрана психического здоровья

Хотя в Узбекистане еще не принята комплексная стратегия охраны психического здоровья, но был предпринят ряд инициатив, направленных на смещение акцентов со стационарной на амбулаторную психиатрическую помощь. В период с 1990 по 2005 г. число психиатрических коек было сокращено примерно вдвое — с 60 до 31 на 100 000 населения, и в настоящее время является одним из наиболее низких в СНГ (2).

Здоровье матери и ребенка

Здоровье матери и ребенка является одним из приоритетов государственной политики в области здравоохранения. После обретения Узбекистаном независимости в стране была осуществлена реструктуризация системы оказания помощи женщинам в период беременности и родов. Родильные отделения в больницах общего профиля были закрыты, и эти службы были переданы на уровень первичного звена либо во вновь создаваемые центральные родильные дома или отделения, предоставляющие все стационарные услуги по материнству и новорожденным для населения, находящегося в зоне обслуживания стационара. Медицинские услуги по охране здоровья матери и ребенка включены в программу государственных гарантий и практически полностью предоставляются учреждениями государственного сектора (3).

Реформы здравоохранения

Реформы здравоохранения в Узбекистане были в значительной степени вызваны сложностью сохранения обширной сети медицинских учреждений при снижении расходов на здравоохранение со стороны государства. Реформы были направлены на повышение эффективности использования имеющихся ресурсов и содействие развитию частного сектора. Первый важный шаг на пути к реформированию сектора здравоохранения Узбекистана был сделан в 1996 г. с принятием Закона «Об охране здоровья граждан».

В 1998 г. за ним последовал Указ Президента о реформировании системы здравоохранения.

На данный момент были предприняты две основные инициативы, направленные на реструктуризацию первичной помощи в Узбекистане. Первая инициатива — проект «Здоровье» (1998—2005 гг., впоследствии названный «Здоровье 1») — была результатом сотрудничества между Всемирным банком и Правительством Узбекистана. Проект позволил опробовать несколько новых механизмов и схем оказания, финансирования и организации первичной помощи в сельских районах. Новые подходы предусматривали создание подразделений врачей общей практики (семейных врачей), введение подшефного принципа финансирования для сельских производителей первичной помощи. Вторая инициатива по реформированию первичного звена включает в себя проект Всемирного банка «Здоровье 2» и «Проект охраны здоровья женщин и детей» Азиатского банка развития (2005—2010 гг.). Они направлены на распространение по всей стране реформ первичной помощи в сельских районах и на внедрение аналогичных преобразований на новых пилотных площадках в городах, а также на внедрение новых подходов к охране здоровья матери и ребенка, общественному здравоохранению и мониторингу и оценке результатов с целью укрепления первичного звена здравоохранения. На местах техническое содействие реализации проектов Всемирного банка осуществляется проектом «ЗдравПлюс», финансируемым Агентством США по международному развитию.

На данный момент реформированию вторичной медицинской помощи уделялось меньшее внимание. Но сейчас уже осуществляются пилотные инициативы по внедрению финансирования больниц на основе пролеченного случая. Реструктуризация службы экстренной помощи явилась одной из основных реформ в области здравоохранения в Узбекистане. Ее успех связан с крупнейшими за последние годы разовыми инвестициями в секторе здравоохранения Узбекистана. Сеть учреждений скорой помощи в настоящее время оснащена значительно лучше, чем другие учреждения здравоохранения в государственном секторе. Кроме того, поскольку услуги по экстренной помощи формально оказываются бесплатно, увеличилось число обращений за экстренной помощью пациентов, которые в противном случае не имели бы доступа к медицинским услугам.

В 2003 г. Указом Президента была начата пилотная программа реформирования исследовательских учреждений третичной помощи. Изначально в качестве пилотных учреждений в реформу третичной помощи были включены: Научный центр урологии, Научный центр хирургии, Научный центр кардиологии и Центр микрохирургии глаза. Эти четыре учреждения были преобразованы в государственные специализированные центры в соответствующих областях. Центры получают смешанное финансирование, состоящее из средств государственного бюджета, собственных доходов и прочих внешних источников (таких, как гранты и спонсорские фонды) (3).

Оценка системы здравоохранения

В Узбекистане в настоящее время проводится реструктуризация сети учреждений первичной медико-санитарной помощи, направленная на улучшение географической доступности качественных услуг первичной помощи. В то же время отмечено снижение доступности стационарной и специализированной помощи, в особенности в сельских районах. В период с 1997 по 2003 г. общий коечный фонд снизился на 50% при уменьшении числа больниц в сельских районах на 50%, а в городских районах — на 20%. Несмотря на то что реформы финансирования привели к формированию программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению, оплата услуг, не включенных в программу, была перенесена на индивидуальных пользователей, поскольку система плательщика третьей стороны в Узбекистане не сформирована. Это привело к снижению доступности услуг, не включенных в программу государственных гарантий, таких как третичная или стационарная помощь, а также медикаментозная помощь при амбулаторном лечении.

Существует единое мнение, что качество медицинской помощи в Узбекистане оставляет желать лучшего, и было предпринято несколько инициатив, направленных на совершенствование клинической практики. Наиболее значимой из них явилось создание Цен-

тра доказательной медицины — первого подобного центра в Центральной Азии. Центром уже разработано несколько клинических руководств, основанных на международных рекомендациях (3).

Выводы

В Узбекистане достигнут значительный прогресс в реструктуризации различных секторов здравоохранения, таких как первичная медико-санитарная помощь, экстренная помощь, а также вторичная и третичная помощь. Тем не менее сохраняется ряд проблем. Одна из них — совершенствование координации между различными уровнями оказания медицинской помощи. Более целостный подход к процессам оказания помощи и программам подготовки кадров в сочетании с совершенствованием управления, в особенности на уровне оказания услуг, позволили бы повысить эффективность деятельности сектора здравоохранения и улучшить состояние здоровья населения. Реформирование финансовых и информационных систем, установление связи между поступающими средствами и результатами деятельности позволили бы более полно реализовать весь потенциал инвестиций, поступающих на различные уровни оказания помощи. Для этого также потребуются: повышение качества, содействовать которому будут развитие и эффективное распространение соответствующих руководств; смещение акцента при подготовке специалистов-медиков с получения фактических знаний на приобретение навыков самообучения; постоянное повышение профессиональной квалификации; медицинские информационные системы, которые позволили бы осуществлять постоянный мониторинг и оценку деятельности с использованием соответствующих индикаторов качества. На настоящий момент реформы системы здравоохранения Узбекистана, возможно, привели к снижению доступности медицинских услуг, не включенных в программу государственных гарантий. Развитие структур, объединяющих финансовые средства и плательщиков третьей стороны, может способствовать увеличению доступности услуг здравоохранения, повышению эффективности и обеспечению равноправия в системе здравоохранения страны.



Реферат обзора

Узбекистан

Библиография

1. Всемирный банк (2007 г.). *Индикаторы мирового развития (World development indicators)*. Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк.
2. Европейское региональное бюро ВОЗ (2007 г.). Европейская база данных «Здоровье для всех» (Health for All) (HFA-DB) (база данных вне Интернета). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (версия на июнь 2007 г.).
3. Ахмедов М., Азимов Р. и др. (2007 г.). *Системы здравоохранения в переходный период: Узбекистан (Health Systems in Transition: Uzbekistan)*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.
4. Всемирный банк (2003 г.). *Оценка уровня жизни в Узбекистане (Uzbekistan living standards assessment)*. Вашингтон, округ Колумбия, Всемирный банк (Отчет № 25923-UZ).
5. Ахмедов М., Речел Б. и др. (2007 г.). Реформа первичного звена здравоохранения в Узбекистане (Primary health care reform in Uzbekistan). *Международный журнал планирования и управления в здравоохранении (International Journal of Health Planning and Management)*, 22(4):301–318.

Благодарности

В написании реферата обзора «Системы здравоохранения: время перемен. Узбекистан» принимали участие: Мохир Ахмедов, Равшан Азимов (Школа общественного здравоохранения, Ташкент), Василя Алимova (Министерство здравоохранения) и Бернд Речел (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Реферат основан на данных, имеющихся на ноябрь 2007 г. Данный реферат обзора основывается на полном издании обзора по Узбекистану, написанного Мохиром Ахмедовым, Равшаном Азимовым, Василей Алимовой и Берндом Речелом. Научным руководителем, ответственным за подготовку этого обзора, был Мартин Мак-Ки (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения).

Обсерватория выражает благодарность Бруно Буше, Питеру Кэмпбеллу, Сабрате Рут и Мартине Пеллни за рецензирование.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, Правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.