

Системы здравоохранения: время перемен

Том 9 № 3 2007

Узбекистан

Обзор системы здравоохранения

Мохир Ахмедов • Равшан Азимов
Василя Алимова • Бернд Речел

Редактор: Бернд Речел

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Редакционная коллегия

Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство, и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редакторы

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия
Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство, и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Ричард Солтман, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Сара Аллин, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Ольга Авдеева, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения
Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания
Рифат Атун, Лондонский Королевский колледж, Соединенное Королевство
Йохан Каллторп, Шведская Ассоциация местных властей и регионов, Швеция
Армин Фидлер, Всемирный банк
Коллин Флад, Университет Торонто, Канада
Петер Гаал, Университет Земмельвейса, Венгрия
Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения, Финляндия
Уильям Хсяо, Гарвардский университет, США
Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания
Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ
Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Корея
Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада
Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия
Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада
Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство
Ната Менабде, Европейское региональное бюро ВОЗ
Эллен Нолте, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство
Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия
Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США
Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция
София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия
Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия
Питер К. Смит, Университет Йорка, Соединенное Королевство
Уайнанд П.М.М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды
Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:

Мохир Ахмедов

Равшан Азимов, Школа общественного здравоохранения, Ташкент

Василя Алимова, Министерство здравоохранения, Ташкент

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редактор:

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Узбекистан:

обзор системы здравоохранения

2007



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 экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ
РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организа-
ция и управление
УЗБЕКИСТАН

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций 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 можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/PubRequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике 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 пока нет полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. Во избежание ошибок и пропусков названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае 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 Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Ссылка на исходный документ:

Ahmedov M., Azimov R., Alimova V., Rechel B. Uzbekistan: Health System Review. Health Systems in Transition, 2007; 9(3): 1–210.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xi
Аннотация	xv
Основные положения	xvii
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	4
1.3 Политика	4
1.4 Состояние здоровья населения	7
2. Организационная структура	25
2.1 Обзор системы здравоохранения	25
2.2 Историческая справка	28
2.3 Организационная структура	32
2.4 Децентрализация и централизация	40
2.5 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения	42
3. Финансирование	49
3.1 Расходы на здравоохранение	50
3.2 Охват населения услугами здравоохранения и права пациентов на получение этих услуг	61
3.3 Сбор и источники финансовых средств	66
3.4 Объединение финансовых ресурсов	78
3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками	86
3.6 Механизмы оплаты	89
4. Планирование и регулирование	95
4.1 Регулирование	96
4.2 Планирование и управление медицинской информацией	106

5.	Материальные и трудовые ресурсы	117
5.1	Материальные ресурсы	117
5.2	Трудовые ресурсы	130
6.	Предоставление медицинских услуг	155
6.1	Общественное здравоохранение	155
6.2	Маршрут пациента в системе здравоохранения	161
6.3	Первичная/амбулаторная медицинская помощь	162
6.4	Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь	171
6.5	Скорая и неотложная медицинская помощь	176
6.6	Медикаментозная помощь	178
6.7	Реабилитационная медицинская помощь	184
6.8	Долговременная помощь	185
6.9	Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными.	185
6.10	Охрана психического здоровья	186
6.11	Стоматологическая помощь	189
6.12	Дополнительная и альтернативная медицина	195
6.13	Медицинское обслуживание отдельных групп населения.	196
6.14	Охрана здоровья матери и ребенка	196
7.	Основные реформы в области здравоохранения	203
7.1	Анализ последних реформ	203
8.	Оценка системы здравоохранения	239
8.1	Задачи системы здравоохранения	239
8.2	Доступность медицинской помощи	241
8.3	Вопросы равноправия	246
8.4	Качество медицинской помощи	247
8.5	Эффективность системы здравоохранения	249
9.	Заключение	257
10.	Приложения	261
10.1	Библиография	261
10.2	Полезные ссылки	270
10.3	Основные законодательные акты	271
10.4	Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен».	274
10.5	Сведения об авторах	277

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается; он не является жестким и позволяет авторам составить обзор с учетом конкретных особенностей своей страны. Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;

- предоставить руководителям и аналитикам разных стран возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других организаций. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: info@obs.euro.who.int

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: www.euro.who.int/observatory. Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Узбекистану составили Мохир Ахмедов, Равшан Азимов (Школа общественного здравоохранения, Ташкент), Василя Алимова (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан) и Бернд Речел (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), который был также редактором обзора. Научным руководителем, ответственным за подготовку этого обзора, является Мартин Мак-Ки.

Важнейший вклад в подготовку различных разделов обзора внесли Бахтиёр Хашимов, Ахрор Яркулов, Зулхумор Муталова, Парахат Менликулов, Клара Ядгарова и Сабрата Рут. Авторы выражают особую благодарность первому заместителю министра здравоохранения Узбекистана Абдухакиму Хаджибаеву и начальнику Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Шухрату Хашимову за оказанную ими помощь и поддержку в сборе данных и ценные замечания, сделанные в процессе чтения рукописи.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает благодарность Бруно Буше (Всемирная организация здравоохранения), Питеру Кэмпбеллу (проект ЮСЭЙД «ЗдравПлюс»), Джеку Лангенбруннеру (Всемирный банк) и Сабрате Рут (проект ЮСЭЙД «ЗдравПлюс») за критический анализ обзора, а также Министерству здравоохранения Республики Узбекистан за любезно оказанную поддержку в его подготовке.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. 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.

Коллективом Обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе.

Производственный процесс и техническое редактирование обзора осуществлены под руководством Джованны Серони и Джонатана Норта при поддержке Николь Саттерли, а также Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка). Административными вопросами занималась Кэролайн Уайт.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений о системе здравоохранения Болгарии, отраженных в Европейской базе данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы, а также Всемирному банку — за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Данный обзор и приведенные в нем сведения характеризуют ситуацию, сложившуюся в стране к маю 2007 года.

Список сокращений

CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний (США)
DFID	Министерство международного развития Великобритании
DHS	Обследования демографических характеристик и состояния здоровья
HINARI	Инициатива по обеспечению доступа к результатам исследований в области здравоохранения посредством Интернета
JICA	Японское агентство международного сотрудничества
KfW	Германский банк реконструкции и развития
MICS	Кластерное исследование с множественными показателями
NICE	Национальный институт качества медицинской помощи (Великобритания)
UNES	Исследование по изучению здравоохранения в Узбекистане
UNIC	Национальная компания импортно-экспортного страхования «Узбекинвест»
АКДС	Комбинированная вакцина против дифтерита, коклюша и столбняка
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ/СПИД	Вирус иммунодефицита человека/Синдром приобретенного иммунодефицита
ВНП	Валовой национальный продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГАУП	Глобальный альянс по улучшению питания
ДОТС	Лечение под непосредственным наблюдением, короткий курс
ЕМВ	Единица местной валюты

ЕС	Европейский союз
ЕС 15	Страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 года
ЕС 25	Страны, являющиеся членами ЕС после его расширения в мае 2004 года
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
ИТ	Информационные технологии
КСГ	Клинико-статистические группы
МАГАТЭ	Международное агентство по атомной энергии
МВФ	Международный валютный фонд
МДС	Многопрофильная частная клиника
НДС	Налог на добавленную стоимость
НИИ	Научно-исследовательский институт
НКП	Надлежащая клиническая практика
ННГ	Новые независимые государства
НПО	Неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ЦАРК	страны Центральной Азии и Казахстан
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СВП	Сельский врачебный пункт
СНГ	Содружество Независимых Государств
СУБ	Сельская участковая больница
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦРБ	Центральная районная больница
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД
ЮСЭЙД	Агентство США по международному развитию

Список таблиц и рисунков

Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели, 1970–2005 гг.	3
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1995–2005 гг.	5
Таблица 1.3	Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1970–2005 гг.	11
Таблица 1.4	Коэффициенты смертности по причинам смерти, на 100 000 населения, 2002 г.	12
Таблица 1.5	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, 2000–2002 гг.	14
Таблица 1.6	Процент детей в возрасте 12–23 месяцев, привитых против детских инфекций, 2000 г. (%)	17
Таблица 1.7	Число разрушенных, удаленных или запломбированных зубов у детей в возрасте 12 лет	17
Таблица 1.8	Распространенность анемии среди женщин на 1000 населения, впервые выявленные случаи, 1999 и 2000 гг.	19
Таблица 1.9	Потребление алкоголя в Узбекистане и некоторых других странах (в литрах чистого спирта на душу населения в год)	23
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение, 1994–2005 гг.	52
Таблица 3.2	Расходы на здравоохранение (млн сумов), государственный бюджет 2003 г.	55
Таблица 3.3	Расходы на здравоохранение (млн сумов), государственный бюджет 2004 г.	55
Таблица 3.4	Расходы на здравоохранение (млн сумов), государственный бюджет 2005 г.	56
Таблица 3.5	Государственные расходы на здравоохранение с разбивкой по видам деятельности, в млн сумов, 1999–2005 гг.	58

Таблица 3.6	Государственные расходы на здравоохранение как доля общих расходов на здравоохранение, с разбивкой по видам деятельности, 1999–2005 гг.	58
Таблица 3.7	Государственные расходы на оказание медицинской помощи с разбивкой по источникам финансирования, в млн сумов, 1999–2005 гг.	59
Таблица 3.8	Государственные расходы на оказание медицинской помощи как доля общих расходов на здравоохранение, с разбивкой по источникам финансирования, 1999–2005 гг.	59
Таблица 3.9	Перечень льготных категорий лиц, медицинская помощь которым оказывается республиканскими специализированными центрами за счет средств государственного бюджета	64
Таблица 3.10	Группы пациентов и категории населения, имеющие право на бесплатное питание в государственных стационарных медицинских учреждениях	71
Таблица 3.11	Доля платных услуг и платного питания в стационарах в общих государственных расходах на здравоохранение, в млн сумов и в %, 1999–2005 гг.	73
Таблица 3.12	Примеры неофициальных наличных платежей, в сумах	75
Таблица 3.13	Распределение населения, оплачивающего медицинские услуги, по группам доходов	76
Таблица 3.14	Крупные завершённые международные проекты и программы в секторе здравоохранения	79
Таблица 3.15	Крупные международные проекты и программы в секторе здравоохранения, находящиеся в стадии подготовки или реализации	81
Таблица 3.16	Финансирование здравоохранения: распределение функций между органами государственной власти различных уровней	83
Таблица 5.1	Расходы на бесплатное лекарственное обеспечение льготных категорий населения, в тыс. сумов и в %, 2003–2005 гг.	131
Таблица 5.2	Число медицинских работников на 1000 населения, 1980–2005 гг.	134
Таблица 7.1	Основные реформы и инициативы в области здравоохранения	205

Таблица 7.2	Некоторые показатели, выявленные в результате оценки учреждений первичного звена в 1999 и 2004 гг.	213
Таблица 7.3	Распределение объемов работ по проекту	223
Таблица 7.4	Целевые показатели проекта Всемирного банка «Здоровье II»	228
Таблица 7.5	Целевые показатели проекта Азиатского банка развития «Здоровье матери и ребенка»	232

Рисунки

Рис. 1.1	Карта Узбекистана	2
Рис. 1.2	Официальные показатели продолжительности жизни в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1971–2005 гг.	9
Рис. 1.3	Официальные данные и оценки ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1990–2005 гг.	10
Рис. 1.4	Официальная статистика материнской смертности на 100 000 живорожденных в Узбекистане, ЕС 15, СНГ и ЦАРК, 1980–2005 гг.	18
Рис. 1.5	Заболееваемость туберкулезом на 100 000 населения в Узбекистане, ЕС 15, СНГ и ЦАРК, 1980–2004 гг.	22
Рис. 2.1	Структура системы здравоохранения	27
Рис. 2.2	Структура Министерства здравоохранения	35
Рис. 2.3	Структура областных органов здравоохранения	41
Рис. 3.1	Движение финансовых потоков в узбекской системе здравоохранения	51
Рис. 3.2	Расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%), в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)	53
Рис. 3.3	Динамика расходов на здравоохранение, выраженных как доля ВВП (%), в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1998–2005 гг. (оценка ВОЗ)	54
Рис. 3.4	Государственные расходы на медицинское обслуживание населения с разбивкой по видам помощи (в %), 1999–2005 гг.	57
Рис. 3.5	Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения, по областям, в % от среднего, 2003 г.	60

Рис. 3.6 Оценка уровня месячной оплаты труда медицинских работников в результате реформ 2006 года	94
Рис. 5.1 Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1990–2005 гг.	119
Рис. 5.2 Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в Узбекистане, странах СНГ и некоторые средние показатели, 1990 и 2005 гг. (год указан в скобках)	120
Рис. 5.3 Число коек в психиатрических больницах на 100 000 населения, 1990–2005 гг.	121
Рис. 5.4 Число врачей на 1000 населения в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1990–2005 гг. (в эквиваленте полной занятости)	133
Рис. 5.5 Число стоматологов на 1000 населения в Узбекистане, СНГ и ЦАРК, 1990–2005 гг. (в эквиваленте полной занятости)	135
Рис. 5.6 Число фармацевтов на 1000 населения в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1990–2005 гг.	137
Рис. 5.7 Число медсестер на 1000 населения в Узбекистане, СНГ и ЦАРК, 1990–2005 гг. (в эквиваленте полной занятости)	138
Рис. 5.8 Система образования в Узбекистане	141
Рис. 6.1 Структура системы санитарно-эпидемиологического надзора	158
Рис. 6.2 Число амбулаторных посещений на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)	166
Рис. 6.3 Виды больниц в городах и сельской местности	172
Рис. 6.4 Организационная структура Главного управления контроля качества лекарственных средств и изделий медицинской техники	180
Рис. 7.1 Многоступенчатая (советская) и двухступенчатая (новая) формы первичной медико-санитарной помощи	210
Рис. 7.2 Объем финансирования первичного звена как доля в общем районном бюджете здравоохранения Ферганской области, 1999–2004 гг.	220
Рис. 8.1 Производственный процесс в системе здравоохранения	252

Аннотация

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роль основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процессы подготовки и реализации реформ здравоохранения и содержание этих реформ, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

Со времени провозглашения независимости в 1991 г. система здравоохранения Узбекистана претерпела ряд существенных изменений. Несмотря на то что в стране достигнуты определенные успехи в области реорганизации – особенно в секторе первичной медико-санитарной помощи, – одной из серьезных проблем по-прежнему остается вопрос координации деятельности различных звеньев системы здравоохранения. Важным элементом реформ было введение программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению. Однако для большинства населения эта программа не включает ряд важнейших услуг, в том числе услуг вторичной и третичной медицинской помощи и лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении. Это породило много проблем, одной из которых является увеличение нагрузки на службу экстренной помощи, которая относительно хорошо оснащена и ее

услуги являются официально бесплатными. По-видимому, за последние годы вторичная и третичная медицинская помощь в стране стала менее доступна, и одним из серьезных препятствий к доступу к медицинской помощи и лекарствам, в особенности для малоимущих групп населения, являются официальные и неофициальные личные платежи граждан. Кроме того, в разных регионах страны имеют место существенные различия в уровне расходов на здравоохранение в расчете на душу населения, и многие сельские лечебные пункты испытывают дефицит кадров. Другой серьезной проблемой узбекской системы здравоохранения является качество медицинского обслуживания; первые инициативы по его улучшению находятся в настоящее время в стадии реализации.

Основные положения

Со времени провозглашения независимости в 1991 г. система здравоохранения Узбекистана претерпела ряд существенных изменений. Несмотря на ряд проведенных в стране проектов и программ в области здравоохранения, отсутствует целостный документ, отражающий современное положение дел и оценку деятельности системы здравоохранения Узбекистана. Цель данного документа состоит в том, чтобы описать систему здравоохранения Узбекистана в соответствии с разработанным Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения форматом обзоров «Системы здравоохранения: время перемен».

В первой главе представлен краткий обзор узбекской системы здравоохранения в условиях экономики переходного периода с учетом изменения показателей в области демографии, политики и состояния здоровья населения. Кроме того, в этой главе описаны последние изменения политической системы страны, в том числе создание двухпалатного парламента. Далее рассматриваются вопросы состояния здоровья населения, приводится ряд показателей состояния здоровья, таких как смертность по причинам, заболеваемость и распространенность некоторых инфекционных болезней.

Вторая глава содержит описание организационной структуры узбекской системы здравоохранения. Она начинается с обзора системы здравоохранения и ключевых этапов ее развития (при этом особое внимание уделено советскому периоду), после чего приводится краткая характеристика общего курса реформ. Затем следует описание нынешней организационной структуры государственной систе-

мы здравоохранения, которая в области предоставления медицинской помощи населению является доминирующей, поскольку сектор частных медицинских услуг в Узбекистане пока что находится на этапе своего становления. Глава завершается описанием прав и возможностей пациентов.

Третья глава посвящена вопросам финансирования. Она дает общее представление о расходах и источниках поступлений средств на здравоохранение в Узбекистане. Несмотря на то что главным источником финансирования здравоохранения в стране является система общего налогообложения (бюджеты), в последние годы появились и новые источники, в том числе личные платежи граждан за оказанные медицинские услуги, добровольное медицинское страхование и средства международной помощи. В конце главы приводится описание ведомств, занимающихся объединением и распределением средств внутри системы, фокусируясь в основном на механизмах распределения и возмещения затрат в государственном секторе, поскольку частные производители медицинских услуг практически не получают государственного финансирования.

В четвертой главе рассматриваются вопросы регулирования. Поскольку деятельность частного сектора здравоохранения почти не регулируется, то основное внимание уделено нормативно-правовой базе деятельности государственного сектора здравоохранения на трех его уровнях: общенациональном, местном и на уровне отдельного поставщика. Оценки медицинских технологий как метод регулирования пока что находятся на ранней стадии своего развития. Ключевую роль в вопросах регулирования здравоохранения играют информационные системы; в настоящее время информационная база здравоохранения Узбекистана складывается из пяти отдельных информационных систем и продолжает развиваться в направлении количественного планирования и реализации контрольных функций государственных органов здравоохранения. В данной главе содержится описание основной системы сбора данных, которая находится в ведении Института «Здоровье», и схемы государственного финансирования научных исследований, которая после 2002 г. претерпела существенные изменения.

В пятой главе содержится описание материально-технических ресурсов здравоохранения Узбекистана. Приведена структура капитальных вложений, дана информация об использовании информационных технологий (ИТ) в секторе здравоохранения. В 2002 г. компьютеры были лишь у 0,3% населения, и Интернетом пользова-

лись всего 55 000 человек. Но так как Интернет и другие информационные технологии становятся все более доступными, то ситуация в этой области меняется очень быстро. Правительство оказывает содействие в более широком распространении ИТ. Так, к сентябрю 2006 г. в стране насчитывалось уже 1,4 млн пользователей Интернета (т. е. в 30 раз больше по сравнению с 2002 г.) и около 2 млн владельцев мобильных телефонов (это в 20 раз больше, чем в 2002 г.) (УзА, 2006b; Информационно-коммуникационные технологии Узбекистана, 2006). Далее в этой главе приводится описание схемы закупок медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и медикаментов, которые различными путями поступают в государственный и частный секторы. Завершается глава описанием основных тенденций в секторе трудовых ресурсов, сведениями о подготовке медицинских кадров (врачей, медсестер, фармацевтов и стоматологов) и схемой регистрации и лицензирования.

Шестая глава посвящена вопросам предоставления медицинских услуг. В ней дается подробная информация о службе санитарно-эпидемиологического контроля, первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, лекарственном обеспечении, психиатрической помощи, охране здоровья матери и ребенка и стоматологической помощи. Рассмотрены такие вопросы, как схема предоставления медицинской помощи в государственном и частном секторах, процессы выдачи направлений, маршруты пациента в системе здравоохранения и качество медицинской помощи.

В седьмой главе представлены основные направления реформ узбекской системы здравоохранения. Новое видение узбекского сектора здравоохранения отражено в двух ключевых документах: в Законе Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» (Республика Узбекистан, 1996) и в Указе Президента «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» (Президент Республики Узбекистан, 1998). Дальнейшие инициативы правительства были направлены на достижение целей, изложенных в этих двух основополагающих документах. После подробного описания основных положений этих документов следует анализ процесса реформ в секторах первичной, вторичной и третичной медицинской помощи.

Системы здравоохранения можно оценивать по целому ряду показателей и критериев. И хотя ни одна из систем здравоохранения не может быть лучшей по всем критериям и показателям, проведение

регулярных оценок может помочь направлять ресурсы или усилия именно в те области, которые более всего нуждаются в улучшениях. В главе 8 дается оценка системы здравоохранения Узбекистана на основании таких критериев, как доступность медицинской помощи и охват населения медицинским обслуживанием, обеспечение равноправия, а также структурная и экономическая эффективность.

Доступ и охват населения медицинским обслуживанием можно оценивать с точки зрения географической и финансовой доступности и качества предоставляемых медицинских услуг. В настоящее время в Узбекистане идет реорганизация сети учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), результатом которой должно стать улучшение географической доступности качественной ПМСП для всех слоев населения. Вместе с тем менее доступными стали стационарная и специализированная медицинская помощь, особенно в сельской местности. За период с 1997 по 2003 г. общий конечный фонд был сокращен на 50%, при этом число больниц в сельской местности уменьшилось наполовину, а в городах – на 20%. И хотя благодаря реформам финансирования была определена программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению, затраты за услуги, не вошедшие в эту программу, были перенесены на их потребителей, поскольку в Узбекистане отсутствует система плательщиков третьей стороны. Из-за этого доступ к услугам, не вошедшим в программу государственных гарантий, ухудшился; в частности, это касается высокоспециализированной и стационарной медицинской помощи и лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении.

Далее рассматриваются вопросы обеспечения вертикального и горизонтального равноправия в здравоохранении и анализируется эффективность распределения ресурсов, уровень которой в государственном и частном секторах и в различных звеньях здравоохранения различен. Если в государственном секторе распределение ресурсов производится на основании соответствующих руководств и протоколов, то в частном определяющими факторами являются рыночные силы, т. е. спрос и платежеспособность населения. Глава заканчивается анализом количественного и качественного аспектов экономической эффективности системы здравоохранения. Следует отметить, однако, что в Узбекистане, как и во многих других странах этого региона, не хватает данных об эффективности служб и систем здравоохранения, поэтому выводы здесь надо делать с определенной осторожностью.

В заключительной главе обзора говорится о тех проблемах, которые стоят перед узбекской системой здравоохранения в настоящее время. Несмотря на то, что страна добилась определенных успехов в области реорганизации различных звеньев медицинского обслуживания, – в частности, первичной медико-санитарной помощи, экстренной помощи, а также вторичной и третичной медицинской помощи, – одной из серьезных проблем по-прежнему остается координация деятельности на различных уровнях. При наличии более целостного подхода к организации процессов оказания медицинской помощи и программ подготовки медицинских кадров можно повысить эффективность функционирования системы здравоохранения и улучшить показатели состояния здоровья населения. Для того чтобы в полной мере реализовать весь потенциал инвестиций, которые произведены в систему здравоохранения, необходимы реформа финансирования и создание единой информационной системы здравоохранения. Решающими факторами для полной реализации потенциала инвестиций, сделанных в различные уровни и сектора системы здравоохранения, являются реформы финансирования и информационных технологий, направленные на обеспечение взаимосвязи ресурсов и показателей деятельности. Потребуется также повысить качество медицинского обслуживания на всех уровнях, чему должны способствовать разработка и распространение соответствующих руководств, переход в медицинском образовании от теоретических знаний к навыкам самообразования, постоянное повышение профессиональной квалификации медицинских работников, углубленное изучение английского языка, а также разработка и внедрение информационных систем здравоохранения, которые позволят проводить непрерывный мониторинг и оценку соответствующих показателей качества. В настоящее время проводимые в здравоохранении Узбекистана реформы привели к снижению доступности для населения медицинской помощи, не входящей в программу государственных гарантий. Внедрение новых схем объединения финансовых средств и системы плательщиков третьей стороны будут способствовать повышению доступности медицинской помощи и эффективности функционирования сектора здравоохранения, а также обеспечению принципа справедливости.

1. Введение

1.1. География и социодемография

Узбекистан – не имеющее выхода к морю государство, расположенное в центральной и северо-западной частях Средней Азии (см. рис. 1.1). На севере и северо-востоке граничит с Казахстаном, на западе и юго-западе – с Туркменистаном, на юге – с Афганистаном, на востоке – с Таджикистаном и Кыргызстаном. Страна занимает территорию в 447 400 кв. км. Рельеф – песчаные пустыни, орошаемые долины рек и горы. Климат континентальный, с длинным сухим и жарким летом и короткой мягкой зимой.

По сравнению с 1970-ми гг. население Узбекистана увеличилось более чем вдвое. По последним оценкам, общая численность населения страны составляет 27 млн человек (UNFPA, 2006). При этом зарегистрированные в 1970-х гг. высокие темпы роста населения постепенно снижались и в 2005 г. были на уровне всего 1,5%. Прежде всего это может быть обусловлено снижением коэффициентов рождаемости и фертильности, поскольку коэффициенты смертности немного уменьшились. В результате снижения темпов роста населения изменились демографическая структура и коэффициент демографической нагрузки. Доля населения в возрасте 0–14 лет сократилась с 45% в 1970 г. до 33,2% в 2005 г., а коэффициент демографической нагрузки за этот же период снизился на 40%.

Несмотря на это, в Узбекистане не наблюдается той нагрузки на систему здравоохранения, которая имеет место в странах Западной Европы в связи со старением населения. Доля населения в возрасте старше 65 лет сократилась с 5,9% в 1970 г. до 4,7% в 2005 г. Но в

Рис. 1.1. Карта Узбекистана



Источни́к: United Nations Cartographic Section, 2007.

целом демографические тенденции предполагают в долгосрочной перспективе старение населения Узбекистана (см. табл. 1.1).

Узбекистан является многонациональным государством. По оценкам 1996 г., 80% населения составляют этнические узбеки, 5,5% – русские, 5% – таджики, 3% – казахи, 2,5% – каракалпаки, 1,5% – татары, 2,5% – другие этнические группы (CIA, 2006). Можно предположить, что с того времени этнический состав населения Узбекистана изменился в связи со значительными потоками эмигрантов – в особенности это касается русскоязычного населения.

Большинство населения страны исповедует ислам (88%, в основном сунниты). В Узбекистане представлены также следующие религиозные общины: православная (9%) и иудейская (3%) (CIA, 2006). Большая часть населения (63%) проживает в сельской местности (CIA, 2006; Республика Узбекистан, 2007b).

Таблица 1.1. Демографические показатели, 1970–2005 гг.

	1970	1980	1990	2000	2003	2004	2005
Коэффициент демографической нагрузки (соотношение общего числа иждивенцев, измеряемого количеством населения нетрудоспособного возраста, к населению трудоспособного возраста)	1,0	0,8	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	–	33,9	33,7	22,2	–	–	19,9
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	–	7,5	6,1	6,1	–	–	6,4
Общий коэффициент фертильности (кол-во рождений на одну женщину)	5,6	4,8	4,1	2,6	2,3	2,3	2,2
% населения в возрасте 0–14 лет	45,2	40,9	40,9	37,2	34,8	34,0	33,2
% населения в возрасте 65 лет и старше	5,9	5,1	4,0	4,3	4,6	4,7	4,7
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)	28,1	37,5	48,2	57,9	60,1	60,8	61,5
Рост населения (%)	3,1	2,6	2,4	1,0	1,2	1,2	1,2
Общая численность населения (млн человек)	12,0	16,0	20,5	24,7	25,6	25,9	26,6

Источник: World Bank, 2007.

1.2. Экономика

Экономика Узбекистана ориентирована преимущественно на сферу услуг и сельское хозяйство; вклад промышленности в валовой внутренний продукт (ВВП) незначителен. Несмотря на отсутствие выхода к морю и засушливый климат, 11% территории страны занимают интенсивно возделываемые орошаемые речные долины. Узбекистан является вторым по величине мировым экспортером хлопка, крупным поставщиком золота и нефти и одним из ведущих в регионе производителей продукции химической и машиностроительной отраслей.

После обретения независимости большое внимание стало уделяться развитию промышленности. В стране был взят курс на самодостаточность страны в вопросах обеспечения энергией, зерновыми культурами и рядом других важнейших ресурсов. Правительство субсидирует текстильную и автомобильную промышленность, а также многие другие отрасли.

После распада Советского Союза ВВП Узбекистана резко упал. В период 1995–1999 гг. произошло постепенное восстановление его уровня, после чего, в 1999–2002 гг., ВВП снова снизился почти на 40%. Затем ВВП опять начал медленно расти (УзА, 2006а). В таблице 1.2 представлены некоторые макроэкономические показатели за период 1995–2005 гг.

1.3. Политика

В Конституции 1992 г. Узбекистан провозглашен демократической республикой с разделением государственной власти на три ветви: исполнительную, законодательную и судебную (Республика Узбекистан, 1992). Административное деление: 12 областей (вилоятов), одна автономная республика (Каракалпакстан) и один административный центр – столица страны г. Ташкент (СИА, 2006; Республика Узбекистан, 1992). Главой государства является президент, который избирается всеобщим голосованием на срок семь лет. Президент может быть избран максимум на два срока. Действующим президентом страны является Ислам Каримов. Он занял этот пост в марте 1990 г., будучи избранным Президентом Узбекской ССР на сессии Верховного Совета Узбекской ССР. Последние президентские выборы прошли в январе 2000 г., когда президент Каримов был вновь избран на этот пост, набрав 91,9% голосов.

Таблица 1.2. Макроэкономические показатели, 1995–2005 гг.

	1995	1997	1999	2001	2003	2004	2005
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве (% ВВП)	32,3	32,2	33,5	34,0	33,1	30,8	28,1
Добавленная стоимость в промышленности (% ВВП)	27,8	26,1	24,3	22,6	23,5	26,0	28,7
Добавленная стоимость в сфере услуг (% ВВП)	39,9	41,7	42,2	43,4	43,4	43,3	43,2
ВВП, млрд долл. США, по текущему обменному курсу	13,4	14,8	17,1	11,4	10,1	12,0	14,0
ВВП на душу населения, долл. США, в постоянных ценах 2000 г.	1 341	1 381	1 457	1 540	1 630	1 735	1 835
ВВП на душу населения по ППС, долл. США, по текущему обменному курсу	1 235	1 318	1 426	1 577	1 733	1 893	2 063
ВВП, по ППС, млрд долл. США, по текущему обменному курсу	28,1	31,2	34,8	39,4	44,3	49,0	54,0
Рабочая сила, всего (млн человек)	8,5	9,0	9,6	10,1	10,7	11,0	11,3
Официальный обменный курс (ЕМВ к долл. США, среднее за период)	29,8	62,9	124,6	–	–	–	–
Краткосрочный долг, % внешнего долга	11,8	14,5	12,7	10,3	4,5	3,7	0,9

Источник: World Bank, 2007.

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт, ППС – паритет покупательной способности, ЕМВ – единица местной валюты.

Высшим государственным представительным органом страны является парламент Республики Узбекистан (Олий Мажлис), который осуществляет законодательную власть. Олий Мажлис избирается на срок пять лет и состоит из двух палат:

- верхняя палата, или сенат, в состав которой входит 100 депутатов, из них 84 избираются областными органами государственной власти (по 6 человек от каждой области), а 16 назначаются президентом;
- нижняя палата, или Законодательная палата, в состав которой входит 120 депутатов, избираемых всеобщим голосованием (Республика Узбекистан, 1992).

В настоящее время в Узбекистане официально зарегистрировано пять политических партий. По результатам последних выборов в Законодательную палату парламента, которые состоялись в декабре 2004 г., места распределились следующим образом (СИА, 2006):

- Либерально-демократическая партия Узбекистана – 41 место;
- Национально-демократическая партия – 32 места;
- Национально-демократическая партия «Фидокорлар» («Самоотверженные») – 17 мест;
- Демократическая партия «Национальное возрождение» – 11 мест;
- Социал-демократическая партия «Адолат» («Справедливость») – 9 мест;
- независимые депутаты – 10 мест.

Исполнительная ветвь власти представлена Кабинетом министров, в состав которого входят премьер-министр, его заместители, министры, председатели государственных комитетов, руководители других органов государственного и хозяйственного управления, а также председатель Совета министров Автономной республики Каракалпакстан.

Премьер-министра назначает президент. Это назначение подлежит одобрению со стороны обеих палат парламента. Остальных членов Кабинета министров назначает премьер-министр; в свою очередь, эти назначения подлежат одобрению президентом. Формально Кабинет министров возглавляет премьер-министр; Кабинет министров подотчетен президенту и парламенту (Республика Узбекистан, 1992).

Представительными органами власти в областях являются выборные советы, возглавляемые губернаторами (хокимиами). Губернаторы областей и губернатор г. Ташкента назначаются президентом; эти назначения подлежат одобрению со стороны областных советов. Губернаторы районов и городов в каждой области назначаются губернатором соответствующей области; эти назначения подлежат одобрению местными (районными или городскими) советами. Выборы в областные, районные и городские советы производятся путем всеобщего голосования. Губернаторы областей, районов и городов являются высшими органами власти соответствующих территориальных образований (Республика Узбекистан, 1992).

Все суды в Узбекистане де-юре являются независимыми от законодательной и исполнительной ветвей власти, политических партий и иных общественных объединений (Республика Узбекистан, 1993b). Председателя и судей Верховного суда и Конституционного суда назначает президент; эти назначения подлежат одобрению верхней палатой парламента. Остальные судьи (судов областного, районного и городского уровней) назначаются президентом по представлению Высшей квалификационной комиссии по отбору и рекомендации на должности судей при Президенте Республики Узбекистан. В Автономной Республике Каракалпакстан судьи избираются Жокаргы Кенесом (каракалпакским парламентом) по представлению его председателя; назначения подлежат одобрению президентом (Республика Узбекистан, 1993c).

Узбекистан является членом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ЮНЕСКО, Программы развития ООН (ПРООН) и ряда финансовых организаций, осуществляющих инвестиции в сектор здравоохранения, – таких как Всемирный банк и Азиатский банк развития (Республика Узбекистан, 2007a).

1.4. Состояние здоровья населения

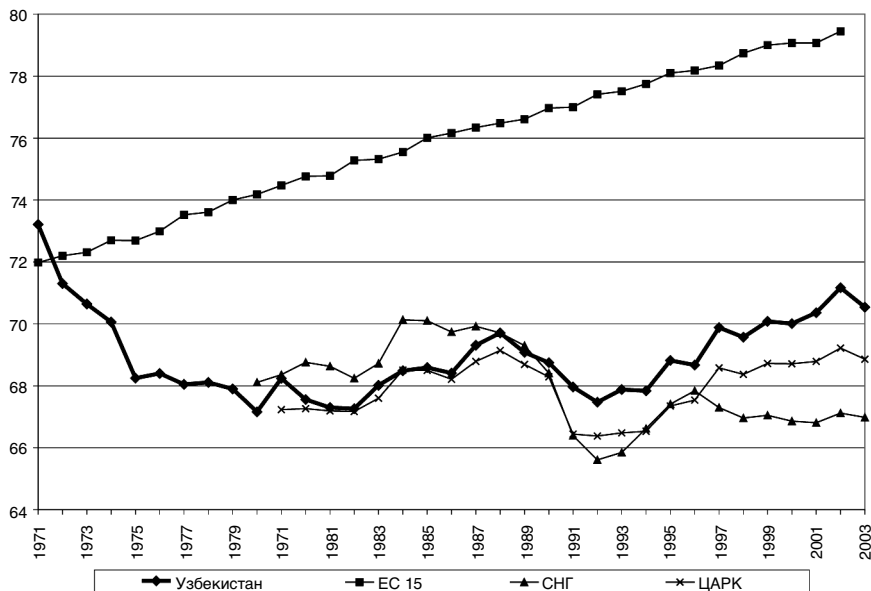
Из-за расхождения в оценках показателей младенческой и детской смертности оценки ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Узбекистане, приведенные в разных источниках, сильно разнятся. Согласно сведениям из Европейской базы данных ВОЗ «Здоровье для всех», которые основаны на данных официальной демографической статистики, переданных ВОЗ Узбекистаном, в 2005 г. показатель ожидаемой продолжительности жизни в стране составлял

70,54 года. По этим данным, продолжительность жизни в стране снизилась с 72,85 года в 1970 г. до 67,16 года в 1980 г., после чего увеличилась до 69,71 в 1990 г. (см. рис. 1.2). После обретения независимости продолжительность жизни уменьшилась до 67,47 в 1994 г., а затем стала постепенно увеличиваться. Аналогичная тенденция наблюдается и в других республиках бывшего СССР. Если сравнить Узбекистан со странами, входившими в ЕС до 1 мая 2004 г. (ЕС 15), то можно заметить, что начиная с 1970-х гг. разница в показателях ожидаемой продолжительности жизни населения все более увеличивалась. В 2002 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении в странах ЕС 15 превышала аналогичный официальный показатель Узбекистана на 9 лет (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Поскольку данные официальной статистики, касающиеся младенческой и детской смертности в республиках Средней Азии, занижены относительно фактических показателей, то можно предположить, что ожидаемая продолжительность жизни в Узбекистане на самом деле ниже официального показателя (World Bank, 2004a; Aleshina and Redmond, 2003). По оценкам Всемирного банка, после 1990 г. коэффициенты смертности – как мужской, так и женской – увеличились, а коэффициенты младенческой смертности и смертности детей в возрасте до 5 лет немного уменьшились (см. табл. 1.3) (World Bank, 2007; UNICEF, 2006). По оценкам Всемирного банка, фактическая ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Узбекистане в 2005 г. составляла 67,4 года (World Bank, 2007), а по оценкам ВОЗ, была даже ниже – 66 лет в 2003 г. (см. рис. 1.3).

Наиболее распространенными причинами смерти в Узбекистане являются болезни системы кровообращения – в 2005 г. ими было обусловлено 65,6% стандартизованной по возрасту смертности (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). С 1980-х гг. коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в Узбекистане увеличивается; эта тенденция характерна и для других республик Средней Азии и СНГ, но в корне отличается от стран Западной Европы, где смертность от болезней системы кровообращения в последние несколько десятилетий неуклонно падает. Из-за этого показатели Узбекистана и стран Западной Европы отличаются довольно сильно. Так, в 2005 г. стандартизованный по возрасту коэффициент смертности по причине болезней системы кровообращения в Узбекистане был более чем втрое выше среднего показателя по ЕС 15 за 2004 г. (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Рис. 1.2. Официальные показатели продолжительности жизни в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1971–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: Официальные показатели продолжительности жизни в Узбекистане являются завышенными, поскольку занижен показатель младенческой смертности. СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

В Узбекистане почти две трети всех случаев смертей по причинам болезней системы кровообращения приходится на долю ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней (см. табл. 1.4). И хотя существенных гендерных различий в совокупных данных о смертности по причинам болезней системы кровообращения нет, некоторые отличия здесь все же имеются. Например, ишемической болезни сердца в большей степени подвержены мужчины (WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005).

Второй по распространенности причиной смертности в Узбекистане являются злокачественные новообразования (рак), затем следуют травматизм и инфекционные болезни (WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005). Стандартизованный по

возрасту коэффициент смертности от злокачественных новообразований в Узбекистане в два с половиной раза ниже среднего показателя по ЕС 15 (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007); этим заболеваниями в равной степени подвержены оба пола (WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005).

Более половины случаев смерти от инфекционных заболеваний в 2000 г. было обусловлено туберкулезом (WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005). И хотя коэффициент смертности от всех инфекционных заболеваний со второй половины 1980-х гг. в Узбекистане постоянно снижался, смертность от туберкулеза, по сравнению с минимальным уровнем, достигнутым в 1990 г., возросла почти вдвое.

Динамика показателей смертности от туберкулеза в Узбекистане аналогична тенденциям, которые наблюдаются и в других республиках бывшего СССР. Она связана с общим упадком в экономике, разрушением служб социальной помощи и обнищанием значительной

Рис. 1.3. Официальные данные и оценки ожидаемой продолжительности жизни при рождении, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Таблица 1.3. Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1970–2005 гг.

	1970	1980	1990	2000	2002	2003	2004	2005
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	–	70,7	72,4	71,1	70,3	–	–	70,7
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	–	64,0	66,1	64,7	63,8	–	–	64,2
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола (лет)	–	67,3	69,2	67,9	67,0	–	–	67,4
Коэффициент смертности, взрослые женщины (на 1000 взрослых женщин)	146,6	116,1	109,2	–	148,6	–	–	144,8
Коэффициент смертности, взрослые мужчины (на 1000 взрослых мужчин)	253,6	219,1	207,5	–	252,0	–	–	247,2
Коэффициент младенческой смертности (на 1000 живорожденных)	83	73	65	59	–	–	–	57
Коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных)	101	89	79	71	–	–	–	68

Источник: World Bank, 2007.

части населения в связи с переходом к рыночной экономике в этих странах. В 2002 г. коэффициент смертности от туберкулеза в Узбекистане был в 30 раз выше среднего показателя по ЕС 15. Этому заболеванию подвержены в основном мужчины, у которых коэффициент смертности от туберкулеза был почти в два с половиной раза выше, чем у женщин (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Таблица 1.4. Коэффициенты смертности по причинам смерти, на 100 000 населения, 2002 г.

Инфекционные заболевания; состояния, возникающие в перинатальном периоде; заболевания матери во время беременности, родов и послеродовом периоде; состояния, связанные с недостаточностью питания	91,5
Инфекционные и паразитарные болезни	26,9
Респираторные инфекции	43,4
Заболевания матери во время беременности, родов и послеродовом периоде	0,9
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	18,9
Отдельные состояния, связанные с недостаточностью питания	1,3
Неинфекционные болезни	531,7
Злокачественные новообразования	46,9
Прочие новообразования	0,4
Сахарный диабет	11,5
Болезни эндокринной системы	0,9
Психические заболевания и болезни нервной системы	13,7
Сердечно-сосудистые заболевания	375,2
Болезни органов дыхания	28,6
Болезни органов пищеварения	36,6
Болезни мочеполовой системы	12,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,5
Болезни костно-мышечной системы	0,8
Врожденные аномалии	4,6
Травмы	44,0
Несчастные случаи	31,2
Преднамеренные самоповреждения	12,9
Все причины	667,2

Источник: WHO, 2004.

Смертность от травматизма также выше среди мужчин – от различных видов травм мужчины погибают почти в три раза чаще, чем женщины. Около двух третей всех причин смерти от внешних причин составляют автокатастрофы, утопления, самоубийства и преднамеренные самоповреждения (WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005).

Коэффициент смертности от автокатастроф в Узбекистане более чем вдвое ниже среднего показателя по СНГ и составляет примерно две трети от среднего показателя по Европе. То же касается самоубийств и преднамеренных самоповреждений. В 2002 г. средний показатель по странам Центральной Азии почти вдвое, средний показатель по СНГ – почти вчетверо, а средний показатель по Европе – в полтора раза превышал аналогичный показатель Узбекистана. Коэффициенты смертности от самоубийств и преднамеренных самоповреждений в Узбекистане начиная с 1980-х гг. остаются примерно на одном уровне. При этом смертность от автокатастроф в 1990 г. достигла своего пика, после чего снизилась почти втрое (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007) – в основном в результате более строгого контроля за соблюдением правил дорожного движения. Неизменный в целом уровень смертности от самоубийств и преднамеренных самоповреждений может быть обусловлен активным осуждением самоубийц в обществе и наличием традиционно сильной системы социальной поддержки в местных общинах.

Данные о показателях ожидаемой продолжительности здоровой жизни как среди мужчин, так и среди женщин свидетельствуют о значительном улучшении ситуации в последние годы (см. табл. 1.5). Однако причины столь резкого улучшения за такой короткий промежуток времени остаются неясными, что ставит под сомнение достоверность этих данных. В целом у женщин ожидаемая продолжительность здоровой жизни выше, чем у мужчин.

Согласно данным, полученным в ходе исследования по изучению здравоохранения в Узбекистане (UHES) в 2002 г., общий коэффициент фертильности в Узбекистане составил 2,9 и был значительно выше, чем во многих других республиках Средней Азии и СНГ – например, в Украине (1,4), Грузии (1,7) и Казахстане (2,1). Однако, как уже говорилось, по сравнению с 1990 г. (4,1) этот показатель в Узбекистане существенно упал. Следует отметить также, что оценки общего коэффициента фертильности в Узбекистане в разных источниках разнятся. Так, по данным Министерства здравоохранения, в 2000–2002 гг. он оставался 2,5, а по данным UHES – 2,9. Коэффици-

ент фертильности выше среди этнических узбеков, таджиков и казахов по сравнению с этническими русскими и татарами.

Благодаря проведению в 1996 и 2002 гг. исследований по изучению здравоохранения в Узбекистане, были получены некоторые дополнительные данные, касающиеся детерминантов здоровья матери и ребенка. В частности, выяснилось, что увеличились интервал между деторождениями и возраст матери при рождении первого ребенка. Доля рождений детей в первые два года после предыдущих родов уменьшилась с 30% в 1996 г. до 24% в 2002 г. В 2002 г. всего 2% женщин рожали в возрасте 15–19 лет, по сравнению с 7% в 1996 г. (Measure DHS, 2004).

Оценки уровня младенческой смертности в Узбекистане сильно разнятся. Как уже говорилось, данные официальной демографической статистики, собираемые Министерством здравоохранения, как правило, ниже фактических показателей. Более достоверные оценки можно получить путем проведения репрезентативных национальных опросов, которые основаны на репродуктивных историях. Так, по

Таблица 1.5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни, 2000–2002 гг.

	2000	2001	2002
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (лет), все население	53,4	53,5	59,4
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (лет), мужчины	52,7	50,9	57,9
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (лет), женщины	55,8	56,1	60,9
Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в возрасте 60 лет, женщины	11,6	10,8	12,6
Ожидаемые потери здоровой жизни при рождении (лет), мужчины	9,4	11,7	7,6
Ожидаемые потери здоровой жизни при рождении (лет), женщины	12,2	12,4	10,0
Доля потерянных лет здоровой жизни в % от всей жизни, мужчины	15,1	18,7	11,6

Источник: WHO, 2006/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006.

оценке UNES 2002 г., коэффициент младенческой смертности в Узбекистане в период 1998–2002 гг. составлял 62 на 1000 живорожденных; этот показатель очень близок к результату, полученному в проведенном в 2000 г. ЮНИСЕФ Кластерном исследовании с множественными показателями (MICS). При этом данные Министерства здравоохранения за этот же период свидетельствуют о том, что коэффициент младенческой смертности составлял от 16,3 до 21,8 на 1000 живорожденных, а средний показатель – 19 на 1000 живорожденных.

В основе расхождений официальных показателей и оценок, основанных на данных обследований, лежат две основные причины (World Bank, 2004a; Aleshina & Redmond, 2003). Во-первых, в Узбекистане до сих пор используется принятое в СССР определение «живорожденный», в соответствии с которым живорожденными не считались дети, погибшие в первые 7 дней жизни, и поэтому в Узбекистане регистрируется меньшее количество младенческих смертей, чем регистрировалось бы, если бы применялось определение ВОЗ. По некоторым оценкам, этим фактором объясняются 37% расхождений между данными Министерства здравоохранения и данными, полученными UNES 2002 г. (Measure DHS, 2004). Второй причиной несоответствия официальных показателей данным обследований является сокрытие медицинским персоналом сведений о рождениях и младенческих смертях – частично из-за страха негативных последствий. По данным UNES, официальные показатели младенческой смертности в Узбекистане на 63% ниже истинных значений, и в эти 63% попадают как раз те младенцы, которые умирают, прожив более 7 дней, что говорит о недостоверных данных официальной отчетности о случаях младенческой смертности (Measure DHS, 2004).

Коэффициенты младенческой смертности в различных регионах страны сильно разнятся. По данным UNES 2002 г., в 1998–2002 гг. коэффициенты младенческой смертности были выше в сельской местности (75 на 1000 живорожденных), чем в городах (43 на 1000 живорожденных), и выше у матерей с начальным и средним образованием (95 на 1000 живорожденных), чем у матерей с высшим образованием (29 на 1000 живорожденных) (Measure DHS, 2004).

Одной из серьезных проблем по-прежнему является недостаточность питания среди детей и женщин репродуктивного возраста. По данным UNES, 2002 г., 21% детей в возрасте до 5 лет имеют среднюю или сильную задержку в росте (ниже предполагаемого для их возраста роста), а 7% имеют дефицит веса средней или сильной степени (меньше предполагаемого для их роста вес) (Measure

DHS, 2004). Дети из групп с наименьшим уровнем дохода подвергаются риску дефицита веса вдвое чаще, чем дети из групп населения с наиболее высокими доходами. Имеют место также значительные различия между городскими и сельскими регионами. В сельской местности распространенность задержки физического развития (дефицит роста и веса) в полтора раза выше, чем в городах (Kamatsuchi, 2006).

По данным UNES, 49% детей в возрасте от 6 до 59 месяцев страдают той или иной степенью анемии, при этом в Ташкенте уровень анемии наименьший (20%) по сравнению с остальными регионами страны (46–58%). Кроме того, это исследование показало, что у 9% детей из Ферганской области был выявлен сильный дефицит, а у 44% – средний дефицит витамина А, и это несмотря на то, что в данной области, по сравнению с остальными регионами страны, достаточно хорошее снабжение фруктами и овощами (Measure DHS, 2004). Еще одной проблемой является дефицит йода в организме. Проведенное в 2000 г. ЮНИСЕФ Кластерное исследование с множественными показателями (MICS) выявило, что достаточный уровень потребления йодированной соли имеет место лишь в 19% домохозяйств (Kamatsuchi, 2006).

Благодаря строгому контролю соблюдения протоколов иммунизации, составленных Министерством здравоохранения, уровень иммунизации в Узбекистане является традиционно высоким, хотя на практике фактические уровни иммунизации могут быть несколько ниже официальных показателей, поскольку надлежащих систем мониторинга в стране нет. В таблице 1.6 приведены данные о вакцинации против детских инфекций за 2000 г. Если в качестве меры эффективности вакцинаций принять официальные показатели заболеваемости соответствующими инфекциями, то по сравнению с остальными республиками бывшего СССР и странами ЕС 15 в Узбекистане ситуация с заболеваемостью основными детскими инфекциями, предотвращаемыми вакцинацией, в том числе коклюшем, краснухой, корью, дифтеритом, столбняком, острым полиомиелитом и эпидемическим паротитом, вполне хорошая (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

По официальным данным, в 2000 г. показатель числа разрушенных, удаленных или запломбированных зубов у детей в возрасте 12 лет в Узбекистане составлял примерно $\frac{2}{3}$ от среднего аналогичного показателя по ЕС 15 (см. табл. 1.7) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Вместе с тем следует отметить, что, по данным UNES за 2002 г., 64–65% детей в возрасте до 5 лет чистят зубы редко или не чистят их вовсе (Measure DHS, 2004). Это свиде-

тельствует о том, что приведенный сравнительно низкий показатель числа разрушенных, удаленных или запломбированных зубов в Узбекистане на самом деле может быть ниже истинного. Однако проведенный в 1996 г. национальный репрезентативный опрос «Обследование демографических характеристик и состояния здоровья» (DHS) выявил, что показатель разрушенных, удаленных или запломбированных зубов у детей в возрасте 12 лет близок к значениям, содержащимся в Базе данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007; Measure DHS, 1997).

Динамика коэффициента материнской смертности в Узбекистане в целом соответствует общей тенденции, которая наблюдается в других республиках Средней Азии и СНГ. В 2005 г. коэффициент материнской

Таблица 1.6. Процент детей в возрасте 12–23 месяцев, привитых против детских инфекций, 2000 г. (%)

БЦЖ	АКДС 1	АКДС 2	АКДС 3	Полио-	Полио-	Полио-	Полио-	Корь
				миелит 0	миелит 1	миелит 2	миелит 3	
98,9	98,4	97,6	95,7	96,3	98,4	97,6	95,7	97,0

Источник: UNICEF, 2000.

Примечания: БЦЖ – вакцина Кальметта – Герена; АКДС – комбинированная вакцина против коклюша, дифтерита и столбняка.

Таблица 1.7. Число разрушенных, удаленных или запломбированных зубов у детей в возрасте 12 лет

	1990	1995	2000	2001
Узбекистан	2,80	–	0,90	0,90
ЕС-15	3,37	1,94	1,47	–
СНГ	3,46	–	–	–
ЦАРК	2,26	–	–	–

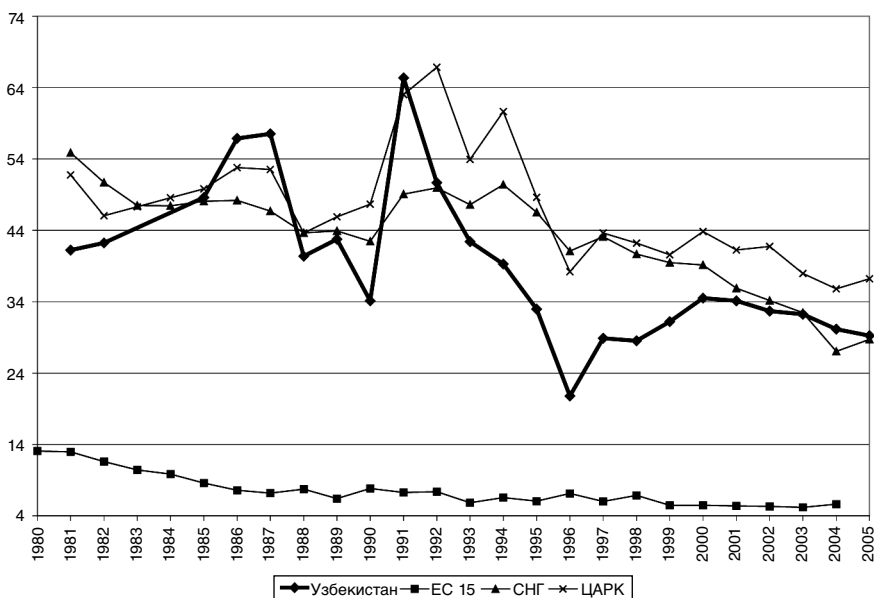
Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан.

смертности в Узбекистане составлял 29,24 на 100 000 живорожденных, что несколько выше среднего по СНГ (28,72) и в пять раз выше среднего по ЕС 15, который в 2004 г. составлял 5,64 на 100 000 живорожденных (см. рис. 1.4) (ВНО, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В настоящее время случаи материнской смертности рассматриваются в Узбекистане как следствие правонарушения и подлежат уголовному расследованию (по сведениям источника в Главном управлении лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения), что создает мощный стимул для сокрытия данных и занижения официальных показателей.

Проведенные обследования демографических характеристик и показателей здоровья населения в республиках Центральной Азии зарегистрировали в Узбекистане самый высокий уровень распро-

Рис. 1.4. Официальная статистика материнской смертности на 100 000 живорожденных в Узбекистане, ЕС 15, СНГ и ЦАРК, 1980–2005 гг.



Источник: ВНО, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан; некоторые данные за 1980 и 2005 гг. отсутствуют.

странности анемии среди женщин репродуктивного возраста (15–49 лет) в Узбекистане (60,4%); особенно высок этот показатель в западной и восточной частях страны (см. табл. 1.8) (Kamatsuchi, 2006). Самые высокие показатели распространенности анемии зарегистрированы в беднейших и сельских регионах (например, в регионе Аральского моря), а самые низкие – в г. Ташкенте.

После провозглашения независимости в Узбекистане резко возросло количество заболеваний, передающимися половым путем

Таблица 1.8. Распространенность анемии среди женщин на 1000 населения, впервые выявленные случаи, 1999 и 2000 гг.

Область	1999				2000			
	Дети		Подростки		Дети		Подростки	
	Всего	(< 14)	(15–17)	Взрос- лые	Всего	(< 14)	(15–17)	Взрос- лые
г. Ташкент	19,60	16,50	17,08	20,99	26,54	25,28	27,02	27,00
Андижанская	123,05	69,77	150,16	156,49	139,57	88,45	163,35	171,91
Бухарская	136,08	119,62	245,64	134,58	116,87	98,42	251,95	113,80
Джизакская	47,46	19,23	37,48	71,80	53,77	29,41	91,58	68,82
Кашкадарьинская	64,60	35,11	83,31	87,63	64,44	38,73	82,37	84,31
Навоиская	100,28	85,93	190,61	99,32	109,49	85,80	197,12	115,20
Наманганская	114,08	54,94	118,74	157,85	128,79	65,94	196,66	167,78
Самаркандская	72,52	23,86	61,10	112,72	71,97	29,03	59,96	107,68
Сурхандарьинская	61,50	20,18	83,14	95,56	65,43	30,05	78,81	95,29
Сырдарьинская	24,91	13,42	51,05	30,32	23,85	8,92	39,68	33,35
Ташкентская	52,79	36,82	59,31	61,82	51,96	37,33	75,75	58,37
Ферганская	75,68	62,13	44,03	88,35	76,97	59,58	117,51	84,36
Хорезмская	28,87	41,69	36,80	18,48	23,35	33,70	30,65	14,86
Каракалпакстан	164,47	171,76	102,22	167,39	178,22	127,74	365,52	190,30
В среднем по стране	78,06	53,12	87,10	94,42	81,59	53,71	123,83	96,15

Источник: World Bank, 2003.

(ЗППП), особенно сифилисом и, в меньшей степени, гонококковыми инфекциями, являющимися двумя наиболее распространенными в стране заболеваниями этой группы. Аналогичные тенденции характерны и для других республик бывшего СССР, хотя в Узбекистане рост этих показателей выражен не так сильно (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). По официальным данным, в 2005 г. уровень заболеваемости гонококковыми инфекциями в Узбекистане составлял 23,95 на 100 000 населения, что примерно вдвое ниже среднего показателя по СНГ (53,83 на 100 000 населения) и значительно ниже среднего показателя по странам Центральной Азии в 2004 г. (35,56 на 100 000 населения). Но при этом показатель Узбекистана был в два с половиной раза выше среднего по ЕС 15 в 2005 г. (9,78 на 100 000 населения).

Более явные различия имеют место в отношении распространенности сифилиса: в 2005 г. в Узбекистане этот показатель составлял 16,2 на 100 000 населения, что более чем втрое ниже среднего по СНГ (49,46 на 100 000 населения) и вдвое ниже среднего по странам Центральной Азии в 2004 г. (34,38 на 100 000 населения). Несмотря на то что в этом смысле Узбекистан выгодно отличается от многих других республик бывшего СССР, распространенность сифилиса в стране в 2005 г. была более чем в пять раз выше среднего показателя по ЕС 15 (2,94 на 100 000 населения) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

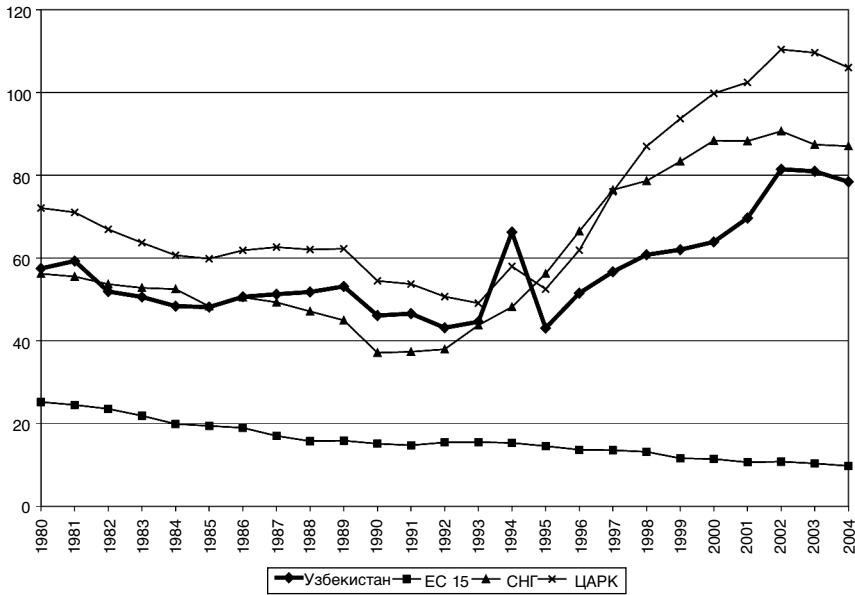
По-видимому, в Узбекистане у населения имеются значительные пробелы в знаниях о ЗППП. Так, в ходе UNES 2002 г. было выявлено, что о ЗППП (не включая ВИЧ-инфекцию) мужчины осведомлены лучше, чем женщины (64% против 39%). Женщины, проживающие в Ташкенте, имеют представление о таких заболеваниях почти в два с половиной раза чаще, чем те, которые живут в остальных регионах страны (88% против 34%). Среди мужчин эти показатели разнятся не так сильно: 91% в Ташкенте и 61% в остальных регионах страны. Среди молодежи в возрасте от 15 до 19 лет представление об ЗППП имеют 21% респондентов-женщин и 37% респондентов-мужчин (Measure DHS, 2004). В Узбекистане поддерживается система строгого мониторинга и обязательного лечения ЗППП, которая была принята еще в Советском Союзе. Из-за отсутствия анонимности и конфиденциальности в сочетании с социальной стигматизацией официальные данные об уровне ЗППП в Узбекистане, по всей вероятности, являются заниженными относительно реальных.

Проблема ВИЧ/СПИД для узбекской системы здравоохранения является относительно новой. Так, в 1998 г. общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции не превышало 50 (UNAIDS/WHO, 2004/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004), а в 1999 г. было зарегистрировано всего 18 новых случаев. Однако после этого число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции стало расти экспоненциально, т. е. примерно так же, как и в других странах бывшего СССР. В частности, в 2004 г. было зарегистрировано 2016 новых случаев, а общее число ВИЧ-инфицированных достигло 5600 (UNAIDS, 2005). В первые 11 месяцев 2005 г. было выявлено 2010 новых случаев, из которых 49,5% были обусловлены передачей инфекции инъекционным путем, а 19% – половым (UNDP Uzbekistan, 2006b). Инъекционное потребление наркотиков по-прежнему является наиболее распространенным путем передачи ВИЧ-инфекции. В 2004 г. 63,4% всех зарегистрированных случаев были обусловлены инъекционным потреблением наркотиков, 11,3% – гетеросексуальными контактами и менее 1% – гомосексуальными контактами. Способ передачи инфекции был неизвестен в 24% случаев. Значительная доля неидентифицированных способов передачи инфекции может объясняться сильной социальной стигматизацией, которой подвергаются в обществе лица, практикующие гомо- и бисексуальное поведение (UNAIDS/WHO, 2004/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004). Вместе с тем имеет место явно выраженная тенденция к изменению преимущественного способа передачи инфекции: если раньше это было инъекционное потребление наркотиков, то в последнее время все большее число случаев обусловлено практикой небезопасного секса. Одной из групп наибольшего риска являются заключенные, и почти 35% выявленных недавно новых случаев инфекции были зарегистрированы именно в учреждениях пенитенциарной системы (UNDP Uzbekistan, 2006b).

Как уже говорилось, в 1990-е гг. в Узбекистане резко вырос уровень смертности от туберкулеза. Заболеваемость туберкулезом снизилась с 57,5 на 100 000 населения в 1980г. до 43,1 в 1995 г., но с тех пор почти удвоилась, достигнув в 2004 г. уровня в 78,4 на 100 000 населения (см. рис. 1.5). И хотя в остальных республиках Средней Азии и других странах бывшего СССР картина практически такая же, показатели Узбекистана превышают среднее по ЕС 15 (9,8 на 100 000 населения) почти в восемь раз (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Едва ли можно найти сколько-нибудь надежные и репрезентативные в национальном масштабе данные о характеристиках образа

Рис. 1.5. Заболеваемость туберкулезом на 100 000 населения в Узбекистане, ЕС 15, СНГ и ЦАРК, 1980–2004 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан.

жизни, оказывающих влияние на состояние здоровья населения Узбекистана. Наиболее пристальное внимание уделяется исследованиям, связанным с потреблением табака. По данным UHES за 2002 г., среди женщин распространенность табакокурения незначительна – в Узбекистане курит менее 1% женщин. Столь низкий показатель может объясняться крайне негативным отношением общества к курящим женщинам. Особенно сильны эти традиции среди этнических узбеков. В этом исследовании среди женщин, считающих себя этническими узбечками, курящими было всего 0,3% респондентов, в то время как среди остальных опрошенных женщин курящими было 4,5%.

Распространенность курения среди мужчин значительно выше, чем среди женщин, и достигала в 2002 г. 21%. Как и среди женщин, курение в большей степени распространено среди неузбекского населения, где этот показатель достигает 30%, в то время как среди этнических узбеков он равен 19%. В Узбекистане используется также самодельный жевательный табак – насвай. По данным UHES за 2002 г., около 38% респондентов-

мужчин указали, что когда-либо пробовали насвай, причем по этому пункту особой разницы в показателях между этническими группами страны выявлено не было (Measure DHS, 2004). Узбекистан был страной, куда поступали значительные инвестиции от Британо-Американской табачной компании (British American Tobacco Company), на которые в определенный момент приходилось 31% общего объема иностранных инвестиций в стране. Этим объясняется тот факт, что в 1994 г. была пресечена попытка усилить контроль за потреблением табака в Узбекистане (Gilmore, Collin & McKee, 2006).

В силу укоренившихся в узбекском обществе традиций, уровень потребления алкоголя в стране относительно низок. По официальным данным, в 2003 г. потребление алкоголя в Узбекистане составляло 1 литр чистого спирта на душу населения в год, что примерно сопоставимо со средними показателями по республикам Центральной Азии (1,34 литра), но существенно ниже средних показателей по СНГ (6,19 литра) и ЕС 15 (9,35 литра) (см. табл. 1.9) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Таблица 1.9. Потребление алкоголя в Узбекистане и некоторых других странах (в литрах чистого спирта на душу населения в год)

Страна	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Казахстан	–	3,33	2,49	2,06	2,55	2,24
Кыргызстан	2,83	1,99	2,37	3,61	2,05	2,43
Российская Федерация	5,46	8,90	8,78	8,72	8,72	8,87
Таджикистан	–	1,03	0,21	0,50	0,29	0,25
Туркменистан	–	1,29	1,00	0,68	0,73	0,72
Узбекистан	–	0,92	1,04	0,99	0,96	1,00
ЕС 15	10,78	9,93	9,53	9,53	9,56	9,35
СНГ	–	6,03	6,06	5,93	5,93	6,19
ЦАРК	–	1,79	1,45	1,42	1,38	1,34

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан.

В Узбекистане наблюдается повышение распространенности избыточного веса и ожирения среди взрослого населения страны. Учитывая изменения в образе жизни и постарение населения Узбекистана, эта тенденция, по-видимому, сохранится и в будущем. По данным опроса 2002 г., 28% женщин и 32% мужчин имели избыточный вес или страдали ожирением. Можно ожидать, что избыточный вес и ожирение приведут к повышению уровня многих хронических заболеваний, в том числе артериальной гипертензии, диабета 2-го типа, коронарной болезни сердца и некоторых видов рака (Kamatsuchi, 2006).

Доступ к безопасной питьевой воде остается в Узбекистане серьезной проблемой, причем в различных регионах страны показатели существенно разнятся. По данным Кластерного исследования с множественными показателями 2000 г. (MICS), в ряде областей доступ к безопасной питьевой воде был всего у 59% населения, в то время как в других регионах этот показатель достигал 96%. В среднем доступ к безопасной питьевой воде был у 84,3% респондентов, причем в большей степени в городах (94,4%), чем в сельской местности (79,4%) (UNICEF, 2000). Проведенное в 2001 г. обследование бюджета домохозяйств в Узбекистане подтвердило, что с обеспечением безопасной питьевой водой в стране существуют огромные проблемы. Водопроводной водой было обеспечено менее чем 50% респондентов страны, и лишь 42,7% респондентов имели водопровод у себя дома, причем в сельской местности этот показатель был менее 20% (World Bank, 2003). Отсутствие доступа к безопасной питьевой воде было признано одной из причин высоких показателей недостаточности питания в Узбекистане (Kamatsuchi, 2006).

2. Организационная структура

2.1. Обзор системы здравоохранения

Узбекская система здравоохранения сформировалась на базе советской модели Семашко, и ее ядро по-прежнему составляет государственный сектор. Верхним звеном иерархии в системе здравоохранения, как с точки зрения регулирования, так и финансирования, является кабинет министров, который в своей деятельности подотчетен президенту и парламенту. Кабинет министров разрабатывает стратегии и утверждает бюджет здравоохранения, а также осуществляет руководство различными государственными ведомствами, ответственными за реализацию политики здравоохранения в стране.

На нижнем уровне иерархии правительство представлено организациями, ответственными за внедрение разработанных стратегий. Административные функции выполняют Министерство здравоохранения и областные или районные органы здравоохранения, а Министерство финансов и его областные отделения (областные и районные департаменты финансов) отвечают за исполнение финансовых директив.

Несмотря на то что административные функции Министерства здравоохранения и областных и районных органов здравоохранения ориентированы преимущественно на государственный сектор, некоторые из них в определенной степени распространяются также и на частный сектор – например, в том, что касается лицензирования поставщиков медицинских услуг. При этом Министерство финансов и его областные и районные отделения занимаются исключительно оплатой и контролем в рамках государственного финансирования государственных поставщиков медицинских услуг.

Самое нижнее звено иерархии узбекской системы здравоохранения представляют государственные и частные поставщики медицинских услуг. Государственные поставщики занимаются оказанием медицинской помощи в рамках централизованно управляемой схемы, и их можно подразделить на три категории в зависимости от уровня отчетности и источника финансирования.

Поставщики услуг первичной медико-санитарной помощи административно подчинены районным или городским органам здравоохранения и получают финансирование из государственных и частных источников. На уровне районов государственное финансирование медицинских учреждений поступает от финансовых отделов районных и городских администраций. Исключение составляют пункты ПМСП в областях, охваченных проектом «Здоровье», финансируемым Всемирным банком, которые получают финансирование из областных финансовых управлений. Частное финансирование осуществляется за счет оплаты услуг, не входящих в программу государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению.

Следующая категория государственных поставщиков медицинских услуг относится к областному уровню. Административно они подчинены областным органам здравоохранения и получают финансирование от областных финансовых управлений. К таким поставщикам относятся больницы общего профиля, специализированные больницы и специализированные амбулаторные клиники.

К последней категории государственных поставщиков медицинских услуг относятся поставщики общенационального (республиканского) уровня. Некоторые медицинские учреждения получают государственное финансирование непосредственно из Министерства здравоохранения и административно ему подчинены.

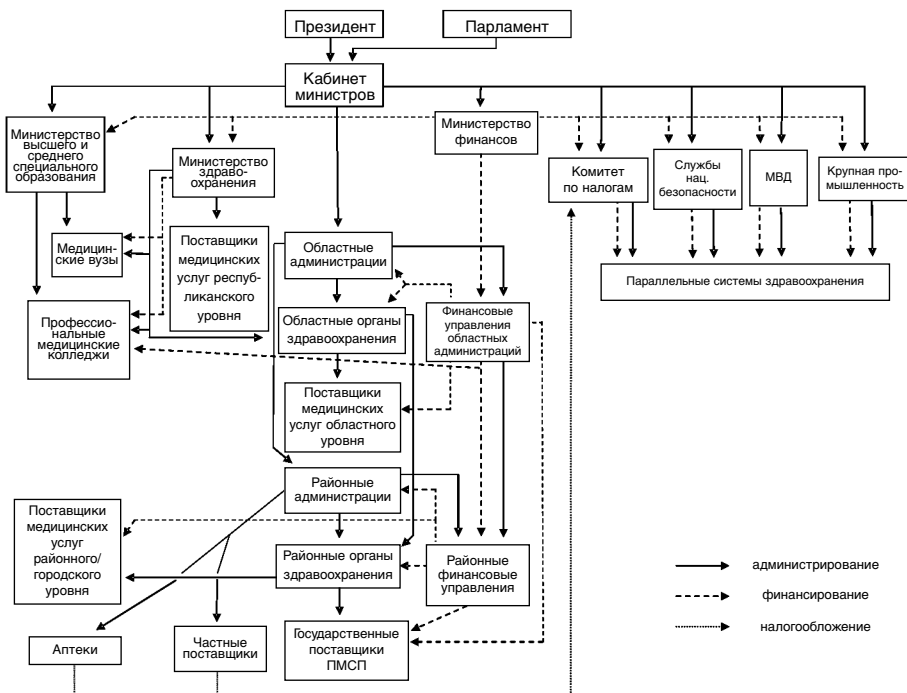
Деятельность частных поставщиков медицинских услуг, численность которых пока невелика, регулируется законодательством о коммерческих предприятиях. Административно они подотчетны местным органам власти, а регулярную финансовую отчетность предоставляют в местные налоговые органы.

Помимо установленной законом системы здравоохранения, описанной выше, некоторые министерства и ведомства (например, Министерство внутренних дел, органы национальной безопасности) и крупные промышленные предприятия и организации сохранили свою сеть медицинских учреждений. Эти медицинские учреждения непосредственно подчиняются, получают финансирование и обслуживают работников соответствующих министерств, ведомств или

организаций; для широких слоев населения они практически недоступны.

Подготовка медицинских кадров в Узбекистане производится только в государственных учебных заведениях. Административно они подчинены непосредственно Министерству здравоохранения и местным и центральным органам власти и обязаны соблюдать распоряжения и директивы Министерства высшего и среднего специального образования. Государственное финансирование этих учебных заведений осуществляется либо национальными, либо местными органами власти. Структура системы здравоохранения представлена на рисунке 2.1.

Рис. 2.1. Структура системы здравоохранения



Источник: Схема составлена авторами обзора.

2.2. Историческая справка

Медицинская практика на территории нынешнего Узбекистана имеет тысячелетнюю историю. Большинство ученых древности занимались медициной наряду с другими науками, так как медицина считалась неотъемлемой частью научного знания. Наиболее известным представителем плеяды древних ученых является Авиценна. Он родился в 980 г. в небольшом селении неподалеку от Бухары.

Авиценна считается основателем восточной медицины. Около сорока из его сохранившихся трудов посвящены медицине, наиболее известными из них являются «Книга исцеления» и «Канон врачебной науки» (University of St Andrews, 1999). Несмотря на большое количество ученых древности, внесших значительный вклад в развитие медицины, исторические условия не способствовали распространению и передаче медицинских знаний. Частично это было обусловлено отсутствием структурированной системы медицинского образования и оказания медицинской помощи. Медицинскую помощь главным образом оказывали табибы (врачеватели) и медики-самоучки. Организованная система медицинской помощи и систематическое медицинское образование появились в Узбекистане только во второй половине XIX века.

С покорением Россией Средней Азии на территорию нынешнего Узбекистана были привнесены концепции западной медицины. Под влиянием России начиная со второй половины XIX века в Узбекистане постепенно начала формироваться структурированная система здравоохранения. Первые шаги в области создания системы систематического медицинского образования были сделаны в начале XX века с созданием Туркестанского государственного университета, в состав которого входил медицинский факультет.

После революции 1917 г. в России все лечебные учреждения и аптеки в стране были национализированы и вошли в состав единой централизованной советской системы здравоохранения. Так как Узбекистан был одной из республик бывшего СССР, то его система здравоохранения претерпевала те же изменения, что и вся советская система в целом. В Советском Союзе большая часть медицинской информации представляла собой совокупные показатели по всем республикам; в этой связи медицинские данные конкретно по Узбекистану за период до 1991 г. (т. е. до распада Союза) в имеющихся источниках найти довольно сложно.

В советской системе здравоохранения оказанием медицинских услуг населению занимался только государственный сектор; частной

медицинской практики не было вообще. Но несмотря на то, что государство обеспечивало всем гражданам бесплатную медицинскую помощь в любом пункте обращения и возможность доступа к широкому спектру медицинских услуг, советской системе здравоохранения были присущи определенные организационные недостатки. Она показала свою эффективность в области борьбы с инфекционными болезнями и в решении ряда вопросов, характерных для развивающихся стран, но с изменением бремени заболеваний обнаружились серьезные системные проблемы (Rowland, 1991).

Одним из недостатков советской системы была ориентация на количественные показатели, в то время как результатам и качеству лечения уделялось очень мало внимания. В 1989 г. в СССР было втрое больше больниц и в два раза больше врачей на душу населения, чем в США, хотя демографическая структура этих стран была очень схожей. При этом расходы на здравоохранение в Советском Союзе, выраженные как доля валового национального продукта (ВНП), составляли менее одной трети от аналогичного показателя США. В абсолютном выражении разница была еще более значительной. В 1979 г. СССР тратил на здравоохранение почти в восемь раз меньше, чем США. Кроме того, Советский Союз сильно отставал от большинства западных стран по показателям здоровья населения (Rowland, 1991). В результате внесения поправки в статью 42 Конституции СССР в 1977 г. в советской системе здравоохранения произошли серьезные организационные изменения: всем гражданам была гарантирована государством бесплатная медицинская помощь, оказываемая государственными учреждениями здравоохранения.

Еще одним организационным недостатком советской системы здравоохранения было отсутствие гибкости в управлении и финансировании. Действовала жесткая схема регулирования и управления широкой сетью медицинских учреждений – это касалось как финансирования, так и процессов принятия решений; политика здравоохранения устанавливалась централизованно, в Москве этим занималось Министерство здравоохранения СССР. В 1989 г. 80% расходов на здравоохранение распределялось непосредственно через Министерство здравоохранения, а остальные 20% – через крупные государственные предприятия. В ведении Министерства здравоохранения страны находилось 96% стационарных лечебных учреждений и 94% амбулаторных (Rowland, 1991).

Министерство здравоохранения СССР осуществляло также строгий контроль в области медицинского образования, планирования и

распределения кадровых ресурсов. Организационная структура советской системы здравоохранения основывалась на концепции вертикального управления. Высшим уровнем было Министерство здравоохранения страны, далее шли республиканские министерства здравоохранения 15 советских республик. Следующим звеном иерархии управления были областные и районные органы здравоохранения. Такой централизованный подход практически не оставлял возможностей для гибкого распределения ресурсов в соответствии с местными потребностями районов и областей.

Кроме того, системе здравоохранения, построенной, вообще говоря, по принципу равноправия, были присущи довольно большие перекосы. В частности, имели место серьезные географические диспропорции в распределении ресурсов здравоохранения. Так, в 1987 г. на территории нынешнего Узбекистана обеспеченность врачами составляла 3,5 на 1000 населения, что примерно на 20% ниже среднего показателя по всему СССР за тот же год (4,3 на 1000 населения) (Rowland, 1991).

В советской системе здравоохранения стационарную медицинскую помощь оказывали в следующих учреждениях (Rowland, 1991):

- сельские участковые больницы (СУБ), которые обслуживали около 5000 человек;
- сельские и городские районные больницы, которые обслуживали около 50 000 человек;
- центральные городские больницы, которые обслуживали до 200 000 человек;
- областные и национальные (республиканские) больницы, которые обслуживали до 2–3 млн человек.

Амбулаторную медицинскую помощь населению оказывала широкая сеть поликлиник, сельских врачебных пунктов (сельских врачебных амбулаторий, или СВА) и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), а также поликлиники при клинических больницах. В ФАП работали фельдшеры (медицинские работники, уровень подготовки которых соответствовал уровню помощника врача или практикующей медсестры на Западе), которые занимались оказанием ПМСП населению, в том числе иммунизацией, родовспоможением и небольшими хирургическими процедурами. Большая часть финансирования здравоохранения поступала в учреждения вторичной медицинской помощи: в 1988 г. на нее приходилось примерно 78% совокуп-

ных расходов на здравоохранение в стране; при этом расходы на амбулаторную помощь составляли 11% от общего объема финансирования, на скорую помощь – 2%, на обеспечение деятельности санитарно-эпидемиологических служб – 9% (Rowland, 1991). В середине 1980-х гг. в Узбекистане было почти вдвое больше больниц на 100 000 населения (в 1985 г. – 7,89), чем в странах ЕС 15 (в 1986 г. – 4,15) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Роль сектора ПМСП была крайне незначительной; функции «привратника» этот сектор не выполнял. В стационар, как правило, направляли даже тех пациентов, которых вполне можно было пролечить на уровне первичного звена. Неэффективное использование ресурсов усугублялось неэффективностью больничных процедур – проведение диагностического обследования требовало госпитализации на срок до семи дней (Rowland, 1991). В 1980 г. средняя продолжительность пребывания в стационаре составляла примерно 16 дней. Правда, такая же или даже более длительная средняя продолжительность госпитализации была характерна в тот период и для стран Западной Европы (средний показатель по ЕС 15 – 16,4 дня, в Великобритании и Германии – 19 дней) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Неэффективность советской системы здравоохранения была обусловлена также отсутствием у медицинских работников заинтересованности в повышении производительности и качества медицинского обслуживания (Rowland, 1991).

Несмотря на наличие широкой сети медицинских учреждений, их функционирование было сопряжено с серьезными трудностями. Медицинские учреждения были плохо оснащены, их содержание производилось не на должном уровне, существовал повсеместный дефицит поставок медицинских материалов. В сельской местности 27% больниц не имели канализации, 17% – водопровода. Уровень профессиональной подготовки медицинских кадров был низким, их труд плохо оплачивался – размер оплаты труда врачей соответствовал примерно 70% от уровня средней заработной платы рабочих из несельскохозяйственных отраслей (Rowland, 1991).

В конце 1980-х гг. советское правительство признало необходимость реформ. В результате регулирование стало более гибким, и в системе здравоохранения появились первые частные поставщики. Медицинские работники стали объединяться в кооперативы, которые имели относительную самостоятельность, и им было разрешено оказывать частные медицинские услуги населению вне государственного сектора. За услуги таких организаций с пациентов взималась

наличная оплата, а их деятельность лишь в некоторой степени подлежала регулированию со стороны местных органов власти. К 1990 г. в секторе здравоохранения было уже около 3300 медицинских кооперативов, в которых примерно 20 000 врачей работали на условиях полной занятости и около 40 000 врачей – на условиях частичной занятости (Rowland, 1991).

Еще одной слабой стороной советской системы здравоохранения были расходы на здравоохранение. В СССР они были значительно ниже, чем в других развитых странах, особенно с учетом того, что для граждан большинство медицинских услуг были бесплатными в любом месте обращения. В Советском Союзе в период 1980–1989 гг. расходы на здравоохранение составляли примерно 3% ВВП, в то время как средневзвешенный показатель в странах ОЭСР был на уровне 7,5% (Rowland, 1991).

Крайне негативное влияние на состояние здоровья населения СССР оказывали экологические и поведенческие факторы. Примерно 15% населения страны жило в условиях сильной загрязненности воздуха; серьезными проблемами стали потребление алкоголя и курение (Rowland, 1991). С распадом СССР новые независимые государства (ННГ) получили в наследство все проблемы, присущие советской системе здравоохранения; при этом следует учитывать, что решать эти проблемы приходилось в условиях экономических, политических и социальных преобразований.

2.3. Организационная структура

В Республике Узбекистан действует единая система здравоохранения, которая представляет собой совокупность государственных, частных и других форм неправительственных организаций.

К государственной системе здравоохранения относятся учреждения, находящиеся в подчинении областных, районных органов здравоохранения и Министерства здравоохранения, а также находящиеся в государственной собственности и вовлеченные в процесс предоставления медицинских услуг, реабилитации санитарно-эпидемиологических услуг, подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических работников, производства фармацевтических продуктов и медицинского оборудования; предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники, а также иные предприятия, учреждения и организации, основная деятельность ко-

торых связана с охраной здоровья граждан. Кроме того, в государственную систему здравоохранения входят клиники научно-исследовательских институтов, лечебно-профилактические и аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями (Президент Республики Узбекистан, 1998).

К частной и другим системам здравоохранения относятся физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью, лечебно-профилактические, аптечные учреждения и предприятия по выпуску медицинской и фармацевтической продукции (Президент Республики Узбекистан, 1998).

Узбекская система здравоохранения организована в соответствии с различными уровнями управления и оказания медицинской помощи.

Организация оказания медицинской помощи

С точки зрения оказания медицинской помощи узбекскую систему здравоохранения можно подразделить на первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь, специализированную медицинскую помощь, а также помощь, оказываемую при считающихся «социально значимыми и опасными заболеваниями» (Президент Республики Узбекистан, 1998).

В законе «Об охране здоровья граждан» четко определены первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, а также помощь при «социально значимых и опасных заболеваниях». Однако здесь отсутствует четкое определение скорой помощи.

Первичная медико-санитарная помощь определяется в узбекском законодательстве как лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; проведение мер по охране семьи, материнства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам (Президент Республики Узбекистан, 1998).

Следующие заболевания относятся к «социально значимым и опасным заболеваниям»: туберкулез, онкологические и психические заболевания, наркотическая зависимость, болезни эндокринной системы и профессиональные заболевания. Медицинская помощь при

этих заболеваниях оказывается гражданам государственными учреждениями здравоохранения бесплатно и полностью финансируется из государственных источников (Президент Республики Узбекистан, 1998; Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999а).

Специализированная медицинская помощь определяется как помощь при заболеваниях, требующих применения специальных методов профилактики, диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих лицензию на указанный вид деятельности. Виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Узбекистан (Президент Республики Узбекистан, 1998).

Управление

С точки зрения управленческих и распорядительных функций, а также организации отчетности узбекская государственная система здравоохранения делится на три уровня иерархии:

- Общенациональный (республиканский) уровень
- Областной уровень
- Районный/городской уровень

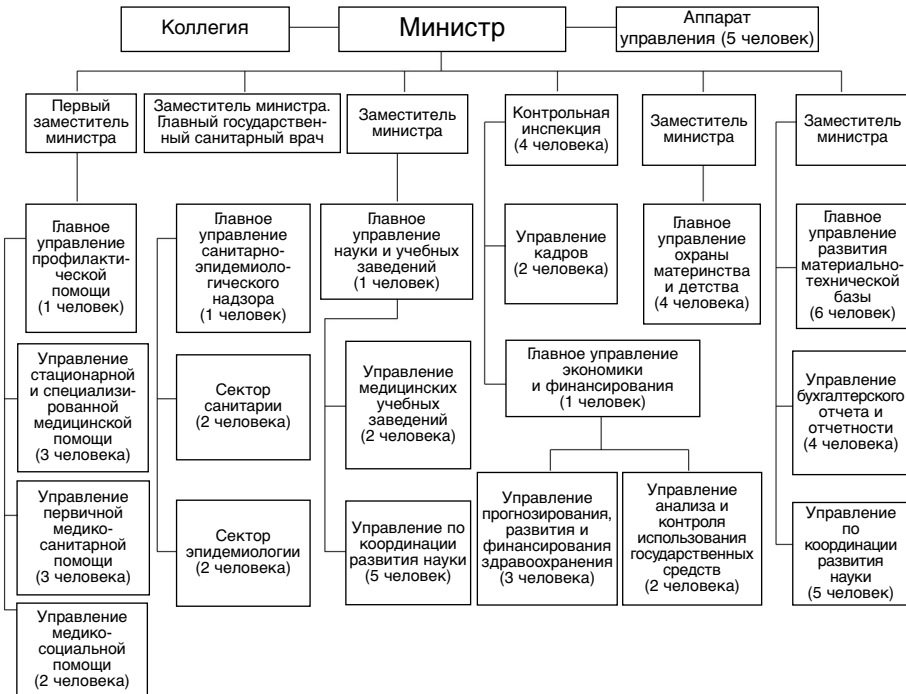
Общенациональный (республиканский) уровень

На высшем уровне иерархии находятся Министерство здравоохранения и другие государственные министерства и ведомства.

Министерство здравоохранения играет ключевую роль в организации, планировании и управлении узбекской системой здравоохранения (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 1998). Организационная структура министерства, одобренная Кабинетом министров 2 октября 2006 г., приведена на рис. 2.2 (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2006).

В Министерстве здравоохранения работают 78 сотрудников, занимающихся вопросами администрирования и управления, не считая работников секретариата и технических служб. Во главе министерств-

Рис. 2.2. Структура Министерства здравоохранения



Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2007.

ва стоит министр здравоохранения, которого назначает и смещает с поста президент, с одобрения парламентом. У министра здравоохранения есть первый заместитель и четыре других заместителя. Заместителей министра здравоохранения также назначает и смещает с их постов президент (Республика Узбекистан, 1993а).

Центральным органом Министерства здравоохранения, ответственным за принятие решений, является Коллегия. Назначаемыми членами Коллегии Министерства здравоохранения являются: министр здравоохранения (который также возглавляет Коллегию), заместители министра, советник министра, руководитель отдела здравоохранения при городской администрации г. Ташкента и председатель Общества Красного Полумесяца. Остальные члены Коллегии занимают свои посты с одобрения Кабинета министров. Коллегия является консультативным органом, в сферу ответственности которого входят развитие

узбекской системы здравоохранения, подбор и назначение кадров на ключевые посты, разработка основных документов и в целом организация медицинской помощи населению и подготовка медицинских кадров. Решения Коллегии исполняются с одобрения министра здравоохранения, который имеет право отклонить предложения Коллегии. В случае разногласий вопрос передается на рассмотрение Кабинета министров.

Ученый медицинский совет при Министерстве здравоохранения отвечает за внедрение разработок медицинской науки в узбекскую систему здравоохранения. В состав совета входят ведущие ученые и эксперты.

Министерство здравоохранения занимается разработкой законодательных и нормативных актов в области здравоохранения; устанавливает стандарты качества и объемы медицинской помощи; осуществляет мониторинг качества медицинской помощи; определяет приоритетные направления развития медицинской науки; осуществляет мониторинг состояния здоровья населения; разрабатывает учебные планы подготовки медицинских кадров; проводит лицензирование и сертификацию медицинской и фармацевтической деятельности; координирует международную помощь в сфере здравоохранения (см. главу 3). Кроме того, Министерство здравоохранения проводит оценку реализации государственной политики, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999а).

Министерство здравоохранения направляет деятельность Министерства здравоохранения Автономной Республики Каракалпакстан и осуществляет надзор за деятельностью областных, городских и районных отделов здравоохранения.

Структура Министерства здравоохранения Узбекистана за последние несколько лет неоднократно менялась. По сравнению с первыми годами после провозглашения независимости в Министерстве здравоохранения было значительно сокращено количество отделов и сотрудников. Названия отделов также часто менялись.

Главное управление лечебно-профилактической помощи является одним из основных подразделений министерства, ответственным за общее руководство и надзор за деятельностью служб здравоохранения. Оно занимается разработкой методических руководств и протоколов по профилактике и лечению заболеваний.

Главное управление охраны материнства и детства осуществляет руководство учреждениями по охране здоровья матери и ребенка и надзор за состоянием здоровья детей и матерей.

Основными задачами Главного управления санитарно-эпидемиологического надзора являются мониторинг санитарно-эпидемиологической безопасности населения, предупреждение инфекционных заболеваний и надзор за деятельностью всех санитарно-эпидемиологических организаций.

Управление кадров и Главное управление науки и учебных заведений несут ответственность за подготовку и переподготовку медицинских кадров, прогнозирование требований к медицинскому персоналу и планированию трудовых ресурсов. Главное управление науки и учебных заведений также несет ответственность за разработку учебных планов по подготовке медицинских кадров, которая производится в сотрудничестве с Министерством высшего и среднего специального образования.

Контрольная инспекция осуществляет надзор за исполнением реформ здравоохранения и деятельностью системы лекарственного обеспечения и занимается проверкой юридических документов и отчетности, подготовленных другими подразделениями министерства. В учреждениях здравоохранения регулярно проводятся проверки с целью обеспечения соблюдения соответствующих нормативных показателей и распоряжений.

К высшему уровню иерархии узбекской системы здравоохранения относятся также лечебно-профилактические, реабилитационные и научно-исследовательские учреждения. На общенациональном уровне финансирование и регулирование деятельности этих учреждений осуществляется непосредственно Министерством здравоохранения. Важным отличием между этими учреждениями и учреждениями нижних уровней иерархии является уровень их непосредственного подчинения. Несмотря на то что в той или иной степени Министерство здравоохранения выполняет управленческие и распорядительные функции по отношению ко всем участникам системы здравоохранения, в непосредственном его подчинении и ведении находятся только учреждения общенационального уровня. Руководителей этих учреждений назначает министр здравоохранения. Эти учреждения получают финансирование напрямую от Министерства здравоохранения и подотчетны либо соответствующему подразделению министерства, либо непосредственно министру здравоохранения. В отношении всех остальных учреждений административные и распорядительные функции выполняют другие ведомства – например, областные, городские и районные органы здравоохранения. К учреждениям общенационального уровня относятся:

- медицинские научно-исследовательские учреждения;
- учреждения высшего медицинского образования – медицинские вузы, Фармацевтический институт, а также некоторые медицинские колледжи;
- лечебно-профилактические учреждения республиканского значения;
- республиканский научный центр скорой помощи.

Областной и районный уровни

На областном уровне в каждом из 13 административно-территориальных образований страны (12 вилоятов и Автономная Республика Каракалпакстан) и в г. Ташкенте действует местная администрация, которая называется хокимият (в Каракалпакстане – Кабинет министров). Во главе хокимията стоит хоким (губернатор); в Каракалпакстане кабинет министров возглавляет его председатель. Хокимов назначает президент.

Областные органы управления образуют новую систему региональной администрации. Они пришли на смену бывшим областным и городским исполнительным комитетам (исполкомам), существовавшим при советской власти. Финансовые отделы этих органов управления собирают довольно значительную долю государственных доходов, часть из которых остается в их распоряжении.

Следующий уровень иерархии управления образуют администрации районов (туманов), во главе которых стоят хокимы районов. На эти органы возлагается все больше ответственности по управлению фондами социальной помощи и организации медико-социальной помощи населению.

Медицинские учреждения областного и районного уровней представляют второе и третье звено иерархии в узбекской системе здравоохранения.

Областные учреждения здравоохранения находятся в ведении отделов здравоохранения соответствующих областных администраций. Эти областные органы здравоохранения образуют часть государственной системы здравоохранения и подчиняются администрации соответствующей области и Министерству здравоохранения (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999а). Они координируют и контролируют деятельность учреждений здравоохранения на подведомственной им территории, вне зависимости от формы собст-

венности (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999а). Областные органы здравоохранения осуществляют надзор за областными учреждениями здравоохранения и поставщиками медицинских услуг, которые составляют часть третьего иерархического уровня системы здравоохранения и подчиняются районным или городским органам здравоохранения.

Каждая область (вилоят) состоит из нескольких сельских районов (туманов) и территориальных образований. Отдельными территориальными образованиями считаются только города со значительной численностью населения или областные центры. В таких городах имеются собственные отделы здравоохранения, которые подчиняются городской администрации и областным органам здравоохранения. Помимо таких территориальных образований в областях имеется очень ограниченное количество городов, где есть собственные органы здравоохранения. Более мелкие города и сельские районы включены в районную систему управления, и надзор за деятельностью их учреждений здравоохранения осуществляют районные отделы здравоохранения.

Третий уровень иерархии в системе здравоохранения в сельской местности (в районах) образуют центральные районные больницы (ЦРБ) и сельские врачебные амбулатории (СВА), оказывающие ПМСП населению. В состав ЦРБ входят амбулаторное отделение, стационарные отделения различного профиля и отделение неотложной помощи (обычно оно организовано на базе хирургического отделения).

Главный врач ЦРБ возглавляет также соответствующий районный орган здравоохранения и несет ответственность за охрану здоровья и медицинское обслуживание населения района. В общей сложности в стране насчитывается 159 ЦРБ (Institute of Health, 2006).

Реформы системы здравоохранения предусматривают создание в долгосрочной перспективе новой комплексной системы оказания ПМСП в сельской местности, в которой предусмотрено два уровня: СВА и ЦРБ (более подробно см. главы 6 и 7). Другие виды сельских медицинских учреждений, унаследованные от советской системы здравоохранения – такие как СУБ и ФАП, – постепенно уходят в прошлое, но кое-где еще существуют (см. главу 6).

Городские органы здравоохранения, очень похожие на районные, несут ответственность за управление и мониторинг деятельности учреждений здравоохранения на подведомственной им территории. К таким учреждениям относятся центральная городская больница, городские больницы, специализированные стационарные и амбулаторные учреждения (диспансеры), а также поликлиники и городские

пункты первичной медицинской помощи. В состав центральной городской больницы входят амбулаторное и стационарное отделения, а также отделение неотложной помощи. Главный врач центральной городской больницы возглавляет также соответствующий городской орган здравоохранения.

Основные заинтересованные стороны

Основными участниками, занимающимися организацией и управлением системой здравоохранения в Узбекистане, являются президент, кабинет министров, Олий Мажлис (Законодательная палата и сенат), Министерство здравоохранения, Министерство финансов, областные и районные органы здравоохранения и сеть учреждений здравоохранения.

Президент и кабинет министров, возглавляемый премьер-министром, отвечают за разработку национальной политики здравоохранения. Кабинет министров принимает решения по вопросам финансирования программ в области здравоохранения и медицинских исследований, осуществляет мониторинг проведения природоохранных мероприятий и экологических программ, обеспечивает стандартную систему сбора и обработки медицинских данных и осуществляет координацию и надзор за деятельностью всех государственных органов, занимающихся охраной здоровья населения. Парламент (Олий Мажлис) принимает законодательные акты в области здравоохранения, утверждает национальный бюджет здравоохранения и контролирует его исполнение. Обсуждение законов в области здравоохранения производится в парламентских комитетах по труду и социальному обеспечению.

Министерство финансов составляет бюджет, который подлежит утверждению парламентом, и распределяет средства между Министерством здравоохранения и областями, в том числе средства на медицинское обслуживание населения и капитальные вложения.

2.4. Децентрализация и централизация

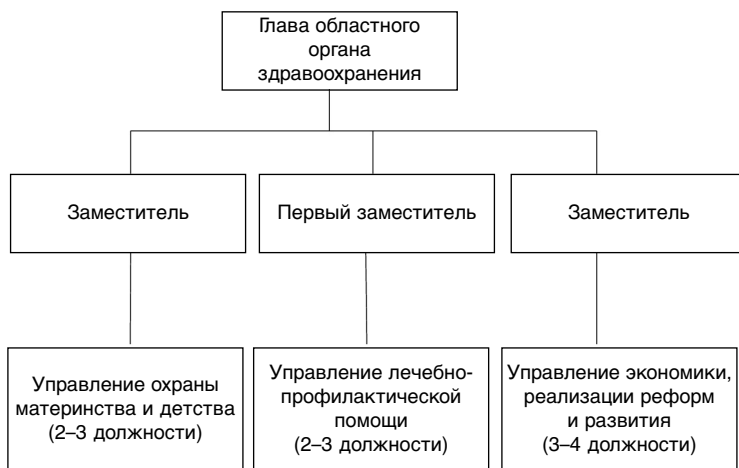
В Узбекистане процесс децентрализации происходил поэтапно. Административные функции были переданы органам здравоохранения областного уровня, а принятие решений по-прежнему производится

централизованно на республиканском уровне. Такой подход был принят в целях предотвращения появления нерегулируемых рынков медицинских услуг, обеспечения гарантированного доступа населения к медицинскому обслуживанию и реализации реформ (Fierman, 1997).

Передача полномочий в системе здравоохранения состояла главным образом в делегировании бюджетной ответственности с национального на региональный уровень при сохранении строго вертикальной структуры и необходимости соблюдения общенациональных норм и правил, лежащих в основе принятия решений на региональном уровне. Областные органы здравоохранения, хотя и входят в областные администрации, считаются условно самостоятельными подразделениями Министерства здравоохранения (см. рис. 2.3).

Министерство здравоохранения осуществляет строгий контроль за соблюдением разработанных на центральном уровне принципов планирования. Некоторые области получают собственные доходы за счет самостоятельного управления своими службами здравоохранения и в целях достижения плановых показателей получают поддержку из центра.

Рис. 2.3. Структура областных органов здравоохранения



Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2007.

2.5. Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения

Права пациентов

В законе «Об охране здоровья граждан», который был принят парламентом в 1996 г., содержится описание правовой структуры узбекской системы здравоохранения и изложены права и обязанности пациентов. Правда, остается неясным, был ли этот закон разработан в ответ на принятую ВОЗ в 1994 г. Декларацию о политике в области обеспечения прав пациента в Европе или это была независимая инициатива.

В статье 25 этого закона указано, что каждый гражданин имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, – их законным представителям. Эта информация составляет врачебную тайну и без согласия гражданина или его законного представителя может предоставляться только в следующих случаях:

- в целях обследования и лечения;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний;
- по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до четырнадцати лет для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий либо несчастного случая.

Лица, которым в установленном порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками несут за разглашение врачебной тайны ответственность в соответствии с законом.

В статье 24 этого же закона указано, что каждый пациент имеет право на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения. Все граждане также имеют право на профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и другие виды помощи, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности (Республика Узбекистан, 1996). Граждане имеют право на отказ от медицинского вмешательства, за исключением случаев, когда их состояние представляет опасность для окружающих (Республика Узбекистан, 1996).

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача и лечебно-профилактического учреждения;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.

В случае нарушения прав пациента он или его законный представитель может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, вышестоящему органу управления либо в суд (Республика Узбекистан, 1996).

Выбор пациента и информация, предоставляемая пациентам

Как уже говорилось, пациенты официально имеют право на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения (более подробно

см. главу 6) (Республика Узбекистан, 1996). Сведений о том, в какой мере население осведомлено о своих правах, как эти права осуществляются на практике и оказали ли новые права пациентов какое-либо влияние на качество и эффективность медико-санитарной помощи, нет. И хотя некоторые данные об использовании ряда услуг имеются, заключения по этим вопросам они сделать не позволяют.

Усилия правительства, направленные на содействие развитию частной медицины, способствовали расширению возможностей выбора поставщиков. По некоторым сведениям, появление частных поставщиков медицинских услуг и введение наличных платежей снизили нагрузку на государственные медицинские учреждения, которые ранее испытывали огромный наплыв пациентов.

Если пациент в состоянии оплатить частные медицинские услуги, то поставщики этих услуг не имеют никаких юридических оснований для отказа в медицинской помощи.

В настоящее время в стране отсутствуют комплексная и общедоступная база данных и иные механизмы информирования пациентов о качестве, ценах, видах и других параметрах услуг, предоставляемых поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторах. Весьма вероятно, что сейчас выбор поставщика медицинских услуг производится на основании направления, по территориальному принципу, по рекомендации знакомых («сарафанное радио») и исходя из финансовых возможностей пациента.

Процедуры обжалования

Формальная основа процессов обжалования в системе здравоохранения была пересмотрена в законе «Об обращениях граждан» 2002 г. (Республика Узбекистан, 2002). В 2003 г. Министерство здравоохранения выпустило новую редакцию принятой ранее схемы рассмотрения жалоб пациентов (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2003а). В соответствии с этой новой схемой, в правовом отношении устные и письменные жалобы имеют равное значение. Все жалобы получает и рассматривает Отдел писем Министерства здравоохранения. Письменные жалобы должны быть переданы в соответствующие отделы в течение пяти дней с даты их получения. Жалобы, не требующие дополнительных действий, должны быть рассмотрены в течение 15 дней. Если необходимо произвести какие-либо дополнительные действия, то жалоба должна быть рассмотрена

в течение одного месяца. Каждое письмо с жалобой должно быть надлежащим образом зарегистрировано в Отделе писем. После того как письмо с жалобой передано в соответствующее подразделение или ведомство, руководитель этого подразделения или ведомства должен завизировать его, указав, какой сотрудник назначен ответственным за рассмотрение данной жалобы и как и когда она будет рассмотрена. По окончании рассмотрения лицо, подавшее жалобу, необходимо проинформировать о результатах ее рассмотрения.

Во всех организациях должны быть выделены специальные часы приема устных жалоб, которые надлежит рассматривать в том же порядке, что и письменные.

В одном из последних отчетов ПРООН указаны некоторые аспекты, являющиеся предметом жалоб граждан (UNDP Uzbekistan, 2006b). Главным образом жалобы поступали в связи со следующими обстоятельствами (UNDP Uzbekistan, 2006b):

- плохая осведомленность населения о бесплатных медицинских услугах и о правах пациентов;
- ограниченный доступ населения к бесплатному медицинскому обслуживанию;
- низкое качество предоставляемых услуг;
- ограничение доступа населения к лекарственным средствам по финансовым причинам;
- трудности в получении юридической помощи по медицинским вопросам и в защите прав пациентов.

По данным опроса, проведенного Федерацией прав потребителей в Ташкенте в январе 2006 г., в который были включены 20 стационарных учреждений и 7 учреждений ПМСП, всего 12% респондентов были осведомлены о том наборе услуг, которые должны предоставляться населению бесплатно; 87% оценили качество больничного питания как «плохое» и 77% были не удовлетворены качеством услуг. В другом обследовании, которое было проведено этой же организацией в 2004 г., почти три четверти опрошенных женщин, имеющих детей в возрасте до двух лет, заявили, что платили за услуги, предоставленные им в родильных домах, – т. е. за те услуги, которые включены в гарантированный государством объем медицинской помощи и должны предоставляться населению бесплатно. При этом процент женщин, плативших за услуги родильных домов, сильно зависел от региона: так, в Ташкенте (который занимает второе место

по величине валового регионального продукта на душу населения в стране) платили 75% опрошенных, а в Навоиской области (в которой ВРП на душу населения самый высокий в республике) – одна десятая (UNDP Uzbekistan, 2006b).

Безопасность пациентов и компенсации за причинение вреда здоровью

В узбекской системе здравоохранения основным поставщиком услуг здравоохранения является государство. Как и ранее в Советском Союзе, в Узбекистане отсутствуют рутинные механизмы подачи судебных исков или обращений по поводу получения компенсаций в случае причинения вреда здоровью. В целом можно сказать, что в суд обращаются только в крайних случаях, т. е. когда речь идет о предотвратимой смертности или инвалидности. Механизмы компенсации четко не определены и могут подразумевать гарантированное государством пособие по инвалидности. И хотя официальные данные о числе судебных исков отсутствуют, по отдельным сведениям можно предположить, что такие иски являются скорее исключением, чем правилом.

Закон «Об охране здоровья граждан» гарантирует право на получение компенсации в случае причинения вреда здоровью. Но при этом остается неясным, были ли после принятия этого закона разработаны какие-либо четкие механизмы или принципы, касающиеся компенсаций, и какие средства должны использоваться для выплаты этих компенсаций в тех случаях, когда виновником причинения вреда здоровью граждан является государственное учреждение здравоохранения.

Пока что в стране не разработана четкая система мониторинга и отчетности о врачебных ошибках и о вопросах безопасности пациентов. Информация о неблагоприятных реакциях на лекарства также централизованно не собирается. Однако в каждом медицинском учреждении регулярно проводятся медицинские конференции (обычно они проходят не реже двух раз в месяц), на которых эти вопросы должны обсуждаться и фиксироваться документально. Данные о соблюдении этого протокола отсутствуют.

В стране нет специальных органов, занимающихся вопросами обеспечения безопасности пациентов и качества медицинской помощи. Эту роль обычно выполняют различные государственные служ-

бы – например, санитарно-эпидемиологические станции и отделения пожарной охраны.

Участие пациентов в деятельности системы здравоохранения

Какой-либо специальной схемы, обеспечивающей участие пациентов в закупках и организации услуг в области здравоохранения, в Узбекистане нет. Практика проведения опросов об уровне удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием не распространена. И хотя некоторые ведомства, не входящие в систему Министерства здравоохранения, проводили единичные опросы об уровне удовлетворенности пациентов, результатов этих исследований на момент написания данного обзора еще не было.

3. Финансирование

В Советском Союзе практически единственным источником финансирования здравоохранения были государственные средства. Государственные источники средств на нужды здравоохранения пополнялись за счет целого ряда налогов, а участие пациентов сводилось лишь к частичной оплате ограниченного набора услуг – например, реабилитационного лечения и некоторых лекарств при амбулаторном лечении.

После распада СССР в Узбекистане сохранился принцип государственного финансирования здравоохранения за счет налогов как главного источника финансирования. Однако постепенно были введены и другие механизмы. После реформ в государственном секторе и с появлением частного сектора неотъемлемым элементом системы здравоохранения стали платежи граждан за счет личных средств. Кроме того, появились схемы добровольного медицинского страхования (ДМС), которые предлагают либо страховые компании, разрабатывающие страховые планы и заключающие договоры на медицинское обслуживание с определенными поставщиками медицинских услуг (как, например, совместная страховая компания UzAIG), либо частные медицинские учреждения, стремящиеся привлечь большее число клиентов (например, многопрофильная частная клиника МДС).

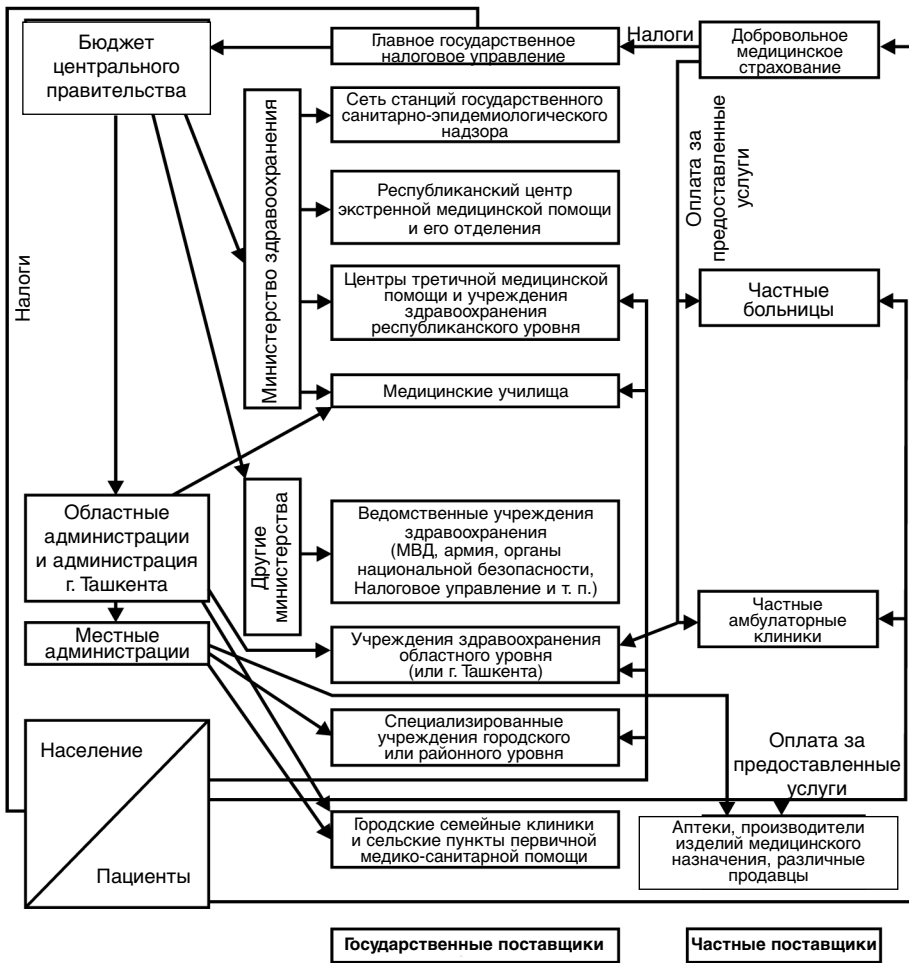
Распределение ресурсов на нужды здравоохранения в Узбекистане зависит от источника финансирования и от формы собственности поставщика. Существует три основных механизма. Первый из них предполагает, что государственное финансирование поступает из

государственного бюджета, а расходование этих средств производится строго в соответствии с протоколами, разработанными центральным правительством. Большинство этих средств поступает в государственные учреждения здравоохранения и лишь небольшая часть – в частный сектор, например для возмещения затрат на лекарственные средства при амбулаторном лечении. Второй механизм распределения ресурсов предусматривает привлечение государственными учреждениями здравоохранения внешнего финансирования. Это означает, что таким учреждениям разрешено взимать оплату за предоставляемые услуги, не вошедшие в финансируемую государством программу государственных гарантий. Эти средства могут поступать из различных источников, включая личные средства граждан, взносы работодателей и взносы на ДМС, а распределение средств осуществляется в соответствии с протоколами, разработанными центральным правительством, но здесь допускается определенная гибкость. Третий механизм распределения предусматривает поступление финансовых средств из внешних источников в частный сектор, и здесь уже никаких протоколов, касающихся расходования и использования средств, не существует. Общая схема движения финансовых потоков в узбекской системе здравоохранения представлена на рис. 3.1.

3.1. Расходы на здравоохранение

После обретения независимости общие расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, постепенно снижаются. В 1991 г., по оценкам правительства, общие расходы на здравоохранение составляли 5,9% ВВП. К 2005 г. эта доля уменьшилась всего до 2,4%. Однако данные государственной статистики могут быть ниже фактической величины расходов на здравоохранение, поскольку в них не учтены неофициальные платежи; кроме того, все расходы в частном секторе подсчитать невозможно. Поэтому, по оценкам ВОЗ, общие расходы на здравоохранение значительно превышают данные государственной статистики и в 2004 г., вероятно, составляли 5,4% ВВП (см. рис. 3.2). Аналогичные несоответствия имеют место и в оценках доли государственных расходов в общих расходах на здравоохранение. По оценкам ВОЗ, в общих расходах на здравоохранение доля государства в 2004 г. составляла всего 42,1% (см. табл. 3.1).

Рис. 3.1. Движение финансовых потоков в узбекской системе здравоохранения



Источник: схема составлена авторами обзора.

Аналогичная тенденция к снижению общих расходов на здравоохранение в начале 1990-х гг. наблюдалась и в других странах региона. Однако в Узбекистане эта тенденция была выражена гораздо менее резко, чем в остальных странах Средней Азии и СНГ (см. рис. 3.3). В странах Европейского региона ВОЗ, наоборот, расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП, в последние

Таблица 3.1. Динамика расходов на здравоохранение, 1994–2005 гг.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005
Общие расходы на здравоохранение как % ВВП	4,6	3,1	3,3	3,0	2,4	2,4	2,4
Общие расходы на здравоохранение как % ВВП, оценка ВОЗ	–	–	6,7	5,7	5,6	5,4	–
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США	112	–	68	73	40	–	–
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США, оценка ВОЗ	–	–	152	142	155	169	–
Государственные расходы на здравоохранение как % общих расходов на здравоохранение, оценка ВОЗ	–	–	48,0	45,6	44,3	42,1	–

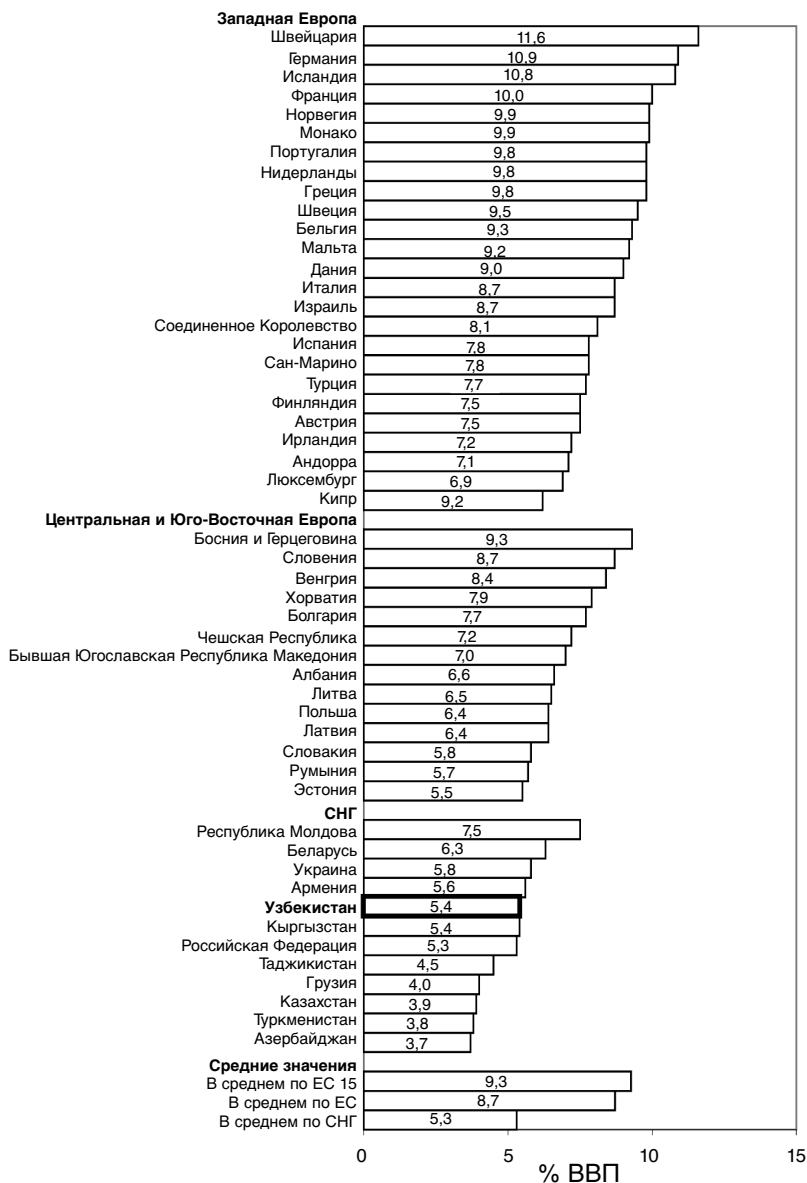
Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт; ППС – паритет покупательной способности, ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

десятилетия росли и в настоящее время превышают средний показатель по СНГ более чем вдвое, а показатель Узбекистана – почти в три раза (см. рис. 3.3). Однако, как уже говорилось, показатели по Узбекистану и другим странам СНГ являются сильно заниженными, поскольку в них не учтены личные расходы граждан и все расходы на медицинские услуги, оказываемые в частных медицинских учреждениях.

В 2006 г., по данным Министерства финансов, расходы на здравоохранение составляли примерно 7,9% всего республиканского бюджета, что соответствует 495 млрд сумов из общего объема расходов республиканского бюджета, равного 6199 млрд сумов (при обменном

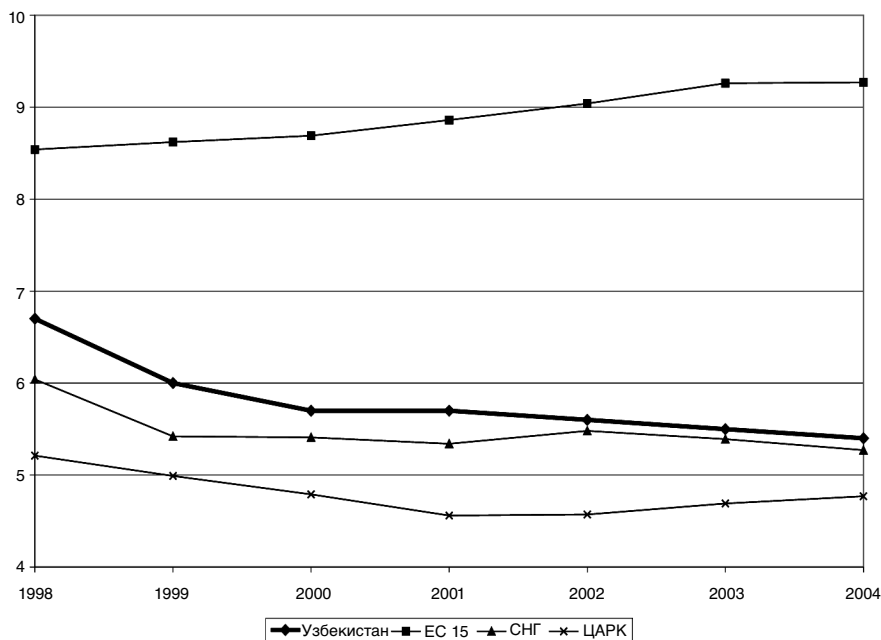
Рис. 3.2. Расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%), в странах Европейского региона ВОЗ в 2004 г. (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт; СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

Рис. 3.3. Динамика расходов на здравоохранение, выраженных как доля ВВП (%), в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1998–2005 гг. (оценка ВОЗ)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, База данных «Здоровье для всех», январь 2007 г.

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт; СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан.

курсе 1240 сумов за 1 долл. США). Это небольшое увеличение по сравнению с 2005 г., когда этот показатель составлял 7,8% (378 млрд сумов из 4884 млрд сумов), с 2004 г. – 7,7% (282 млрд сумов из 3680 млрд сумов) и с 2003 г. – 7,2% (229 млрд сумов из 3181 млрд сумов). Однако фактические изменения доли государственного сектора в общих расходах на здравоохранение оценить трудно, так как эти данные приведены без учета поправки на инфляцию.

В республиканском бюджете предусмотрены различные категории расходов на здравоохранение. Основная масса государственных расходов на здравоохранение проходит по разделу «Расходы на здравоохранение», который подразделяется на шесть статей (см. табл. 3.2, 3.3 и 3.4).

**Таблица 3.2. Расходы на здравоохранение (млн сумов),
государственный бюджет 2003 г.**

	Общие государственные расходы на здравоохранение, плановые	Выплачено		
		Общие государственные расходы на здравоохранение, выплачено	В том числе:	
			из средств республиканского бюджета	из средств местных бюджетов
Больницы	151 024 (66,0%)	151 262 (66,0%)	19 310 (13%)	131 952 (87%)
Поликлиники и амбулатории	29 997 (13,0%)	30 062 (13,0%)	748 (3%)	29 314 (97%)
Сельские пункты ПМСП	13 333 (5,8%)	13 402 (5,9%)	–	13 402 (100% ^а)
Учреждения скорой помощи	4062 (1,8%)	4058 (1,8%)	–	4058 (100% ^а)
Санитарно-эпидемио- логические станции	10 690 (4,7%)	10 681 (4,7%)	999 (9%)	9682 (91%)
Прочие расходы	19 324 (8,5%)	19 244 (8,4%)	6 363 (33%)	12 880 (67%)
Всего	228 430 (100%^а)	228 709 (100%^а)	27 421 (12%)	201 288 (88%)

Источник: МоФ, 2006.

Примечание: ^а – в результате ошибок округления общая сумма может быть не равна 100%.

**Таблица 3.3. Расходы на здравоохранение (млн сумов),
государственный бюджет 2004 г.**

	Общие государственные расходы на здравоохранение, плановые	Выплачено		
		Общие государственные расходы на здравоохранение, выплачено	В том числе:	
			из средств республиканского бюджета	из средств местных бюджетов
Больницы	180 086 (65,8%)	183 603 (66%)	23 850 (13%)	159 754 (87%)
Поликлиники и амбулатории	34 704 (12,7%)	34 883 (12,6%)	896 (3%)	33 987 (97%)
Сельские пункты ПМСП	19 577 (7,2%)	19 869 (7,2%)	–	19 869 (100% ^а)
Учреждения скорой помощи	4305 (1,6%)	4290 (1,5%)	–	4290 (100% ^а)
Санитарно-эпидемио- логические станции	12 941 (4,7%)	12 934 (4,7%)	1 340 (9%)	11 595 (91%)
Прочие расходы	21 875 (8%)	21 826 (7,9%)	7 317 (33%)	14 509 (67%)
Всего	273 488 (100%^а)	277 405 (100%^а)	33 402 (12%)	244 003 (88%)

Источник: МоФ, 2006.

Примечание: ^а – в результате ошибок округления общая сумма может быть не равна 100%.

**Таблица 3.4. Расходы на здравоохранение (млн сумов),
государственный бюджет 2005 г.**

	Общие государственные расходы на здравоохранение, плановые	Выплачено		
		Общие государственные расходы на здравоохранение, выплачено	В том числе:	
			из средств республиканского бюджета	из средств местных бюджетов
Больницы	236 298 (65,3%)	237 806 (65,5%)	33 941 (14,3%)	203 865 (85,7%)
Поликлиники и амбулатории	44 778 (12,4%)	45 341 (12,5%)	1 249 (2,8%)	44 092 (97,2%)
Сельские пункты ПМСП	28 348 (7,8%)	28 592 (7,8%)	–	28 592 (100% ^а)
Учреждения скорой помощи	5723 (1,6%)	5690 (1,6%)	–	5691 (100% ^а)
Санитарно-эпидемио- логические станции	17 381 (4,8%)	17 364 (4,8%)	2104 (12,1%)	15 261 (87,9%)
Прочие расходы	29 429 (8,1%)	28 102 (7,7%)	10 809 (38,5%)	17 293 (61,5%)
Всего	361 956 (100%^а)	362 896 (100%^а)	48 103 (13,3%)	314 794 (86,7%)

Источник: МоФ, 2006.

Примечание: ^а – в результате ошибок округления общая сумма может быть не равна 100%.

Согласно этим данным, самой крупной статьей государственных расходов является содержание больниц (около 66% общих расходов на здравоохранение). Подавляющее большинство этих расходов (в 2005 г. – 85,7%) производится на местном уровне – из средств областных, районных и городских бюджетов.

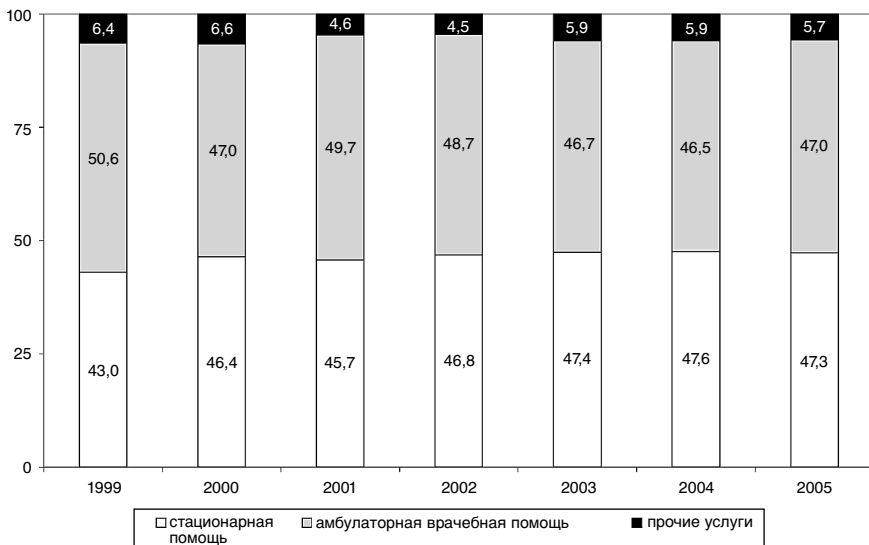
Расходы на содержание сельских пунктов ПМСП (сельских врачебных пунктов, СВП), исчисляемые как доля общих расходов на здравоохранение, немного увеличились – с 5,9% в 2003 г. до 7,2% в 2004 г. и 7,8% в 2005 г. Имеющиеся данные не позволяют дифференцировать расходы по уровням медицинской помощи. ЦРБ и городские больницы, например, в Министерстве здравоохранения проходят по статье «Первичная медико-санитарная помощь», а в отчетности Министерства финансов – по статье «Больницы».

Кроме того, данные Министерства финансов отличаются от данных Министерства здравоохранения в том, что касается расходов на стационарную и амбулаторную медицинскую помощь. Так, согласно данным Министерства здравоохранения, расходы на стационарную помощь составляли в 2004 г. 51% общих расходов на

здравоохранение, в то время как по данным Министерства финансов этот показатель равнялся 47,6%. Эти различия могут быть обусловлены разными системами классификации, которые используются этими министерствами. По данным Министерства здравоохранения, в последние годы доля расходов на стационарную помощь возросла. Несмотря на серьезные реформы в секторе ПМСП, большая часть государственных расходов по-прежнему выделяется для финансирования больниц. Данные о государственных расходах на здравоохранение с разбивкой по категориям медицинских услуг приведены на рис. 3.4.

Большая часть расходов выделяется на оказание медицинской помощи, и лишь незначительная их доля – на образование и научные исследования в области медицины. Так, в 2004 г. на образование было выделено примерно 3%, а на научные исследования – 0,4% общих расходов на здравоохранение (см. табл. 3.6).

Рис. 3.4. Государственные расходы на медицинское обслуживание населения с разбивкой по видам помощи (в %), 1999–2005 гг.



Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

Таблица 3.5. Государственные расходы на здравоохранение с разбивкой по видам деятельности, в млн сумов, 1999–2005 гг.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
Медицинская помощь	56 758	82 026	119 407	173 519	217 163	270 186	252 108
Образование и подготовка кадров	1734	2677	3874	5108	7040	8513	7795
Научные исследования	155	311	486	629	1053	1193	995
Другое	10	26	34	55	85	97	91
Всего	58 656	85 039	123 801	179 310	225 340	279 988	260 999

Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

Примечание: ^a – данные за первые 9 месяцев 2005 г.

Таблица 3.6. Государственные расходы на здравоохранение как доля общих расходов на здравоохранение, с разбивкой по видам деятельности, 1999–2005 гг.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
Медицинская помощь	96,76	96,46	96,45	96,77	96,37	96,50	96,59
Образование и подготовка кадров	2,96	3,15	3,13	2,85	3,12	3,04	2,99
Научные исследования	0,26	0,37	0,39	0,35	0,47	0,43	0,38
Другое	0,02	0,03	0,03	0,03	0,04	0,03	0,04
Всего^b	100	100	100	100	100	100	100

Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

Примечания: ^a – данные за первые 9 месяцев 2005 г., ^b – в результате ошибок округления общая сумма может быть не равна 100%.

Таблица 3.7. Государственные расходы на оказание медицинской помощи с разбивкой по источникам финансирования, в млн сумов, 1999–2005 гг.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
Республиканский бюджет	4897	8932	13 237	17 562	22 417	28 690	30 912
Местные бюджеты	51 861	73 094	106 170	155 957	194 746	241 495	221 196

Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

Примечание: ^a – данные за первые 9 месяцев 2005 г.

Таблица 3.8. Государственные расходы на оказание медицинской помощи как доля общих расходов на здравоохранение, с разбивкой по источникам финансирования, 1999–2005 гг.

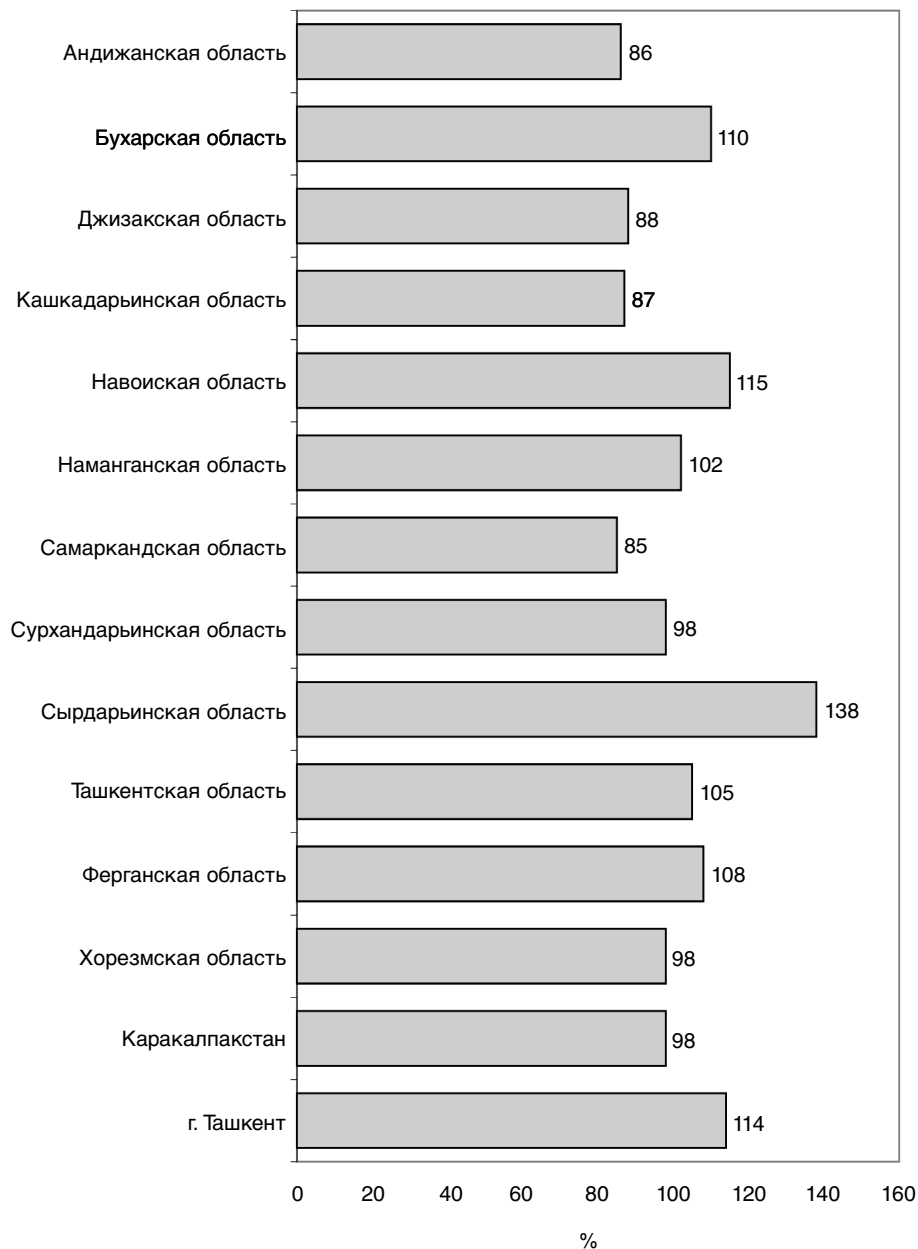
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
Республиканский бюджет	8,6	10,9	11,1	10,1	10,3	10,6	12,3
Местные бюджеты	91,4	89,1	88,9	89,9	89,7	89,4	87,7

Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

Примечание: ^a – данные за первые 9 месяцев 2005 г.

Большая часть расходов на здравоохранение из государственных источников поступает из местных бюджетов (см. табл. 3.7 и 3.8). Однако уровень государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в разных областях может существенно отличаться. Как правило, в бедных областях они ниже, чем в богатых (см. рис. 3.5).

Рис. 3.5. Государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения, по областям, в % от среднего, 2003 г.



Источник: Langenbrunner, Salikhova & Karimova, 2006.

3.2. Охват населения услугами здравоохранения и права пациентов на получение этих услуг

Охват населения

Номинально государственная система здравоохранения Узбекистана должна обеспечивать всеобщий охват населения республики медицинским обслуживанием. В Конституции 1992 г. указано: «Каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание» (Республика Узбекистан, 1992). Однако, хотя Конституция гарантирует доступ ко всем уровням медицинской помощи, бесплатного медицинского обслуживания, в отличие от Конституции СССР, она уже не гарантирует. Поэтому Конституция Узбекистана стала важным шагом на пути переопределения обязанностей государства в отношении охраны здоровья населения.

Закон «Об охране здоровья граждан» 1996 г. можно считать развитием положений Конституции. В нем подтверждено право граждан на медицинское обслуживание. Это право распространяется на все виды медицинских услуг, включая родовспоможение, дородовое наблюдение и неонатальный уход, педиатрическую помощь, иммунизацию, планирование семьи, амбулаторную помощь и специализированную помощь. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения (Республика Узбекистан, 1996).

В этом законе определены финансируемая государством программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению и услуги, расходы на которые должны возмещаться из других источников финансирования (дополнительные услуги). Все граждане имеют право на медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Узбекистан, пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Республики Узбекистан, если иное не предусмотрено международными договорами Республики Узбекистан. Иностранцам, находящимся на территории Республики Узбекистан, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Республики Узбекистан (Республика Узбекистан, 1996). Беженцы и иностранные граждане имеют право на бесплатную экстренную помощь. Поставщики медицинских услуг должны оказывать иностранным гражда-

нам и другие услуги по тарифам, не превышающим обычные расценки на соответствующие услуги (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 1996).

Согласно неэмперическим данным, лица из групп с более высокими доходами пользуются доступом к гарантированной государством медицинской помощи не в полном объеме, вместо этого предпочитая услуги частного сектора или медицинское обслуживание по частной договоренности.

За последнее время появились услуги добровольного медицинского страхования, предлагаемые коммерческими компаниями. Данные о размере их доли рынка отсутствуют, хотя по отдельным сведениям можно предположить, что она остается незначительной (более подробно см. главу 6 и пункт 3.3, «Добровольное медицинское страхование»).

Заклученные, солдаты срочной службы и военнослужащие могут пользоваться услугами параллельных систем здравоохранения, управление которыми осуществляется вне системы Министерства здравоохранения. В случаях, когда в таких параллельных системах здравоохранения нет возможности оказать необходимую специализированную помощь, можно воспользоваться услугами учреждений, входящих в систему Министерства здравоохранения. Механизмы оказания помощи и соглашения о финансировании в этих редких случаях определяются путем специальных соглашений между Министерством здравоохранения и соответствующими ведомствами (по сведениям частного источника из Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения).

Программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению

Финансируемая государством программа предоставления бесплатной медицинской помощи включает первичную медико-санитарную помощь, экстренную помощь, помощь гражданам, страдающим «социально значимыми и опасными заболеваниями», и специализированную помощь уязвимым группам населения (Республика Узбекистан, 1996). Лечебно-профилактические учреждения государственной системы здравоохранения оказывают гарантированную государством медицинскую помощь населению бесплатно. Все медицинские и иные услуги сверх установленной государством программы гарантий являются дополнительными и оплачиваются населением в установленном

порядке (Республика Узбекистан, 1996). Лекарственное обеспечение во время стационарного лечения входит в программу государственных гарантий в случае, если само такое лечение входит в эту программу. Лекарства при амбулаторном лечении в программу государственных гарантий не входят, за исключением бесплатного лекарственного обеспечения 13 льготных категорий граждан, включая сирот, инвалидов 1-й и 2-й группы, детей и подростков в возрасте до 17 лет и одиноких пенсионеров, стоящих на учете в отделах социального обеспечения как нуждающиеся в социальной помощи (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997). В 2004 г. общий объем расходов на лекарства при амбулаторном лечении этих 13 льготных категорий граждан составил 2,1 млрд сумов (что соответствует примерно 2 млн долл. США) (по сведениям частного источника из Министерства здравоохранения); сведений об уровне неудовлетворенных потребностей населения в этой области нет.

В программу государственных гарантий входят следующие услуги первичной медико-санитарной помощи:

- лечение наиболее распространенных болезней и неотложных состояний;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний;
- проведение мер по охране семьи, материнства и детства.

В 2004 г. в документе, содержащем описание основных функций подразделений ПМСП, Министерством здравоохранения был разработан четкий перечень услуг, входящих в программу государственных гарантий (Министерство здравоохранения, 2004а). В этом документе перечислены состояния, которые подлежат диагностированию и лечению в подразделениях первичной медико-санитарной помощи (например, хроническая сердечная недостаточность первой и второй стадии, бронхит и диабет), связанные с ними диагностические процедуры и обследования (например, электрокардиография) и состояния, подлежащие реабилитационному лечению и постоянному наблюдению. В соответствии с этим документом, учреждения ПМСП обязаны предоставлять пациентам индивидуальные консультации по вопросам укрепления здоровья и санитарного просвещения.

Другой группой услуг, включенных в программу государственных гарантий, является экстренная помощь. Несмотря на наличие широкой сети государственной службы и станций скорой помощи,

каждый гражданин по закону имеет право получить скорую и неотложную помощь у любого поставщика медицинских услуг, вне зависимости от формы собственности (Республика Узбекистан, 1996). Этот закон обязывает всех медицинских и фармацевтических работников оказывать скорую и неотложную помощь в случае необходимости; за неказание такой помощи эти лица несут ответственность перед законом. Однако вопросы, касающиеся возмещения затрат на услуги, предоставляемые в частном секторе или в государственных лечебно-профилактических учреждениях, использующих смешанные формы финансирования (т. е. сочетание государственного финансирования и самофинансирования), пока что четко не определены.

Медицинские услуги сверх программы государственных гарантий по ПМСП, экстренной помощи и помощи лицам, страдающим «социально значимыми и опасными заболеваниями», должны финансироваться из негосударственных источников, включая медицинское страхование, взносы работодателей, фонды общественных организаций и объединений и средства физических лиц, но не огра-

Таблица 3.9. Перечень льготных категорий лиц, медицинская помощь которым оказывается республиканскими специализированными центрами за счет средств государственного бюджета

Категории граждан

Инвалиды с детства

Сироты

Инвалиды I и II группы

Ветераны и инвалиды Великой Отечественной войны

Пенсионеры

Участники трудового фронта в годы войны 1941–1945 гг.

Инвалиды из числа лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС

Воины-интернационалисты (например, участники войны в Афганистане)

Лица из малообеспеченных семей, получающих материальную помощь в органах самоуправления граждан

Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

ничиваясь вышеперечисленным. Для отдельных категорий граждан предусмотрена специальная дополнительная программа бесплатных услуг. Так, для девяти категорий граждан бесплатными являются услуги высокоспециализированной медицинской помощи, предоставляемые республиканскими специализированными центрами (см. табл. 3.8). Виды высокоспециализированных услуг, финансируемых для этих групп граждан из средств государственного бюджета, четко не определены и обычно включают все услуги, предоставляемые данными центрами.

Гарантированный государством пакет бесплатных медицинских услуг, определенный в законе «Об охране здоровья граждан» 1996 г., с тех пор не подвергался никаким изменениям. Он по-прежнему служит основой для формирования политики и методических руководств, касающихся предоставляемых населению льгот.

Услуги, входящие в программу государственных гарантий, можно получить также и в частных медицинских учреждениях на платной основе. Однако в этом случае расходы на оплату этих услуг пациентам не возмещаются.

В государственном секторе существуют финансовые льготы для определенных категорий граждан, в том числе для тех кто находится на «больничном листе», женщин, находящихся в декретном отпуске, инвалидов и лиц, страдающих психическими заболеваниями. В случае болезни листок нетрудоспособности выдается сначала на пять дней. По истечении этого срока для продления листка нетрудоспособности необходимо одобрение специальной комиссии, которая есть в каждом государственном лечебно-профилактическом учреждении, кроме индивидуальных врачебных практик, где для продления листка нетрудоспособности одобрение такой комиссии не требуется. В течение срока действия листка нетрудоспособности пациенты получают пособия по системе социального обеспечения в размере 80–100% своего обычного заработка; эти пособия выплачиваются их работодателями. В 2004 г. было выдано в общей сложности 1 236 375 «одобренных» листков нетрудоспособности, по которым общая продолжительность временной нетрудоспособности составила 32,5 млн дней, что в среднем составляет 26,3 дня на каждый листок нетрудоспособности (Institute of Health, 2006).

Если листок нетрудоспособности необходимо продлить на срок более трех месяцев подряд или на срок четыре месяца с перерывами в течение года, то медицинская карта пациента передается на рассмотрение врачебно-трудовой экспертной комиссии, которая входит в

систему социального обеспечения и не зависима от органов здравоохранения. Эта комиссия принимает решение о праве пациента на финансовое пособие по инвалидности. По решению врачебно-трудовой экспертной комиссии пациенту может быть присвоена одна из трех групп инвалидности, две из которых не дают права на работу. Всех лиц, которым присвоена любая из трех групп инвалидности, ставят на диспансерный учет, и они имеют право на получение один раз в год реабилитационного лечения, оплачиваемого за счет государства. Диспансерный учет используется в государственной системе здравоохранения в целях поддержки соблюдения протоколов лечения конкретных заболеваний. Пациенты, страдающие психическими заболеваниями, имеют право на такие же пособия по инвалидности, но ими занимаются отдельные экспертные комиссии, которые создаются при психиатрических больницах.

3.3. Сбор и источники финансовых средств

Узбекская система здравоохранения финансируется из нескольких источников. Основная доля финансирования здравоохранения поступает за счет налогов, но в последнее время государственное финансирование все больше дополняют или замещают другие источники – в основном это личные средства граждан. Частные платежи граждан за медицинские услуги впервые были введены как прямые платежи за лекарства при амбулаторном лечении и питание в стационарных медицинских учреждениях и постепенно были распространены также на медицинские услуги. Со второй половины 1990-х гг. в целях решения различных задач по реорганизации системы здравоохранения все больше стали использоваться программы международного содействия развитию системы здравоохранения, в основном в форме кредитов. В последние годы еще одним альтернативным источником финансирования здравоохранения стало добровольное медицинское страхование, хотя его доля по-прежнему очень незначительна.

Обязательные источники финансирования

В Узбекистане значительная доля финансирования здравоохранения приходится на государственные средства. Основным получателем государственных средств является государственный сектор системы

здравоохранения, и лишь незначительная их часть выделяется частному сектору. Государственные средства поступают из разных источников, но в основном это различные виды налогов. При этом специальных целевых налогов на финансирование здравоохранения в Узбекистане на сегодняшний день нет.

Размер государственного бюджета Узбекистана на 2006 г. составлял около 6199 млрд сумов (по курсу 1240 сумов за 1 долл. США это соответствует примерно 5 млрд долл.). Около 18% доходов государственного бюджета составляли прямые налоги (например, налоги на доходы физических и юридических лиц). На долю косвенных налогов (таких как таможенные сборы и НДС) приходилось примерно 34% государственных доходов, на долю ресурсных налогов (налог на недвижимое имущество, земельный налог, налоги за пользование природными ресурсами) – 13%, на долю дивидендов от государственных инвестиций – 27%, на долю прочих доходов (например, налог на школьное образование) – 8% (Министерство финансов, 2006).

Главным органом по сбору налогов в Узбекистане является Главное государственное налоговое управление при Кабинете министров Республики Узбекистан. В этом ведомстве поддерживается вертикальная структура управления, и оно имеет свои отделения как на областном, так и на районном уровне. Местные отделения Главного государственного налогового управления в районах и городах несут ответственность за сбор налогов на подведомственных им территориях.

Ставки налогов в Узбекистане устанавливает Олий Мажлис. Система налогообложения прогрессивная; установлены минимальная и максимальная ставки налогообложения. Если месячный доход не превышает пяти размеров МРОТ (который в настоящее время эквивалентен примерно 8–9 долл. США), то ставка подоходного налога составляет 13%. При месячном доходе в размере 5–10 МРОТ ставка подоходного налога составляет 18%. Если месячный доход превышает МРОТ более чем в 10 раз, то применяется максимальная ставка подоходного налога в размере 25% (Республика Узбекистан, 2005; Республика Узбекистан, 2006).

Несмотря на то что физическим лицам никаких налоговых льгот, связанных с понесенными ими расходами на оплату медицинских услуг, не предоставляется, в секторе здравоохранения имеются другие формы субсидий. Так, частные медицинские учреждения в первые два года с момента своего образования освобождаются от уплаты всех видов налогов при условии целевого использования высвобождаемых средств для оснащения учреждений современным

медицинским и диагностическим оборудованием (Президент Республики Узбекистан, 1998). На доходы государственных учреждений здравоохранения, полученные от деятельности по оказанию платных услуг населению, также предоставляется налоговая скидка на период до января 2008 г. (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999b).

Добровольное медицинское страхование

По отдельным сведениям, на долю добровольного медицинского страхования в Узбекистане приходится очень незначительная часть расходов на здравоохранение. При этом достоверные национальные данные об объемах услуг, покрываемых ДМС, отсутствуют. В настоящее время такие виды страхования предлагает очень мало компаний.

В Узбекистане существует две категории компаний, предлагающих услуги ДМС: частные медицинские учреждения (MDS, 2004) и страховые компании, занимающиеся другими видами страхования (UNIC, 2006). В зависимости от вида предоставляемого покрытия для услуг, полностью или частично исключенных из государственной схемы, ДМС часто подразделяется на заменяющее, дополняющее и дополнительное, но имеющиеся на узбекском рынке полисы ДМС довольно трудно классифицировать в соответствии с этими категориями. Каких-либо ограничений на покрытие по видам и объемам услуг нет. Предоставляемое полисами ДМС покрытие включает услуги как из программы государственных гарантий, так и сверх нее. Предполагаемым преимуществом ДМС перед государственной схемой является качество обслуживания, ускоренный доступ к медицинским услугам и расширение потребительского выбора в том, что касается поставщиков.

Одной из крупнейших частных клиник в Узбекистане является МДС. В ней работает около 200 сотрудников, 80 из которых врачи. Страховые полисы, предлагаемые этим учреждением, не дифференцированы по уровню рисков и позволяют застрахованным пользоваться всеми видами услуг, предлагаемых клиникой. МДС предлагает четыре вида страховых полисов:

- индивидуальный полис, не включающий хирургические вмешательства;
- индивидуальный полис, включающий хирургические вмешательства;

- семейный полис (на мужа, жену и детей), не включающий хирургические вмешательства;
- семейный полис (на мужа, жену и детей), включающий хирургические вмешательства.

Одной из страховых компаний, предлагающих услуги по ДМС, является Национальная компания импортно-экспортного страхования «Узбекинвест» (UNIC). Эта компания, вероятно, является крупнейшим эмитентом полисов ДМС в стране. Со времени своего основания несколько лет назад она продала в общей сложности около 2400 полисов. В отличие от страховых полисов, предлагаемых клиникой МДС, полисы UNIC имеют более сложную структуру: уровень риска страхуемых зависит от возраста, и страховое покрытие обеспечивает лишь ограниченный объем медицинских расходов. Кроме того, UNIC предлагает различные виды страхового покрытия. Первый из них включает только расходы, связанные с амбулаторными посещениями врачей и визитами врачей на дом. Максимальный объем покрытия включает все расходы, связанные с амбулаторными посещениями, визитами врачей на дом, скорой помощью, стационарным лечением и покупкой лекарств во время стационарного лечения. Такие полисы обеспечивают скидки в 21 лечебно-профилактическом учреждении в столице и крупных областных центрах (UNIC, 2006).

Цены на полисы ДМС никак не регулируются. Невысокий объем продаж, небольшой набор рисков и предвзятый выбор, по-видимому, приводят к высоким ценам на полисы ДМС. В клинике МДС стоимость годового полиса составляет от 500 долл. США (индивидуальный полис, не включающий хирургические вмешательства) до 875 долл. США (семейный полис, включающий хирургические вмешательства) (MDS, 2004). Стоимость полиса UNIC, обеспечивающего покрытие самого широкого набора услуг, составляет от 24% страховой суммы для групп наименьшего риска до 42% страховой суммы для групп наибольшего риска (UNIC, 2006). Существующая политика установления цен на ДМС ориентирована на привлечение клиентов с высокими доходами. Срок действия полиса ДМС обычно составляет один год без каких бы то ни было ограничений. Вероятно, потому, что доля рынка ДМС в Узбекистане очень незначительна, каких-либо специальных государственных норм регулирования на этот счет пока не разработано, за исключением методических рекомендаций для страховщиков, составленных Министерством здравоохранения (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2000).

Личные расходы граждан

Официальные платежи

Как уже говорилось, советская система здравоохранения обеспечивала всеобщий охват населения медицинским обслуживанием, и пациенты практически никогда не должны были платить за медицинскую помощь, вне зависимости от места обращения. После провозглашения независимости в Узбекистане все более ощущалась нехватка государственных ассигнований для поддержания унаследованной от советского периода системы здравоохранения. В целях обеспечения дополнительных поступлений постепенно появлялись новые механизмы.

Проводимые правительством реформы в основном способствовали введению прямых платежей граждан за счет личных средств. Предполагалось, что на смену прямым платежам придет система медицинского страхования, предусматривающая разделение затрат на здравоохранение, но пока эта система не реализована, и поэтому основную часть частных платежей граждан составляют прямые платежи.

Прямые платежи граждан за счет личных средств делятся на взимаемые в государственном и негосударственном секторах. Регулированием платежей граждан в государственном секторе занимаются соответствующие управления Министерства здравоохранения и областные органы здравоохранения.

В рамках системы официальных платежей граждан за счет личных средств с 1998 г. в Узбекистане была введена плата за питание, предоставляемое пациентам во время пребывания в стационаре. Бесплатным является только завтрак. Оплата за питание может быть внесена путем прямых личных платежей; ее может также произвести спонсор или работодатель пациента. Бесплатным питанием в стационарах обеспечиваются пациенты, страдающие заболеваниями, относящимися к указанным ниже 12 группам, а также 10 категорий населения, перечисленных в табл. 3.10.

При этом из государственного бюджета по-прежнему поступают средства на питание в стационарах, поэтому те доходы, которые медицинские учреждения получают от оплаты за питание, должны стать дополнительным ресурсом, используемым ими для укрепления своей материально-технической базы (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997).

В советский период все лекарства при стационарном лечении обеспечивало государство, и для пациента они были бесплатными, а лекарства при амбулаторном лечении либо оплачивало государство,

Таблица 3.10. Группы пациентов и категории населения, имеющие право на бесплатное питание в государственных стационарных медицинских учреждениях

Группы заболеваний	Категории населения
Рак	Инвалиды с детства
Туберкулез	Сироты
Психические заболевания	Инвалиды I и II группы
Наркомания (в специализированных лечебно-профилактических учреждениях)	Ветераны и инвалиды Великой Отечественной войны
Заболевания, связанные с воздействием радиоактивного облучения	Одиноким пенсионеры, состоящие на учете в органах социальной защиты населения
Инфекционные заболевания	Участники трудового фронта в годы войны 1941–1945 гг.
Сифилис	Инвалиды из числа лиц, принимавших уча- стие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС
ВИЧ/СПИД	Воины-интернационалисты (например, уча- стники войны в Афганистане)
Неотложные состояния	Дети и подростки в возрасте до 17 лет
Анемия у беременных	Призывники в возрасте 18–27 лет
Болезни эндокринной системы	
Лепра	

Источник: Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997.

либо они продавались в аптеках по централизованно устанавливаемым и контролируемым государством ценам. Со времени обретения независимости и после начала реформ здравоохранения государство оплачивает лишь ограниченный набор лекарств при амбулаторном лечении некоторых групп заболеваний и категорий населения. Все остальные расходы на лекарства должны оплачиваться из других ис-

точников (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997). По некоторым сведениям, большинство расходов на оплату лекарств при амбулаторном лечении производится в форме индивидуальных прямых платежей, хотя достоверные данные о долях различных видов платежей пока отсутствуют. Право на бесплатные медикаменты при амбулаторном лечении имеют следующие категории населения (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997):

- пациенты, страдающие следующими категориями заболеваний: рак, болезни эндокринной системы, психические заболевания, туберкулез, лепра, ВИЧ/СПИД и послеоперационные состояния, связанные с операциями на сердце и трансплантациями;
- шесть групп населения: одинокие пенсионеры, состоящие на учете в органах социальной защиты населения; участники трудового фронта в годы войны 1941–1945 гг.; ветераны и инвалиды Великой Отечественной войны; инвалиды из числа лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС; воины-интернационалисты (например, участники войны в Афганистане); военнослужащие, уволенные в запас, которые проходили службу на атомных объектах военного назначения.

Однако достоверные данные об имеющихся или неудовлетворенных потребностях этих групп населения в лекарственном обеспечении отсутствуют.

Согласно последним законодательным актам, поставщики медицинских услуг имеют право взимать с пациентов прямые официальные платежи. В Указе Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 г. указаны сроки, в течение которых на смену бюджетному финансированию различных учреждений здравоохранения в государственном секторе должны прийти другие источники. Поскольку система плательщиков третьей стороны в узбекской системе здравоохранения отсутствует, то основным официальным источником поступлений стали прямые платежи граждан.

По данным Министерства здравоохранения, в последние годы доля поступлений от оплаты услуг, которые в государственном секторе официально являются платными, постепенно растет. Так, в 2002 г. объем платных услуг составлял 3,8% общего бюджетного финансирования; в 2003 г. – уже 4,1%, а в 2005 г. – 5,8% (см. табл. 3.11). Число лиц, пользующихся услугами, официально являющимися платными, также росло: в 2001 г. их было 651 400 человек, в 2002 г. –

Таблица 3.11. Доля платных услуг и платного питания в стационарах в общих государственных расходах на здравоохранение, в млн сумов и в %, 1999–2005 гг.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Общие государственные расходы на здравоохранение	58 390	86 105	125 921	183 183	231 306	288 996	271 597
(%)	100	100	100	100	100	100	100
Платное питание	–	–	896	1176	1568	2005	1824
(%)	–	–	0,7	0,6	0,7	0,7	0,7
Платные услуги	–	–	5618	6873	9555	13 700	15 688
(%)	–	–	4,5	3,8	4,1	4,7	5,8

Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

790 000, а в 2003 г. – 931 700 (по сведениям частного источника в Министерстве здравоохранения).

Но несмотря на то, что конечной целью введения официальных прямых платежей граждан было привлечение дополнительных ресурсов в систему здравоохранения, увеличение платных медицинских услуг привело к падению спроса на медицинские услуги, поскольку многие пациенты не могут оплатить их.

Разделение затрат

Механизм разделения затрат в узбекской системе здравоохранения практически отсутствует. По некоторым сведениям, в секторе добровольного медицинского страхования вводятся различные формы разделения затрат, но достоверных данных об этом нет.

Неофициальные платежи

Веских доказательств на этот счет не очень много, но некоторые данные указывают на то, что неофициальные платежи за медицинские

услуги существовали и при советской власти (Belli, Gotsadze & Shahriari, 2004), а с распадом Союза распространились в регионе еще более широко (Belli, Gotsadze & Shahriari, 2004).

В Узбекистане неофициальными платежами за медицинские услуги можно считать те, которые никак не регистрируются. И хотя законом «Об охране здоровья граждан» разрешены добровольные и благотворительные финансовые пожертвования граждан на нужды государственного здравоохранения (Республика Узбекистан, 1996), существует мнение, что в настоящее время на долю неофициальных платежей приходится больший объем средств, чем на долю официальных платежей за частные медицинские услуги. Врачи, работающие в государственных медицинских учреждениях, неофициально занимаются частной практикой, в результате чего объем неофициальных платежей (а также доходы медицинских работников) существенно увеличиваются (World Bank, 2003). Согласно «Оценке уровня жизни», проведенной в 2003 г. Всемирным банком, более двух третей потребителей услуг здравоохранения неофициально платили за них в натуральной или денежной форме, при этом деньгами чаще расплачивались в городах, чем в сельской местности. Неофициальные платежи за медицинские услуги производились либо добровольно, либо по требованию медицинских работников и могли как дополнять, так и заменять официальные платежи (World Bank, 2003).

Неофициальные платежи в разных регионах страны различны; отличаются они и по видам расходов, зависят от вида медицинских учреждений и уровня доходов пациентов. По данным обследования бюджета домохозяйств, проведенного в 2001 г. Всемирным банком, наибольшее бремя частных платежей в домохозяйствах приходилось на оплату лекарств, причем в медицинских учреждениях от пациентов зачастую требовали, чтобы они покупали те лекарства, которые официально являются бесплатными. Неофициальные платежи были менее распространены и были ниже в тех учреждениях и за те услуги, которые официально являются бесплатными, – например, за услуги первичной и экстренной помощи и за иммунизацию (World Bank, 2003). Некоторые примеры неофициальных платежей, о которых сообщали респонденты в фокус-группах, представлены в табл. 3.12.

Неофициальные платежи ухудшают доступ к необходимым медицинским услугам, в особенности для малоимущих слоев населения. Поскольку такие платежи в большей степени распространены во вторичном и третичном секторах медицинской помощи, то малоимущим гражданам особенно трудно получить доступ к высококачест-

Таблица 3.12. Примеры неофициальных наличных платежей, в сумах

Ташкент	Джизак	Фергана	Наманган
– 225 000 врачу за лечение; 10 000 врачу за переливание крови; 15 000 медсестре за инъекции. – 10 000 врачу; 20 000 за питание и койко-место. – 10 000 врачу; 10 000 за койко-место; 5 000 за рентгеновское обследование в клинике МДС; – 20 000 за госпитализацию беременной; 30 000 за операцию; 15 000 за медицинские услуги	– 20 000 за тесты, анализы и рентгеновское обследование; 250 000 профессору; 25 000 за перевязочные материалы; 10 000 медсестрам. – 50 000 врачу; 12 000 за питание. – 60 000 врачу; 10 000 за тесты, анализы и рентгеновское обследование. – 48 000 врачу; 1000 за тесты, анализы и рентгеновское обследование. – 25 000 врачу	– 15 000 врачу «в благодарность»; 7200 медсестре. – 30 000 врачу за операцию; 2000 за тесты, анализы и рентгеновское обследование. – 2000 врачу в Андижане; 7000 врачу в Маргилане «в благодарность»	– 2000 за тесты, анализы и рентгеновское обследование; 1000 за койко-место; 2000 табибу (народному целителю). – 30 000 за операцию; 25 000 донорам; 2000 медсестре; 3000 палатному врачу. – 10 000 за лечение; 30 000 за лекарства. – 20 000 врачу; 10 000 за питание

Источник: Nishino, 2002.

венной медицинской помощи (см. табл. 3.13). Кроме того, для страдающих серьезными заболеваниями наличие неофициальных и официальных платежей может привести к возникновению «ловушки бедности».

Поскольку механизмы социальной защиты населения в Узбекистане развиты не очень хорошо, то для лиц, имеющих серьезные проблемы со здоровьем, вероятность обнищания довольно высока (World Bank, 2003). Качественное исследование, проведенное в одной из областей страны (Ферганской), выявило, что 31% лиц из группы с наименьшим уровнем дохода, которые нуждаются в медицинской помощи, не обращаются за ней из-за нехватки средств

Таблица 3.13. Распределение населения, оплачивающего медицинские услуги, по группам доходов

Место жительства	Квинтиль дохода				
	Беднейшие	2-й квинтиль	3-й квинтиль	4-й квинтиль	Самые богатые
В городах	8,1	11,7	15,0	20,6	44,6
В сельской местности	15,2	21,3	22,6	21,7	19,2
Всего	11,2	15,9	18,3	21,1	33,5

Источник: World Bank, 2003.

и 77% лиц трудно найти деньги на оплату медицинских услуг (Cashin, 2001). Личные платежи граждан особенно ощутимы для бюджета тех домохозяйств, где есть лица из наиболее уязвимых групп населения – например, дети или лица, страдающие хроническими заболеваниями (World Bank, 2003).

По результатам «Оценки уровня жизни», проведенной Всемирным банком, сделан вывод о том, что неофициальные платежи за медицинские услуги в Узбекистане обусловлены несколькими факторами. Люди платят за то, чтобы получить медицинское обслуживание лучшего качества и более внимательное и вежливое отношение со стороны медицинского персонала. Кроме того, население в массе своей плохо осведомлено о том, что представляет собой программа государственных гарантий, что такое права пациента и в чем состоят обязанности поставщиков медицинских услуг. В настоящее время в стране отсутствуют действенные механизмы борьбы с неофициальными платежами, при этом имеющаяся нерациональная организация дел на уровне учреждений еще более усугубляет ситуацию. Кроме того, пациентам выгоднее договориться с врачом о неофициальной оплате услуг, так как это может оказаться дешевле, чем вносить за них официально установленную плату в кассу лечебного учреждения (World Bank, 2003).

Предполагалось, что введение официальных платежей за услуги, более гибкое использование средств и переход на самофинансирование будут способствовать сокращению доли неофициальных платежей. Министерство здравоохранения также предприняло попытку решить проблему неосведомленности населения о новой политике льгот, прав и обязанностей путем составления протокола, обязывающего все ле-

чебно-профилактические учреждения информировать пациентов о программе государственных гарантий и о тарифах на платные услуги. Для этого в медицинских учреждениях должны быть размещены брошюры с соответствующей информацией. Насколько результативной была эта инициатива, сказать трудно, поскольку со времени публикации «Оценки уровня жизни», проведенной Всемирным банком, на момент составления данного обзора никаких новых исследований, касающихся неофициальных платежей, произведено не было.

Внешние источники финансирования

Внешние источники финансирования широко используются в целях поддержки проводимых реформ и укрепления существующей инфраструктуры здравоохранения. Эти средства могут поступать в виде кредитов, гуманитарной помощи, прямых иностранных инвестиций и грантов международной технической помощи.

Международные организации проводят в Узбекистане целый ряд программ технической помощи. Одной из крупнейших таких программ является проект «ЗдравПлюс», финансируемый Агентством США по международному развитию (ЮСЭЙД) и реализуемый компанией Abt Associates Inc. Другими крупными организациями, которые ведут различные проекты в секторе здравоохранения, являются фонды развития Великобритании и Японии. Всемирный банк и Азиатский банк развития предоставили кредиты на развитие секторов ПМСП и охраны здоровья матери и ребенка.

Программы технической помощи разрабатываются в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения, что обеспечивает их соответствие целям и задачам государственных реформ. В период с 2000 по 2005 г. в сектор здравоохранения поступило в общей сложности 144 млн долл. США внешней помощи, а объем инвестиционных обязательств на ближайшие 4–5 лет составляет еще 150 млн долл. (UNDP Uzbekistan, 2006a).

В таблицах 3.14 и 3.15 представлены наиболее крупные инвестиционные программы и проекты в секторе здравоохранения.

Другие источники финансирования

Документальные сведения о точном объеме добровольных и благотворительных пожертвований отсутствуют. Средства международ-

ных благотворительных фондов передаются государственным медицинским учреждениям через Министерство здравоохранения.

Довольно значительная часть государственного финансирования здравоохранения приходится на параллельные системы здравоохранения. Собственные системы здравоохранения есть у целого ряда государственных министерств и ведомств, в частности у МВД, органов национальной безопасности, Министерства обороны. Но поскольку параллельные системы здравоохранения функционируют вне системы Минздрава, то точные финансовые данные, касающиеся их деятельности, найти довольно сложно.

В Узбекистане нет каких-либо законодательных норм, запрещающих лицам, пользующимся услугами параллельных систем здравоохранения, пользоваться также и учреждениями, входящими в систему Министерства здравоохранения. Существует ли в соответствующих ведомствах какой-либо внутренний регламент, запрещающий их сотрудникам пользоваться услугами учреждений, входящих в систему Министерства здравоохранения, неизвестно. Но так как в параллельных системах здравоохранения никаких официальных платежей с пациентов не взимается, а лекарственное обеспечение в них лучше, чем в системе Министерства здравоохранения, то представляется маловероятным, чтобы лица, имеющие возможность пользоваться услугами параллельных систем здравоохранения, обращались в общедоступные медицинские учреждения госсектора.

3.4. Объединение финансовых ресурсов

В Узбекистане органом, занимающимся объединением и распределением государственных средств на нужды здравоохранения, является правительство. В том, что касается финансирования здравоохранения, провести четкую грань между деятельностью центрального (республиканского) правительства и местных (областных, районных и городских) органов власти трудно. Центральное правительство отвечает за финансирование специализированных медицинских центров, научно-исследовательских институтов, центров экстренной помощи и больниц общенационального (республиканского) уровня. В ведении местных органов власти находится финансирование остальных больниц, подразделений ПМСП, санитарно-эпидемиологических станций и служб скорой помощи (см. табл. 3.16). В 2004 г. 12% общих расходов на здравоохранение в государственном секторе покрывалось за счет средств

республиканского бюджета, 30% – из областных бюджетов и 58% – из районных и городских бюджетов (Кучкаров, Хайдаров и др., 2004).

Таблица 3.14. Крупные завершённые международные проекты и программы в секторе здравоохранения

Название проекта	Всего выплачено	Сроки реализации
Сокращение смертности в раннем детстве	3 719 257	05/2000 – 12/2004
Технико-экономическое обоснование строительства Республиканского научного центра скорой медицинской помощи в г. Ташкенте	386 000	01/2000 – 12/2001
Реабилитационный центр в г. Гулистане	2 799 320	01/2000 – 12/2000
Проект «Здоровье»	29 529 460	03/1999 – 01/2005
Улучшение доступа к лечению и уходу при ЗППП/ВИЧ/СПИД	239 774	12/2004 – 12/2005
Усовершенствование медсестринского образования в Узбекистане	2 600 000	01/2004 – 12/2004
Развитие системы охраны здоровья матери и ребенка в Каракалпакстане	4 000 000	01/2000 – 12/2000
Укрепление здоровья матерей и новорожденных	801 019	05/2000 – 12/2004
Родильные дома в г. Нурата	1 178 410	01/2000 – 12/2000
Стратегии «Народонаселение и развитие» (2000–2004)	1 500 000	01/2000 – 12/2004
Закупки медико-диагностического оборудования для Республиканского научного центра скорой медицинской помощи	7 500 000	01/2001 – 12/2002
Закупки медицинского оборудования для Республиканского онкологического научного центра	4 400 000	01/2000 – 03/2001
Закупки медицинского оборудования для НИИ кардиологии и НИИ эпидемиологии и микробиологии	500 000	01/2001 – 12/2001

Продолжение табл. 3.14

Название проекта	Всего выплачено	Сроки реализации
Закупки медицинского оборудования для детских больниц Узбекистана	500 000	01/2000 – 12/2000
Поставки вакцин для детей	1 800 000	01/2000 – 12/2001
Репродуктивное здоровье (2000–2004)	5 500 000	01/2000 – 12/2004
Репродуктивное здоровье (2005–2009)	900 000	01/2005 – 12/2009
Водоснабжение и местное здравоохранение в Южном Каракалпакстане	500 000	10/2002 – 12/2004
Поддержка регионального здравоохранения в Узбекистане	1 937 001	09/2002 – 09/2004
Поддержка репродуктивного здоровья I	2 198 529	07/2001 – 12/2005
Ташкентский перинатальный центр при Ташкентском педиатрическом медицинском институте	3 199 760	01/2001 – 12/2001
Технологическое оборудование для Республиканского научного центра скорой медицинской помощи в г. Ташкенте	9 803 270	01/2001 – 12/2002
Программа борьбы с туберкулезом I	2 387 520	10/1999 – 01/2001
Программа борьбы с туберкулезом II	2 198 530	07/2001 – 12/2005
Программа борьбы с туберкулезом III	2 421 250	09/2002 – 12/2003

Источник: UNDP Uzbekistan, 2006a.

Примечания: ЗППП – инфекции, передающиеся половым путем, НИИ – научно-исследовательский институт.

Таблица 3.15. Крупные международные проекты и программы в секторе здравоохранения, находящиеся в стадии подготовки или реализации

Название проекта	Статус	Общий объем финансовых обязательств	Сроки реализации
Развитие клинических навыков у работников медицинских учреждений Узбекистана	Выполняется	318 241	09/2005 – 09/2006
Отделения неотложной медицинской помощи	В процессе подготовки	23 100 000	01/2007 – 06/2008
Проект «Здоровье»	Выполняется	39 676 850	01/2005 – 01/2009
Поставки медицинского оборудования в Республиканский научный центр скорой медицинской помощи и его региональные филиалы	В процессе подготовки	23 746 000	02/2005 – 12/2009
Сокращение материнской и детской смертности (программа на 2005–2006 гг.)	Выполняется	930 000	01/2005 – 12/2006
Национальная программа по фортификации муки	Выполняется	2 517 980	01/2005 – 12/2009
Стратегии «Народонаселение и развитие» (2005–2009)	Выполняется	381 000	01/2005 – 12/2009
Закупки учебного и диагностического оборудования для медицинских институтов и их базовых клиник	Выполняется	3 620 000	01/2005 – 12/2006
Закупки медицинского оборудования для онкологических центров	Выполняется	2 500 000	01/2005 – 12/2006
Закупки ультразвукового оборудования для диагностических центров	Выполняется	760 000	01/2005 – 12/2006

Продолжение табл. 3.15

Название проекта	Статус	Общий объем финансовых обязательств	Сроки реализации
Усиление мер борьбы с ВИЧ/СПИД	Выполняется	3 753 760	12/2004 – 11/2008
Усиление мер борьбы с малярией	Выполняется	1 701 021	04/2005 – 03/2009
Усиление мер борьбы с туберкулезом	Выполняется	4 412 645	04/2005 – 03/2007
Техническое сотрудничество между МАГАТЭ и Министерством здравоохранения Узбекистана	Выполняется	230 000	01/2005 – 12/2006
Укрепление здоровья матери и ребенка	Выполняется	39 870 000	09/2004 – 12/2009

Источник: UNDP Uzbekistan, 2006a.

Примечания: МАГАТЭ – Международное агентство по атомной энергии.

Ведомства, занимающиеся объединением финансовых ресурсов, и механизмы распределения средств

Финансирование здравоохранения в государственном секторе включает два элемента: (1) формирование государственного бюджета здравоохранения и (2) процесс распределения финансовых средств.

Задачей местных органов власти районного и городского уровней является финансирование программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению на подведомственных им территориях (включая амбулаторное (поликлиническое) обслуживание; специализированное стационарное обслуживание в районных и городских больницах и ПМСП, оказываемое учреждениями, не перешедшими на систему подушевого финансирования). Областные органы власти отвечают за финансирование остальных медицинских учреждений, оказывающих населению помощь по программе государственных гарантий в соответствующей области (включая специализированные областные амбулаторные и

стационарные клиники и подразделения ПМСП, финансируемые по подушевым нормативам).

Таблица 3.16. Финансирование здравоохранения: распределение функций между органами государственной власти различных уровней

Центральное правительство	Местные (областные и районные/городские) органы власти
Все высшие медицинские учебные заведения	Медицинские колледжи
Институты повышения квалификации медицинских работников	Больницы
Специализированные республиканские центры (кардиологический, урологический, хирургический)	Пункты ПМСП
Больницы республиканского уровня	Фельдшерско-акушерские пункты
Центры неотложной помощи	Службы скорой помощи Санитарно-эпидемиологические станции Центры переливания крови

Источник: Кучкаров, Хайдаров и др., 2004.

Государственные поставщики медицинских услуг ежегодно составляют свои перспективные бюджеты на следующий год на основании данных о затратах, нормах и расходах за истекший период. Затем бюджеты отдельных поставщиков консолидируются в соответствующем районном или городском органе здравоохранения и передаются на утверждение в районные или городские органы власти. После такого утверждения бюджеты здравоохранения всех территориальных образований передаются в областные органы власти, где составляется уже областной бюджет.

Областные бюджеты здравоохранения составляются на основании предложений соответствующих территориальных образований и поставщиков медицинских услуг, которые непосредственно подотчетны и финансируются областными органами власти. После того

как областные органы власти утверждают предложенные бюджеты здравоохранения, эти бюджеты передаются и объединяются на уровне Министерства здравоохранения. Затем совокупные расходы областей на нужды здравоохранения объединяются с предложениями по бюджету, представленными поставщиками медицинских услуг, которые непосредственно подотчетны и финансируются через Министерство здравоохранения. Этот объединенный бюджет должен быть представлен на утверждение кабинета министров; после такого утверждения он становится национальным бюджетом здравоохранения.

Финансирование поставщиков медицинских услуг, работающих в государственном секторе, производится в соответствии с перспективными бюджетами, составленными в истекшем году. Поскольку финансовые средства поступают от органов государственной власти различных уровней, то дефицит бюджетных средств может сказываться на финансировании здравоохранения на соответствующих территориях. Если размер бюджетного дефицита таков, что на нужды здравоохранения не хватает значительного объема средств, то недостающие средства обычно компенсируются за счет субсидий от органов власти более высокого уровня.

В советской модели государственные бюджетные ассигнования государственным организациям выделялись в соответствии с жесткими детализированными постатейными бюджетами, при этом перераспределение средств между различными статьями бюджета было практически невозможным. Эта модель распределения государственных средств была сохранена в узбекской системе здравоохранения и после провозглашения независимости. Советская модель была неэффективна, и с ее помощью невозможно было решить новые проблемы, возникшие в Узбекистане в связи с переходом к рыночной экономике и возникновением рынка частных медицинских услуг и конкуренции между поставщиками.

В 1999 г. вышло постановление правительства, в соответствии с которым в порядок финансирования бюджетных организаций были внесены существенные изменения (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999b). Эти изменения были нацелены на совершенствование механизма эффективного и адресного использования бюджетных средств путем расширения самостоятельности бюджетных организаций в области управления и принятия решений. Новый механизм предусматривал финансирование бюджетных организаций по нормативам (в зависимости от профиля деятельности) методом финансирования одной строкой по четырем группам расходов. Пер-

вые две группы связаны с заработной платой и приравненным к ней платежам, а также с начислениями на заработную плату. К третьей группе расходов относятся капитальные вложения в соответствии с адресными списками, предусмотренными Государственной инвестиционной программой. Последняя группа называется «Другие расходы» и включает широкий спектр возможных ассигнований. При этом распределение бюджетных средств, отнесенных к группе «Другие расходы», производится в соответствии с установленной системой приоритетов согласно нуждам организации – например, на питание, медикаменты и эксплуатационные расходы (включая газ и электричество). Кроме того, для приобретения за счет этих средств «предметов роскоши» – таких как автомобили, мобильные телефоны, импортная офисная мебель – необходимо получить санкцию Министерства финансов (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999b).

Этим постановлением правительства был также расширен спектр источников финансирования бюджетных организаций, имеющих статус юридического лица, за счет (1) получения дополнительных доходов от производства и реализации товаров, работ и услуг по профилю деятельности; (2) предоставления бюджетными организациями в аренду сторонним организациям временно не используемых помещений и другого государственного имущества; (3) спонсорской помощи бюджетным организациям, оказываемой юридическими и физическими лицами. При этом 50% средств, полученных от предоставления в аренду сторонним организациям временно не используемых помещений и другого государственного имущества, остается в распоряжении бюджетной организации, а оставшиеся 50% средств должны быть зачислены в доходы местных бюджетов. С 1 января 2000 г. бюджетные организации, получающие дополнительные доходы из указанных источников, были освобождены сроком на 2 года от всех видов взимаемых в Государственный бюджет налогов и сборов с целевым направлением высвобождающихся средств на укрепление материально-технической и социальной базы бюджетных организаций, а также материальное стимулирование их работников (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999b).

В целях упрощения мониторинга использования государственных средств бюджетные организации должны иметь два счета: на одном из них должны аккумулироваться только те средства, которые поступают из государственного бюджета, а на другом, который называется «фонд развития», – средства, поступающие из других источников. Фонды развития формируются за счет средств, поступающих

от аренды, продажи товаров, работ и услуг, сэкономленных (неиспользованных) средств, поступивших в счет планового бюджетного финансирования и оставшихся на счетах бюджетных организаций на конец последнего рабочего дня отчетного квартала, а также спонсорской помощи. До 25% средств фондов развития может использоваться на мероприятия по социальному развитию и материальному стимулированию работников. Все средства, поступающие по линии спонсорской помощи, должны использоваться на укрепление материально-технической базы организации, если такая помощь не предназначена спонсором на другие цели (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999b).

Вышедшим в декабре 2005 г. постановлением Президента «О совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников» были внесены дальнейшие изменения, касающиеся фондов развития (см. пункт 3.6).

3.5. Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками

Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в узбекской системе здравоохранения используется интегрированная модель, хотя в последние годы в практику была также введена (в ограниченном масштабе) схема возмещения затрат. Частная медицина не получает государственного финансирования, и оказание медицинской помощи в частном секторе происходит преимущественно на базе оплаты за предоставленные услуги, которая производится за счет граждан.

В государственном секторе организационные отношения между покупателями и поставщиками медицинских услуг отличаются в зависимости от того, о каком звене медицинской помощи идет речь – первичной (сельские врачебные пункты) или специализированной (как стационарной, так и амбулаторной).

В настоящее время СВП можно подразделить на две категории: те, которые перешли на систему подушевого финансирования, и те, которые финансируются по статьям бюджета. В рамках национальной программы реформ здравоохранения в трех из двенадцати областей страны была введена система подушевого финансирования, а в 2005–2010 гг. эту систему планируется распространить по всей тер-

ритории страны (см. главу 7). В соответствии с новыми механизмами финансирования, СВП должны бесплатно оказывать прикрепленному населению определенный набор медицинских услуг, финансируемый из средств государственного бюджета по нормативам из расчета на одного жителя с учетом показателей здоровья населения в регионе. Такой тип организационных взаимоотношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг не укладывается в полной мере ни в одну из общепринятых моделей. Несмотря на то что СВП, включенные в проект реформ, де-юре должны оказывать определенные услуги населению за те средства, которые они получают из местных бюджетов по системе подушевого финансирования, де-факто каких бы то ни было договорных отношений здесь не существует, потому что медицинские учреждения находятся в собственности государства, а все их сотрудники являются государственными служащими. В качестве методов и средств регулирования поведения учреждений используются два механизма: финансовое стимулирование и протоколы. И хотя определенные финансовые стимулы, направленные на повышение эффективности и качества медицинской помощи, существуют, наиболее распространенным механизмом регулирования по-прежнему остаются протоколы, разработанные вышестоящими инстанциями.

В государственном секторе регулирование поведения больниц и специализированных амбулаторных медицинских учреждений, а также учреждений экстренной помощи более всего напоминает интегрированную модель. Государственное финансирование этих учреждений производится в строгом соответствии с детализированным постатейным бюджетом, а механизмы финансирования в качестве инструмента управления не используются. Наиболее распространенными механизмами регулирования поведения учреждений являются административные протоколы и иерархическая структура управления.

Однако в области финансирования и управления стационарными медицинскими учреждениями есть и некоторые новшества – в качестве примера можно привести пилотный проект, проводимый в четырех республиканских центрах высокоспециализированной медицинской помощи (см. главу 7). Благодаря новым механизмам изменятся существующие отношения между поставщиками и покупателями медицинских услуг: произойдет переход от интегрированной модели к более широкому использованию договорных отношений.

Четырем упомянутым выше центрам в порядке эксперимента предоставлена большая самостоятельность в области управления,

планирования персонала, установления цен на услуги и порядка их оказания. В настоящее время руководителей этих учреждений назначает правительство (кабинет министров). Согласно постановлению правительства, в ближайшем будущем будет произведена передача всего государственного имущества этих учреждений в собственность их трудовых коллективов. Все имущество этих учреждений будет продано трудовым коллективам на льготных условиях. Результатом этих мер должно стать более четкое разграничение между поставщиками и покупателями медицинских услуг, при котором Министерство здравоохранения будет выступать в качестве покупателя медицинских услуг у данных учреждений для определенных категорий населения. При этом, однако, сохранились и определенные черты, характерные для интегрированной модели.

Эти созданные в порядке эксперимента центры высокоспециализированной медицинской помощи получают от Министерства здравоохранения средства в качестве возмещения своих затрат на обслуживание льготных категорий пациентов, имеющих право на бесплатное лечение. Оплата за все остальные услуги должна поступать из других источников, прежде всего за счет личных средств граждан. Поскольку этот процесс еще только начинается, каких-либо специальных норм, направленных на предотвращение разного рода злоупотреблений и искусственного спроса, стимулируемого врачами, пока не разработано, хотя ограничить некоторые аспекты вышеперечисленных факторов можно и с помощью существующих законодательных норм. Например, Министерством здравоохранения установлены ограничения, касающиеся возмещения расходов указанных республиканских центров по оказанию бесплатной высокоспециализированной медицинской помощи льготному контингенту лиц в размерах до 20% от имеющегося коечного фонда; для того чтобы получить право на получение бесплатной высокоспециализированной медицинской помощи, пациенту необходимо согласовать этот вопрос с Министерством здравоохранения. Вместе с тем некоторые из этих норм, по-видимому, приводят к таким результатам, которые могут потребовать введения дальнейших регулирующих мер. В частности, поскольку для льготного контингента лиц не установлен верхний предел расходов на лечение, возмещаемых за счет средств государственного бюджета, иногда это приводит к предвзятому выбору: лица, лечение которых потенциально является наиболее дорогостоящим, стремятся получить разрешение Министерства здравоохранения на бесплатное лечение, с последующим возмещением расходов медицинских учреждений из средств государственного бюджета.

3.6. Механизмы оплаты

Оплата за медицинские услуги

Способы возмещения затрат на медицинские услуги в государственном секторе можно классифицировать по видам лечения. Существует три основных способа:

- проспективные глобальные бюджеты, которые составляются на основе подушевых нормативов за оказание ПМСП населению в сельской местности (в тех регионах, где введена система подушевого финансирования);
- проспективные глобальные бюджеты, которые составляются с учетом расходов прошлых лет и затрат на оказание ПМСП населению в городах, специализированной амбулаторной и стационарной помощи, а также на функционирование учреждений санитарно-эпидемиологического надзора;
- ретроспективная оплата всех затрат, понесенных четырьмя экспериментальными республиканскими центрами высокоспециализированной медицинской помощи (с учетом фиксированных тарифов на услуги).

Одним из главных шагов, которые были сделаны узбекской системой здравоохранения в рамках отхода от советской схемы, является введение системы подушевого финансирования. На эту систему финансирования переводятся в настоящее время все СВП на всей территории страны. Подушевое финансирование производится с учетом половозрастной структуры обслуживаемого населения. Важно отметить, что в соответствии с этим новым механизмом нормативы подушевого финансирования вычисляются на уровне областей, что способствует более равномерному распределению рисков и выравниванию влияния на финансирование первичного звена географических различий в доходах. В этом механизме финансирования различия между медицинскими услугами не учитываются; он включает все расходы, связанные с оказанием ПМСП населению. Получаемые по системе подушевого финансирования средства могут быть потрачены в соответствии с четырьмя статьями бюджета, установленными в государственных протоколах. Подушевые нормативы устанавливаются областными органами власти ежегодно и зависят от размера бюджета здравоохранения соответствующей области.

Каких-либо жестких протоколов, регламентирующих долю средств, выделяемых из общего бюджета здравоохранения на первичное звено, не существует.

В основе второго механизма финансирования лежат объем затрат на оказание медицинской помощи и расходы прошлых лет. При расчете затрат учитываются такие факторы, как число коек в стационарах и число амбулаторных посещений (в городских учреждениях ПМСП и специализированных амбулаторных учреждениях). Бюджет медицинского учреждения составляется с учетом ряда нормативов (например, определенное количество врачей и медсестер на заданное число коек в стационаре). В системе санитарно-эпидемиологического надзора затраты определяются на основании численности и состава персонала. Остальные статьи бюджета составляются преимущественно на основании данных прошлых лет (например, на основании размера эксплуатационных расходов).

Вышеупомянутые экспериментальные системы финансирования, введенные в четырех специализированных республиканских центрах, аналогичны системе ретроспективного возмещения затрат «в полном объеме». Пациенты, получившие санкцию Министерства здравоохранения на возмещение расходов, оплачивают все услуги, связанные со своим лечением, а затем получают от Министерства здравоохранения ретроспективное возмещение своих расходов. Плата, взимаемая медицинским учреждением, покрывает полную стоимость услуг плюс надбавка в размере до 25%.

Планируется также ввести механизмы возмещения затрат стационарным медицинским учреждениям за каждый пролеченный случай (по системе клиничко-статистических групп, или КСГ). Этот проект будет проводиться Министерством здравоохранения совместно с международными организациями (финансируемым ЮСЭЙД проектом «ЗдравПлюс» и Всемирным банком).

Оплата труда медицинских работников

В государственном и частном секторах механизмы оплаты труда медицинских работников различны. В частном секторе размер оплаты труда практически не регулируется. Частные медицинские компании сами устанавливают структуру заработной платы своих работников, поэтому механизмы оплаты и уровни заработной платы в разных компаниях могут быть различными. То же касается и индивидуаль-

ной частной практики. Достоверные данные о механизмах оплаты труда и о размерах заработной платы работников частного сектора отсутствуют.

В государственном секторе медицинские работники получают зарплату в соответствии с инструкциями Министерства финансов, которые действуют на всей территории страны. В этих инструкциях размеры оплаты труда дифференцированы в зависимости от занимаемой должности (например, главный врач, врач, медсестра, неквалифицированный персонал и т. п.) и квалификации работника. Нагрузка работников каждой из должностей регулируется количественно: например, указывается число консультаций или число обслуживаемых коек в стационаре. Присвоением квалификаций медицинским работникам занимается специальная государственная комиссия (например, если речь идет о врачах и фармацевтах, то это Республиканский центр лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов) по результатам собеседований и экзаменов. У медицинских работников существует четыре квалификационные категории: высшая, первая, вторая и третья. Специалисты высшей категории получают надбавки к зарплате в установленном размере. Однако эти механизмы оплаты труда не способствуют улучшению производительности, качества и эффективности медицинской помощи. В результате основным методом управления по-прежнему остается механизм сдерживания – иными словами, обеспечение соблюдения административных протоколов.

Минимальный размер оплаты труда для каждой из должностей определяется инструкциями Министерства здравоохранения. Зарплаты, как правило, выплачиваются из средств государственного бюджета. Увеличить зарплату медицинских работников можно, но не за счет бюджетных средств, а путем привлечения внешних средств лечебно-профилактических учреждений. В последние годы инициативы правительства были направлены на предоставление лечебно-профилактическим учреждениям возможности использования финансового стимулирования в качестве инструмента управления. Одной из основных инициатив в этой области было постановление Кабинета министров «О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций», в соответствии с которым бюджетные организации получили возможность создавать собственные фонды развития. Как уже говорилось, до 25% средств этих фондов развития могут быть использованы для материального стимулирования работников (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999b). Организации по собственному усмотрению определяют, кто из работников и

в каком размере будет получать прибавки к зарплате. Однако следует отметить, что несмотря на увеличение доли негосударственного финансирования в последние годы, в государственном секторе она составляет лишь малую часть. В 1999 г. на долю негосударственных средств приходилось 2,8% общего финансирования здравоохранения в государственном секторе; ожидается, что в 2005 г. этот показатель должен возрасти до 7,2%. Кроме того, некоторые данные позволяют предположить, что основная часть негосударственных фондов генерируется всего несколькими крупнейшими медицинскими учреждениями. При этом сведения о том, как именно бюджетные организации осуществляют свое право на использование этих фондов в качестве материального стимулирования своих работников, отсутствуют.

Последние инициативы правительства способствовали повышению гибкости медицинских учреждений в вопросах оплаты труда медицинских работников, поскольку благодаря им появилась возможность использовать в качестве инструмента управления систему материального стимулирования. Одним из примеров является эксперимент, проводимый в четырех республиканских центрах высокоспециализированной помощи (см. главу 7), которые получили возможность самостоятельно определять схему вознаграждения своих сотрудников и вводить стимулы для повышения эффективности, качества и производительности их труда.

В последнем постановлении Президента Республики Узбекистан, вышедшем в декабре 2005 г. (Президент Республики Узбекистан, 2005а), роли финансового стимулирования отведено особое место. В соответствии с этим документом, в системе здравоохранения вводятся такие механизмы оценки и оплаты труда медицинских работников, которые:

- предусматривают четкую и непосредственную зависимость получаемой ими заработной платы и механизма поощрения от степени сложности выполняемой работы и качества оказываемой медицинской помощи;
- способствуют созданию условий по достойной оплате труда в целях закрепления медицинских работников в сельской местности, а также младшего и среднего медицинского персонала, работающего в специализированных лечебных учреждениях;
- обеспечивают дальнейшее расширение прав и повышение ответственности руководителей медицинских учреждений по объективной оценке и поощрению труда работников.

В соответствии с указанными задачами, данное постановление предусматривает следующие меры:

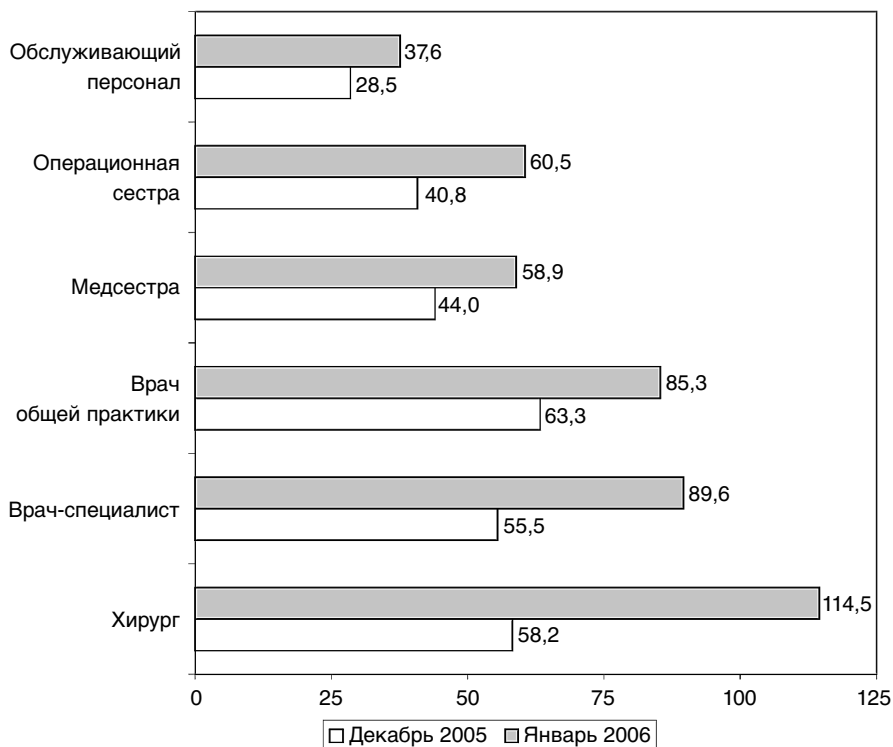
- введение в действие с 1 января 2006 г. усовершенствованной системы оплаты труда медицинских работников по группам учреждений, с установлением базовых тарифных ставок по должностям и квалификационным категориям, а также поправочных коэффициентов к ним (см. рис. 3.6);
- повышение размеров надбавок в пределах 25–35% от должностного оклада – врачам неонатологам, нейро-, кардио- и микрохирургам, медицинским работникам отделений туберкулеза, анестезиологии, реанимации, интенсивной терапии, патологической анатомии, рентгеновских и радиологических отделений, а также лабораторий, работа которых связана с живыми возбудителями инфекционных заболеваний и вирусами;
- создание в каждом медицинском учреждении Фонда материального стимулирования и развития медицинских организаций на базе Фонда развития.

В соответствии с новой схемой источниками формирования Фонда материального стимулирования и развития должны стать: до 5% от общего объема бюджетных средств, выделяемых для медицинского учреждения; средства, поступающие от спонсорских и донорских организаций, а также платного лечения и оказания услуг; сэкономленные бюджетные средства, предусматриваемые на оплату труда медицинских работников. Средства Фонда материального стимулирования и развития могут использоваться для материального поощрения медицинских работников и на развитие материально-технической базы, модернизацию и ремонт учреждения. Процентные соотношения между двумя этими направлениями расходов фонда для каждой из групп медицинских организаций должны быть определены Министерством здравоохранения, Министерством труда и социальной защиты населения и Министерством финансов.

В настоящее время ставки должностных окладов медицинских работников в государственном секторе относительно низкие. В среднем базовый размер оплаты труда врачей в государственных медицинских учреждениях составляет от 50 до 100 долл. США, а медсестер – немного ниже (см. рис. 3.6). В некоторых государственных медицинских учреждениях – в основном это касается центров высокоспециализированной медицинской помощи – заработная плата медицинских работ-

ников в несколько раз выше указанного среднего уровня и примерно соответствует зарплатам в частном секторе. Но в государственном секторе такие учреждения составляют лишь малую часть. Особо следует отметить недостаточность финансового стимулирования медицинских работников, работающих в первичном звене. Зарботная плата врачей общей практики по-прежнему ниже, чем у врачей-специалистов и хирургов. Озабоченность вызывает также большое административное бремя, связанное с введением новой системы оплаты труда (Langenbrunner, Salikhova & Karimova, 2006).

Рис. 3.6. Оценка уровня месячной оплаты труда медицинских работников в результате реформ 2006 г.



Источник: Langenbrunner, Salikhova & Karimova, 2006.

4. Планирование и регулирование

В Узбекистане здравоохранение является элементом общей социальной политики, включающей также вопросы занятости, формирования доходов, социальной защиты населения, пенсионного обеспечения, образования, оказания поддержки женщинам и защиты прав потребителей. Узбекскую систему здравоохранения можно охарактеризовать как полуинтегрированную. Страна унаследовала от Советского Союза широкую сеть медицинских учреждений, принадлежащих и управляемых государством. В основе советской системы здравоохранения лежала интегрированная модель Семашко, при которой государство по закону было главным и единственным поставщиком медицинских услуг. После провозглашения независимости в системе здравоохранения Узбекистана процессы приватизации шли не очень активно, и здравоохранение по-прежнему в основном находится в ведении правительства. Исключение составляют только стоматология и фармацевтический сектор. К категории государственных поставщиков медицинских услуг относятся учреждения ПМСП, поликлиники, больницы и медицинские НИИ, имеющие стационарные и амбулаторные отделения, а также учреждения санитарно-эпидемиологического надзора.

Отступая от модели Семашко, Правительство Узбекистана поощряет создание частных медицинских практик и клиник в целях мобилизации дополнительных ресурсов и повышения эффективности и качества медицинской помощи. После провозглашения независимости в стране постепенно увеличивается число частных поставщиков медицинских услуг (по сведениям частного источника в Управлении

лицензирования Министерства здравоохранения). В основе частной медицины лежат договорные отношения между поставщиками услуг и пациентами или плательщиками третьей стороны (в качестве которых могут выступать работодатели, правительство или страховые компании), касающиеся порядка оплаты – как правило, это гонорарный метод (оплата за предоставленные услуги). В прошлом частный сектор был представлен лишь единичными частнопрактикующими врачами, оказывающими амбулаторные услуги. Сейчас частная медицина значительно расширилась – на рынке появляются новые частные клиники, которые оказывают населению специализированную амбулаторную, стационарную и скорую медицинскую помощь.

В государственном секторе продолжается отход от интегрированной модели Семашко: в государственных учреждениях вводятся новые схемы компенсации за медицинские услуги. В учреждениях вторичного и третичного звена медицинской помощи были приняты смешанные схемы финансирования, в соответствии с которыми большинство услуг, не входящих в программу государственных гарантий, предоставляется на платной основе. Доля государственных средств в бюджете таких организаций должна постепенно уменьшаться (см. главы 3, 6 и 7).

Таким образом, существующая в настоящий момент система здравоохранения в Узбекистане представляет собой уникальное сочетание государственных и частных поставщиков медицинских услуг. Изменение функций правительства в области регулирования и планирования затрагивает в основном государственных поставщиков, а в частном секторе главными механизмами регулирования являются рыночные силы и инициативы правительства, касающиеся коммерческой деятельности.

4.1. Регулирование

Данный раздел посвящен описанию основных государственных органов, занимающихся вопросами регулирования здравоохранения в Узбекистане, тех рамок, в которых они осуществляют это регулирование, методов регулирования, а также использования в качестве инструментов регулирования целей здравоохранения и планов медицинского обслуживания. В узбекской системе здравоохранения регулирование является прерогативой правительства, а роль неправительственных организаций (НПО) либо незначительна, либо от-

сутствует вовсе. Поскольку в системе здравоохранения действует преимущественно интегрированная модель, то практически все медицинские работники являются государственными служащими. Для закупок медицинских услуг у частных поставщиков государственные средства не используются, поэтому для них процесс закупок услуг как таковой отсутствует; регулирование закупок услуг в частном секторе также отсутствует.

Наиболее наглядно регулирующие функции правительства можно описать с позиций государственного и частного секторов. В целях содействия росту и развитию частного сектора правительство поначалу строго ограничивало участие органов здравоохранения в регулировании деятельности частных поставщиков. Роль государственных органов сводилась преимущественно к лицензированию и аккредитации медицинских работников и учреждений.

Деятельность государственного сектора, напротив, жестко регулируется. На общенациональном уровне правительство занимается преимущественно разработкой стратегий и оценкой состояния здоровья населения, а в ведении органов власти областного и районного уровней находятся вопросы управления и реализации национальной политики на местах. Поскольку на местном уровне разработка политики здравоохранения производится лишь в ограниченных рамках, то руководящая роль правительства проявляется на разных уровнях по-разному. Наиболее сильными рычагами регулирования обладают органы республиканского уровня, а органы областного и районного уровней обеспечивают выполнение принятых на общенациональном уровне постановлений и директив.

Следует отметить, что государственная система здравоохранения в Узбекистане имеет строго иерархическую структуру. Преобладающим методом регулирования является формулировка национальной политики. Органы нижних уровней иерархии системы здравоохранения на местах обязаны проводить политику, разработанную на более высоких уровнях. Финансовые и иные формы стимулирования как способ регулирования деятельности поставщиков медицинских услуг не используются.

Регулирование на общенациональном уровне

На общенациональном уровне правительство осуществляет регулирование деятельности государственного сектора через целый ряд

организаций. Кабинет министров, президент и парламент занимаются разработкой концепций здравоохранения и направлений его развития. Этим органам принадлежит ключевая роль в сфере установления приоритетов, формирования национальной политики здравоохранения и определения средств и источников для реализации этой политики. В процессе разработки политики здравоохранения активно участвуют и другие ведомства, в частности Министерство здравоохранения, Министерство финансов и Министерство юстиции; принятию окончательной редакции основных документов в этой сфере обязательно предшествуют соответствующие консультации с этими министерствами. Ожидается, что с переходом к двухпалатной парламентской системе, который произошел в результате выборов 2004 г., главным органом по формированию политики в области здравоохранения станет нижняя (Законодательная) палата парламента.

Основным документом, содержащим положения о регулировании деятельности сектора здравоохранения, является закон «Об охране здоровья граждан» 1996 г. (Республика Узбекистан, 1996). К компетенции кабинета министров и Министерства здравоохранения относятся следующие вопросы:

- защита прав человека в области охраны здоровья;
- разработка государственной политики в области охраны здоровья граждан и обеспечение ее реализации;
- финансирование программ по развитию здравоохранения и медицинской науки;
- управление, координация и контроль государственной системы здравоохранения;
- контроль за обеспечением санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- установление единой системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;
- определение программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи для социально незащищенных групп населения.

Министерство здравоохранения, Министерство финансов и Министерство юстиции являются основными институциональными участниками процесса разработки детализированной политики, регулирующих норм и планов реализации государственных задач и

приоритетов. Они отвечают также за мониторинг, оценку и управление медицинской информацией.

Доступ к информации в области здравоохранения имеют только государственные министерства и ведомства. В стране пока что нет четких организационных механизмов обеспечения доступа широкой общественности к ведомственным отчетам и документам. Для советского стиля руководства прозрачность не была характерна, и для ее обеспечения требуется создание абсолютно новых механизмов и структур.

Министерство здравоохранения в основном занимается вопросами планирования, управления и регулирования в системе здравоохранения. Оно издает собственные распоряжения и протоколы по обеспечению реализации целей и задач государства в области охраны здоровья граждан. Эти документы разрабатывают соответствующие управления и отделы министерства. Кроме того, соответствующие управления министерства в большинстве случаев несут ответственность за проведение мониторинга и оценки. В ведении Главного управления лечебно-профилактической помощи, которому оказывают помощь Главное управление экономики и финансирования, а также Управление кадров и Управление науки и учебных заведений, находятся общие вопросы управления системой здравоохранения. Министерство здравоохранения составляет и издает методические руководства по планированию в области распределения финансовых ресурсов и управления медицинскими учреждениями на уровне областей.

Обязанностью Министерства здравоохранения является составление бюджета и контроль бюджетных расходов организаций на общенациональном уровне (см. главу 2). Контроль целевого использования бюджетных средств обеспечивает Главное управление экономики и финансирования, которое действует в координации с Министерством финансов. Все государственные медицинские учреждения получают бюджетное финансирование от Министерства финансов через Министерство здравоохранения.

После обретения независимости к национальным приоритетам в области здравоохранения были отнесены следующие вопросы: охрана здоровья матери и ребенка (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2001), предупреждение и контроль инфекционных болезней, охрана окружающей среды и развитие первичного звена медицинской помощи (Президент Республики Узбекистан, 1998). Основная часть национальных программ непосредственно связана с изменениями (структуры, финансирования) предоставления медицинских услуг,

незаявленной целью которых являлось улучшение доступности и качества медицинской помощи, а также равноправия в здравоохранении.

Наиболее важным документом здесь является Указ Президента Республики Узбекистан от 10 ноября 1998 г. «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» (Президент Республики Узбекистан, 1998). В этом указе определены приоритетные задачи здравоохранения, включая охрану здоровья матери и ребенка, развитие частного сектора медицинских услуг, обеспечение качества медицинской помощи и программа государственных гарантий предоставления бесплатной по месту обращения медицинской помощи населению. Помимо определения приоритетных областей, в этом указе установлены также некоторые организационные и целевые показатели, в частности:

- осуществить к 2000 г. реструктуризацию санитарно-эпидемиологической службы с образованием единой организационной структуры в рамках системы Министерства здравоохранения;
- завершить до 2005 г. повсеместный переход к двухступенчатой форме оказания первичной медицинской помощи.

Кроме того, в этом документе определена роль Министерства здравоохранения. В соответствии с данным указом, основными обязанностями Министерства здравоохранения являются:

- разработка нормативной базы и государственных стандартов качества в системе здравоохранения, включая систему мониторинга за их соблюдением;
- реализация целевых государственных программ в сфере охраны здоровья населения;
- финансирование за счет бюджетных средств первичной медико-санитарной помощи населению в рамках программы государственных гарантий;
- сертификация и аккредитация лечебно-профилактических и аптечных учреждений;
- регулирование уровня тарифов на медицинские услуги;
- стандартизация и сертификация лекарственных средств и препаратов.

В то время как эти меры включают некоторые элементы целевых планов в области охраны здоровья населения, в основном они каса-

ются организационных и производственных вопросов (например, числа подразделений ПМСП и численности медицинского персонала). Результатам как таковым в них уделяется мало внимания, что, вероятно, не особо содействует достижению конечных целей, изложенных в этих документах: качества, эффективности и доступности медицинской помощи.

Регулирование на местном уровне

На местах вопросами регулирования занимаются областные и районные органы управления здравоохранением. К сфере ответственности областных органов управления здравоохранением относится управление медицинскими учреждениями на подведомственной им территории (см. главу 2). Руководствуясь указаниями Министерства здравоохранения, они занимаются распределением ресурсов между медицинскими учреждениями. Областные администрации должны нести ответственность за подготовку стратегий развития системы здравоохранения на уровне областей, и каждая область составляет собственный план работы по реализации национальных приоритетов в области здравоохранения.

Областные органы управления здравоохранением отвечают за обеспечение необходимых поставок лекарственных средств и медицинского оборудования на подведомственной территории. Кроме того, они несут ответственность за оказание надлежащей медицинской помощи населению в своих областях и за работу службы санитарно-эпидемиологического надзора и скорой помощи. В обязанности областных администраций входит также обеспечение реабилитационного лечения для инвалидов, привлечение средств на здравоохранение и социальная защита населения.

Министерство здравоохранения отвечает за реализацию государственных протоколов и политики здравоохранения на местном уровне. Местные органы исполнительной власти могут издавать только документы, не противоречащие общенациональной политике. Местная политика здравоохранения используется как инструмент регулирования на местном уровне, но по сравнению с общенациональной политикой ее значимость ниже. В целом можно сказать, что представители местных органов власти (например, хокимы и органы управления здравоохранением) обеспечивают реализацию национальной политики.

В соответствии с законом «Об охране здоровья граждан» к ведению органов исполнительной власти на местах относится, в частности:

- обеспечение исполнения законодательства в области охраны здоровья граждан;
- защита прав человека в области охраны здоровья;
- формирование органов управления, развитие сети учреждений системы здравоохранения;
- организация первичной медико-санитарной и медико-социальной помощи и обеспечение их доступности;
- контроль качества медицинской помощи в соответствии с медицинскими протоколами, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения;
- координация и контроль деятельности органов, учреждений и предприятий системы здравоохранения;
- создание условий, стимулирующих развитие частного сектора в здравоохранении.

Регулирование и управление деятельностью плательщиков третьей стороны

В настоящее время через плательщиков третьей стороны проходит лишь незначительная часть финансирования здравоохранения. Никаких специальных норм и схем регулирования деятельности плательщиков третьей стороны в стране нет.

Регулирование и управление деятельностью поставщиков медицинских услуг

В Узбекистане медицинские услуги оказывают в государственном и частном секторах. К государственным поставщикам медицинских услуг относятся больницы (сельские, районные, областные и республиканские), специализированные центры, поликлиники, специализированные амбулаторные клиники и сельские учреждения первичной помощи. Частный сектор преимущественно представлен частнопрактикующими врачами и амбулаторными и стационарными клиниками. В этом разделе рассматриваются механизмы регулирования и управления деятельностью поставщиков медицинских услуг в госу-

дарственном и частном секторах. Затем приводится описание основных реформ, направленных на обеспечение более высоких показателей работы путем совершенствования методов регулирования и управления.

В стране не существует каких-либо ограничений на организационные формы частных производителей медицинских услуг. Единственным критерием является наличие у медицинских работников и учреждений лицензии Министерства здравоохранения на право осуществления медицинской деятельности и соответствие другим требованиям, установленным в отношении частных предприятий и НПО.

Частные поставщики медицинских услуг имеют право по собственному усмотрению устанавливать структуру руководства и управления. Данные о наличии и количестве частных некоммерческих поставщиков медицинских услуги отсутствуют. Частные поставщики медицинских услуг рассматриваются как коммерческие предприятия, и вне зависимости от того, так ли это в действительности, по отношению к ним действуют те же нормы регулирования, и они управляются теми же органами, что остальные коммерческие предприятия.

В отличие от вновь создаваемых частных предприятий, у государственных поставщиков медицинских услуг структура руководства и управления со времен советской власти изменилась не сильно. Больницей руководит ее главный врач, который несет полную ответственность за всю деятельность, включая как клинические, так и неклинические результаты деятельности вверенного ему учреждения. В зависимости от размера и типа больницы главному врачу полагается несколько заместителей, в ведении которых находятся клинические аспекты деятельности больницы, ее материально-техническая база и другие вопросы.

На следующем уровне иерархии управления стоят заведующие отделениями больницы. Они отвечают за повседневную деятельность своих отделений, занимаясь как медицинскими, так и административно-хозяйственными вопросами.

В 2003 г. правительство приступило к реализации пилотного проекта по введению новых методов руководства и управления в государственных специализированных медицинских учреждениях (Президент Республики Узбекистан, 2003) (см. главу 7). Если этот проект окажется успешным, то такая же схема руководства и управления может быть введена на общенациональном уровне и в других стационарных медицинских учреждениях.

В соответствии с проектом реорганизации первичного звена медицинской помощи, который проводится на всей территории страны, первичную медико-санитарную помощь населению оказывают поликлиники (в основном расположенные в городах) и СВП (см. главы 6 и 7). В городских поликлиниках организация руководства и управления примерно такая же, как и в больницах. Во главе поликлиники стоит ее главный врач; если поликлиника крупная, то у него есть несколько заместителей. В СВП, в силу их небольшого размера, организация управления гораздо проще, хотя в СВП также есть главный врач – даже если там работает всего один человек.

Главный врач – вне зависимости от того, возглавляет ли он специализированную больницу третичного звена на 500 коек или учреждение ПМСП, обслуживающее всего несколько тысяч человек, – является официальным руководителем государственного медицинского учреждения и должен иметь высшее медицинское образование.

На каждом уровне государственного управления составляются отчеты о качестве оказанной медицинской помощи. В основном такая отчетность ограничивается организационными и итоговыми показателями, определяемыми Министерством здравоохранения. Эти данные консолидируются и анализируются соответствующими отделами министерства, после чего передаются в парламент, кабинет министров, президенту и в соответствующие комитеты и комиссии. Надзорные органы всех уровней могут налагать административные или финансовые взыскания, которые на уровне конкретного работника могут варьировать от вынесения официального выговора до увольнения.

Основные направления реформ

Правило, в соответствии с которым руководящие должности в медицинских учреждениях могут занимать только лица с высшим медицинским образованием, является наследием советского периода. В последние годы это положение поставлено под сомнение, поскольку сейчас основное внимание уделяется вопросам качества, эффективности и конкурентоспособности. В правительстве сложилось понимание, что само по себе высшее медицинское образование еще не гарантирует врачу тех знаний и навыков, которые необходимы для действенного и эффективного управления медицинским учреждением в новых экономических условиях. В этой связи было принято решение о необходимости ликвидации существующих про-

белов в управленческих навыках руководящих работников. Основными направлениями реформ стали три аспекта: первичная помощь, управление больницами и преддипломная подготовка медицинских кадров.

На уровне СВП начиная с конца 1990-х гг. Министерство здравоохранения, в сотрудничестве с международными организациями, проводит программы обучения врачей общей практики по управленческим навыкам. Ключевым партнером по разработке и проведению таких программ является проект ЮСЭЙД «ЗдравПлюс». Кроме того, в СВП была введена новая руководящая должность. Лица, ее занимающие, не обязаны иметь высшего медицинского образования и занимаются чисто административными вопросами. Необходимость в этой новой должности возникла в том числе в связи с изменением механизма финансирования (по подушевым нормативам), в соответствии с которым сельский врачебный пункт должен действовать как полусамостоятельное предприятие, имеющее свой счет в банке (см. главу 7).

Меры по усовершенствованию системы административно-хозяйственного управления больницами начали предприниматься в начале 1990-х гг. Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ) при поддержке ЮСЭЙД содействовал сотрудничеству между ведущими американскими учебными заведениями по управлению больницами и узбекскими медицинскими вузами. Для работников администраций узбекских больниц был организован ряд семинаров, конференций и программ обмена.

В государственный учебный план медицинских вузов страны был включен курс управления здравоохранением и маркетинга. Департамент международного развития Великобритании (DFID), Ассоциация школ общественного здравоохранения Европейского региона и АМСЗ сыграли важную роль в организации помощи Ташкентской медицинской академии (которая была создана в 2005 г. на базе упраздненных Первого и Второго Ташкентских медицинских институтов) в разработке программы в области менеджмента. Затем к этому процессу подключились и другие медицинские вузы страны.

Помимо мер по усовершенствованию системы подготовки управленческих кадров в системе здравоохранения, правительство постепенно заменяло командно-административные методы на такой механизм управления, который предполагает большую самостоятельность и ответственность поставщиков медицинских услуг. В основном это касалось вопросов финансирования, поскольку в государственном секторе медицинским учреждениям было разрешено взимать плату за

предоставляемые услуги и распоряжаться доходами, получаемыми за платные услуги (более подробно см. главы 3, 6 и 7).

Однако делегирование полномочий по контролю размеров оплаты труда медицинских работников и численности персонала имело очень ограниченный характер. Численность персонала, как правило, определяется исходя из численности обслуживаемого населения или размера коечного фонда стационара, а размер оплаты труда – по государственным нормативам. И все-таки у поставщиков медицинских услуг появилась возможность проявить некоторую гибкость в том, что касается увеличения оплаты труда работников за счет внебюджетных фондов. Но, как уже говорилось, данные о том, каким образом организации пользуются этой возможностью, чтобы повысить заработную плату своих сотрудников, и как это сказалось на качестве и эффективности медицинских услуг, нет.

4.2. Планирование и управление медицинской информацией

Оценка медицинских технологий

До 1990-х гг. оценка технологий в области здравоохранения находилась в ведении министерств и ведомств общенационального уровня. Но если в Советском Союзе, с его единым рынком и строго регулируемым доступом к товарам и услугам, такая схема могла быть оправданной, то после его распада она стала не нужна. После 1991 г. у многих ННГ не было необходимых ресурсов и возможностей для проведения оценок сложных медицинских технологий.

В Узбекистане оценка медицинских технологий ограничивается в основном оценкой безопасности лекарственных средств. Результаты этих оценок лежат в основе процедур сертификации, которые обеспечивают доступ лекарственных препаратов на фармацевтический рынок страны.

Оценки проводятся в два этапа. Сначала продукт должен пройти сертификацию, чтобы получить доступ на узбекский рынок или быть включенным в фармацевтический справочник. При этом учитывается ряд таких свойств препарата, как действенность, эффективность и стоимость, которые определяются в ходе испытаний, проводимых фармацевтическими компаниями. Затем каждая группа препаратов, поступающих на рынок, оценивается с точки зрения их безопаснос-

ти и воздействия на здоровье человека. Препарат может поступить в продажу только после его одобрения.

Что касается медицинского оборудования, то в настоящее время любое оборудование, поступающее на узбекский рынок, должно пройти соответствующую оценку, если оно закупается централизованно за счет бюджетных средств, и Министерство здравоохранения или другие соответствующие государственные органы несут ответственность за регистрацию (сертификацию) этого оборудования. В качестве примера можно привести закупки медицинского оборудования, производимые в рамках проекта Всемирного банка «Здоровье II», или централизованные закупки оборудования для центров экстренной помощи. В остальных случаях дистрибьюторы медицинского оборудования обязаны получить предварительное разрешение на его продажу на узбекском рынке.

Данные о регулярных систематических оценках клинических процедур и подходов отсутствуют. По некоторым сведениям, в крупных медицинских учреждениях такие мероприятия проводились. На уровне отдельной организации такие оценки могли оказать определенное влияние на разработку ее внутренней политики, однако то, как именно проводились эти оценки и какие изменения были внесены в связи с их результатами, остается неясным.

Поскольку в последние годы особое внимание правительство и международные организаций уделяют вопросам качества медицинской помощи, то ряд инициатив был направлен на систематизацию процесса оценки медицинских технологий. Создание при Ташкентском институте усовершенствования врачей Центра доказательной медицины, при поддержке финансируемого ЮСЭИД проекта «ЗдравПлюс», может способствовать внедрению оценок медицинских технологий в сферу клинической деятельности. Несмотря на то что деятельность центра в основном связана с ведением и лечением ряда клинических состояний, а не с оценками медицинских технологий как таковыми, в перспективе центр может внести свой вклад в развитие национальной и организационной политики в области медицинских технологий.

Со времени своего основания в апреле 2004 г. центр выпустил пособие по методике разработки клинических руководств и два клинических руководства – по ведению анемии и гипертонии. Разработка клинических руководств производится в соответствии с «Руководством для разработчика рекомендаций SIGN 50», составленным Шотландской межуниверситетской сетью по разработке клиниче-

ских руководств (Scottish Intercollegiate Guidelines Network). Распространение клинических руководств осуществляется в основном международными организациями в рамках соответствующих пилотных проектов.

К другим инициативам по повышению качества медицинской помощи, которые осуществляются главным образом при поддержке «ЗдравПлюс», относятся три программы, проводимые в Ферганской области: лечение железодефицитной анемии, диагностика и лечение гипертонии и интегрированное ведение болезней детского возраста в стационарах первого уровня. Эти же программы проводятся и в рамках проектов Всемирного банка и Азиатского банка развития. Кроме того, был разработан учебный курс по повышению качества, целью которого является подготовка на базе медицинских учреждений менеджеров среднего звена областного и районного уровня к разработке и внедрению проектов по повышению качества на местах. В 2004 г. в Ташкенте была проведена первая региональная конференция по повышению качества в здравоохранении, собравшая более 100 участников.

Информационные системы

От советского периода Узбекистан унаследовал комплексную и всестороннюю систему сбора медицинской информации. Советская модель, лежащая в основе системы сбора информации в Узбекистане, была создана прежде всего в целях поддержки процессов планирования и реализации контрольных функций центрального правительства в Москве (Lippeveld [из неопубликованного]). Несмотря на все усилия по модернизации информационной системы, используемая в Узбекистане в настоящее время система сбора информации является фрагментарной, предполагает накопление слишком большого объема данных, которые плохо обрабатываются, и не полностью отвечает реальным нуждам.

Государственные медицинские учреждения обязаны предоставлять отчетность в различные ведомства. Можно выделить пять основных механизмов сбора данных (Lippeveld [из неопубликованного]; Olson, 2003):

1. *Министерство здравоохранения*: Институт Здоровья собирает информацию со всех медицинских учреждений через район-

ные организационно-методические отделы. Полученные таким образом сведения объединяются в областных отделениях Института Здоровья, после чего их передают в центральное отделение в Ташкент.

2. *Санитарно-эпидемиологический надзор*: сбор данных по санитарно-эпидемиологической службе производится вне системы Института Здоровья. В основном это данные, касающиеся инфекционных заболеваний и гигиены, и довольно часто они используются для принятия решений на всех уровнях. Сведения собирают во всех государственных учреждениях здравоохранения. Сначала они поступают в районные санитарно-эпидемиологические отделы, а затем – в областные и республиканские управления санэпиднадзора.
3. *Программы*: в рамках национальных программ в целях мониторинга и оценки разрабатываются собственные системы отчетности. В качестве примера можно привести НИИ фтизиатрии и пульмонологии (бывший НИИ туберкулеза), имеющий сеть диспансеров на всей территории страны, и общенациональную сеть борьбы с ВИЧ/СПИД.
4. *Государственная статистика*: в районные и областные управления Министерства макроэкономики и статистики поступает отдельная отчетность в области здравоохранения. Эта система сбора данных включает показатели смертности, рождаемости и материально-технического обеспечения.
5. *Параллельные системы здравоохранения*: в параллельных системах здравоохранения, которые действуют при органах национальной безопасности, МВД, авиакомпании «Узбекские авиалинии» и других министерствах, ведомствах и компаниях, используются собственные системы отчетности. Однако некоторые данные, собираемые таким образом, можно было бы на определенном этапе включать в системы сбора данных Министерства здравоохранения или Министерства макроэкономики и статистики.

По закону главным справочно-информационным ресурсом для большинства систем отчетности являются истории болезни (медицинские карты) пациентов. Чаще всего они хранятся в учреждениях ПМСП, к которым прикреплены пациенты. Медицинские карты обычно представляют собой заполняемые от руки книжки, которые хранятся в регистратуре медицинского учреждения первичного звена.

Все системы сбора данных функционируют независимо друг от друга. В какой мере они согласованы между собой и объединяются ли какие-либо данные на разных уровнях сбора информации, остается неясным. Институт Здоровья является главным органом по сбору данных для Министерства здравоохранения. При этом служба санэпиднадзора, хотя и входит в систему Министерства здравоохранения, отдельно собирает данные, касающиеся только их функций по контролю инфекционных заболеваний и укреплению здоровья населения.

В 1999 г. Отдел статистики Министерства здравоохранения был объединен с Информационным центром и Вычислительным центром Министерства здравоохранения, в результате чего был образован новый департамент, выполнявший более широкий круг обязанностей, – Республиканский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Помимо сбора данных центр занимался также разработкой информационных систем, информационными технологиями и анализом данных. Несмотря на то что основной его деятельностью по-прежнему был сбор данных, центр сыграл важную роль в создании национальных стратегий сбора данных и в развитии информационных технологий в государственной системе здравоохранения. В апреле 2005 г. центр вошел в состав Института Здоровья.

На основании собранных данных Институт Здоровья составляет ряд регулярных отчетов, которые распространяются по различным органам и ведомствам системы Министерства здравоохранения. Все эти отчеты составлены с целью оказания помощи в принятии решений и разработке политики здравоохранения на общенациональном и областном уровнях, в них данные на местном уровне (т. е. по районам и отдельным учреждениям) не отражаются. Сбор данных в основном подразумевает количественные показатели, что может быть обусловлено целями планирования и контроля. Недостаточный тренинг лиц, принимающих решения, и сотрудников Института Здоровья по анализу и статистике данных несколько ограничивает практическую полезность собираемых сведений.

Сбор данных в системе Института Здоровья производится вручную на всех уровнях, за исключением общенационального, где все данные по областям собираются воедино, а затем вручную вводятся в электронную базу данных. В настоящее время Институт Здоровья собирает данные только по государственному сектору. Частично это объясняется тем, что частный сектор пока находится на

ранней стадии своего развития и представлен в основном отдельными частнопрактикующими врачами и несколькими частными клиниками, расположенными в Ташкенте и других крупных городах. В настоящее время в стране нет эффективных средств и систем, обеспечивающих надлежащий сбор данных в частном секторе, а положительные стимулы для предоставления соответствующей отчетности отсутствуют. Кроме того, несмотря на то что в последние годы правительство рационализировало процесс сбора данных, масштаб этой работы по-прежнему огромен: в различные органы государственного сектора здравоохранения необходимо предоставлять отчетность по 213 различным показателям (Streveler, 2004). Поэтому для обеспечения сбора, мониторинга и обработки данных по частному сектору государственным органам, занимающимся сбором данных, понадобятся дополнительные ресурсы.

В связи с расширением частного сектора, где сбор данных не производится, и ростом барьеров в доступности медицинской помощи (платежи граждан за счет личных средств и ограниченное лекарственное обеспечение) к некоторым показателям государственной статистики следует относиться с большой осторожностью. Статистические данные по многим заболеваниям, которые лечатся на уровне амбулаторного звена, в том числе по инфекционным болезням, могут быть ниже истинных. Если же речь идет о показателях, на которые вышеупомянутые факторы влияния не оказывают, – например, когда тот или иной вид медицинского обслуживания является бесплатным и/или предоставляется только в государственном секторе, – то государственные системы сбора данных обеспечивают сравнительно достоверные сведения, в том числе в том, что касается общей смертности и материальных и трудовых ресурсов.

В целях получения данных, которые в рамках государственных систем сбора данных не регистрируются надлежащим образом, недавно было проведено несколько исследований. Одним из важнейших является серия обследований демографических характеристик и состояния здоровья (DHS), проводимых Министерством здравоохранения совместно с ЮСЭЙД. Первое такое обследование, которое преимущественно касалось вопросов репродуктивного здоровья, было проведено в 1996 г. Рамки следующего обследования (2002) были значительно шире; благодаря этому исследованию были получены важные сведения о ряде показателей, включая уровень холестерина и распространенность СПИДа.

Научно-исследовательская деятельность

В течение многих лет после обретения независимости, несмотря на быстро меняющиеся условия, в основе системы финансирования научных исследований в Узбекистане лежала советская модель. Главным источником финансирования был государственный бюджет, и все средства поступали только в государственные учреждения, занимающиеся научной деятельностью.

Однако при выделении этим организациям бюджетных средств фонды на финансирование научных исследований целевым образом не выделялись и не были отделены от средств для покрытия остальных расходов. В результате четкого разделения между общими расходами организаций и средствами на проведение научных исследований не было. Поскольку в 1990-х гг. объем государственного финансирования сократился, то большая часть средств уходила не на финансирование научной деятельности, а на другие нужды – зарплаты работников, эксплуатационные расходы и т. п., а наука финансировалась «по остаточному принципу».

Кроме того, государственные средства на научные исследования контролировались руководителями научно-исследовательских организаций, которые использовали их в соответствии с собственными предпочтениями и другими насущными нуждами. Но еще важнее было то, что система финансирования научных исследований не была напрямую связана с их результатами. Она способствовала неэффективному расходованию средств, и в ней отсутствовали необходимые рычаги, позволяющие использовать научный потенциал для решения четко определенных приоритетных задач.

В 2002 г. вышел указ президента о финансовой и структурной реорганизации научно-исследовательской деятельности. Целью этих организационных изменений было создание новых благоприятных условий для развития научного и технологического потенциала Узбекистана в соответствии со стратегическими задачами и приоритетными направлениями реформирования в экономике и социальной сфере, повышения уровня, качества и эффективности проводимых научных исследований и технологических разработок и их широкого практического использования (Президент Республики Узбекистан, 2002). В соответствии с этим указом был создан новый Координационный совет по научно-техническому развитию при Кабинете министров Республики Узбекистан во главе с премьер-министром, в задачи которого входили:

- координация и руководство научными исследованиями в стране;
- определение приоритетных направлений фундаментальных и прикладных научных исследований в увязке со структурными преобразованиями в экономике страны;
- организация экспертизы и утверждение экспертных заключений по крупным научно-исследовательским программам и технологическим проектам;
- утверждение проектов крупных научных программ и технологических проектов, соответствующих государственным приоритетам социально-экономического развития страны;
- утверждение ежегодной Государственной программы научных исследований и технологических разработок;
- создание системы поддержки молодых ученых.

При Координационном совете были созданы Центр по науке и технологиям, действующий в качестве его исполнительного органа, и Совет по экспертизе крупных научных и инвестиционных проектов, занимающийся организацией, техническим обеспечением и проведением экспертизы крупных научных и инвестиционных проектов.

Данный указ не ограничивал научную деятельность приоритетами, определяемыми Центром по науке и технологиям и Советом по экспертизе. Устанавливаемые ими приоритеты касались только тех исследований, которые ими финансировались. Государственные и частные организации все так же имеют возможность проводить и финансировать научные исследования в соответствии с собственными приоритетами.

Государственные организации, занимающиеся научными исследованиями в области здравоохранения, можно подразделить на следующие группы: научно-исследовательские институты (15), специализированные центры (20) и образовательные учреждения (например, медицинские институты и колледжи).

В соответствии с новыми правилами ученые могут подавать индивидуальные или коллективные заявки на получение грантов на научные исследования. Эти заявки рассматриваются соответствующими экспертными комитетами Центра по науке и технологиям и Совета по экспертизе. Средства на исследования должны расходоваться в соответствии с представленными бюджетами, включающими затраты на оплату работы сотрудников, командировочные и другие расходы. Такая финансовая гибкость является значительным шагом вперед по сравнению с прежней системой финансирования.

Двадцать процентов финансирования должно передаваться в фонд той организации, в которой работает ученый-исследователь.

В новой схеме финансирования устранены характерные для прежней системы недостатки, которые стали очевидны в последние годы. Прежде всего финансирование стало целевым, т. е. средства выделяются исключительно на научно-исследовательскую деятельность, в отличие от прежнего порядка, когда средства на научные исследования не были отделены от средств на покрытие всех остальных расходов организации. Целевое финансирование не только помогает отследить расходование бюджетных средств, но и повышает подотчетность. Кроме того, контролем всех исследований, финансируемых из средств государственного бюджета, занимается один и тот же орган, что должно укрепить связь между приоритетными государственными задачами, наукой и практикой. При этом новая система способствует развитию конкуренции, инноваций и повышению качества и эффективности научных исследований.

В соответствии с новой схемой научно-исследовательская деятельность делится на следующие категории:

- программы и проекты, финансируемые правительством;
- инновационные проекты (оценка и развитие новых технологий);
- фонды поддержки молодых ученых;
- программы, проводимые по инициативе научных коллективов и отдельных ученых;
- международные гранты.

Первые три категории исследований будут рассматриваться на предмет государственного финансирования.

Основная масса научных исследований в области здравоохранения проводится независимыми исследователями. Источниками финансирования для них являются либо организации, либо собственные средства. Главным стимулом для проведения научных исследований является то, что они необходимы для получения ученой степени. В 2003 г. в Узбекистане было написано в общей сложности 533 диссертации на соискание ученой степени доктора наук. Такие работы, как правило, не нужно представлять в Центр по науке и технологиям, но их должен утвердить соответствующий комитет по науке, и они отвечают интересам самих исследователей или их научных руководителей.

В секторе здравоохранения в 2004 г. проводилось 144 научно-исследовательских проекта, начатых по инициативе правительства. Из

них 32 были поручены различным медицинским институтам и университетам, 33 – специализированным научным центрам и 79 – научно-исследовательским институтам. Средства на проведение восьми инновационных проектов и нескольких проектов молодых ученых были получены от Центра по науке и технологиям. Сектору здравоохранения Центр по науке и технологиям выделил финансирование в размере 981 млн сумов (примерно 981 000 долл. США). Проводится также несколько исследований, финансируемых международными организациями.

В соответствии с новым правительственным постановлением, вышедшим в августе 2006 г., были внесены изменения как в систему управления, так и в обязанности существующих органов по координации научно-технического развития страны (Президент Республики Узбекистан, 2006). В частности:

- был упразднен Координационный совет по научно-техническому развитию при Кабинете министров Республики Узбекистан и его исполнительные органы – Центр по науке и технологиям и Совет по экспертизе крупных научных и инвестиционных проектов. Вместо него был образован Комитет по координации развития науки и технологий при кабинете министров;
- основной задачей нового Комитета по координации развития науки и технологий стала выработка, совместно с соответствующими министерствами и ведомствами, приоритетных направлений развития науки и технологий;
- средства государственного бюджета на финансирование научных исследований станут целевым образом выделяться непосредственно соответствующим министерствам, ведомствам и организациям;
- соответствующие министерства и ведомства были определены как заказчики по контрактам на выполнение научно-технических проектов в области фундаментальных, прикладных исследований и инновационных работ и получили право самостоятельно принимать решения, касающиеся распределения грантов;
- в структурах соответствующих министерств были образованы отделы по координации научно-исследовательской деятельности;
- было установлено, что количество лиц, ежегодно принимаемых в аспирантуру и докторантуру, определяется соответствующими министерствами и ведомствами, осуществляющими в установленном порядке подготовку научных и научно-педагогических кадров, в пределах средств, специально выделяемых на эти цели Министерством финансов.

В соответствии с данным постановлением процедура принятия решений, касающихся проведения научных исследований, была децентрализована. Это было обусловлено следующими причинами:

- существовавшая на тот момент система грантов на проведение научных исследований была неэффективной и приводила к дублированию научных проектов;
- большая часть финансовых средств на проведение научных исследований выделялась научно-исследовательским институтам, в то время как свыше 74% научных кадров страны (докторов и кандидатов наук) было сосредоточено в вузах;
- деятельность Центра по науке и технологиям и Совета по экспертизе крупных научных и инвестиционных проектов была плохо скоординирована.

Министерством здравоохранения был составлен перечень приоритетных направлений научных исследований для получения государственного финансирования. К ним относятся репродуктивное здоровье, неонатология, педиатрия, болезни подросткового возраста, а также развитие новых технологий. При рассмотрении заявок на получение финансирования одним из критериев является соответствие направления исследований данному перечню. Ранее гранты на исследования в области медицины выделялись без согласования с Министерством здравоохранения. Согласно новому постановлению, Министерству здравоохранения были переданы полномочия по определению приоритетов и выделению грантов на исследования.

Как уже говорилось, изменение механизма финансирования способствовало повышению подотчетности финансируемых государством программ научных исследований. Был создан специальный комитет по мониторингу, куда ученые обязаны представлять регулярные отчеты о ходе своих исследований и о расходовании средств. Несмотря на то что оценок использования результатов исследований лицами, принимающими решения, пока не было, в новой системе предусмотрен механизм мониторинга применения результатов исследований.

В настоящее время в Узбекистане выходит 14 медицинских научных журналов, в которых авторы иногда должны официально оплачивать публикацию своих работ. Несмотря на то, что в Узбекистане эти журналы считаются рецензируемыми, удовлетворяют ли они международным стандартам научного рецензирования, неизвестно.

5. Материальные и трудовые ресурсы

5.1. Материальные ресурсы

Инфраструктура

В Узбекистане планирование инфраструктуры государственной системы здравоохранения в основном является прерогативой правительства. Крупные инвестиции в систему здравоохранения планируются и производятся центральным правительством, а капитальные вложения более мелкого масштаба поступают от местных органов власти.

Правительство регулярно производит оценки существующей инфраструктуры и ведет учет материально-технических ресурсов государственных учреждений здравоохранения. Исходя из государственных приоритетов и в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения производится планирование ежегодных капитальных вложений и их включение в государственный бюджет. При этом четких принципов или стандартов в отношении капитальных вложений нет. В качестве примера можно привести строительство и реконструкцию медицинских учреждений и поставки оборудования в рамках проекта развития первичного звена медицинской помощи (см. главу 7). Аналогичные виды капитальных вложений производятся и в рамках других национальных проектов и программ – например, по созданию центров экстренной помощи и специализированных клинических центров. Основная масса инвестиций выделяется именно на эти программы. Небольшие капитальные вложения в зависимости от имеющихся ресурсов осуществляются также на областном, районном уровнях и на уровне отдельных учреждений здравоохранения. Такие инвестиции никакому контролю не подлежат.

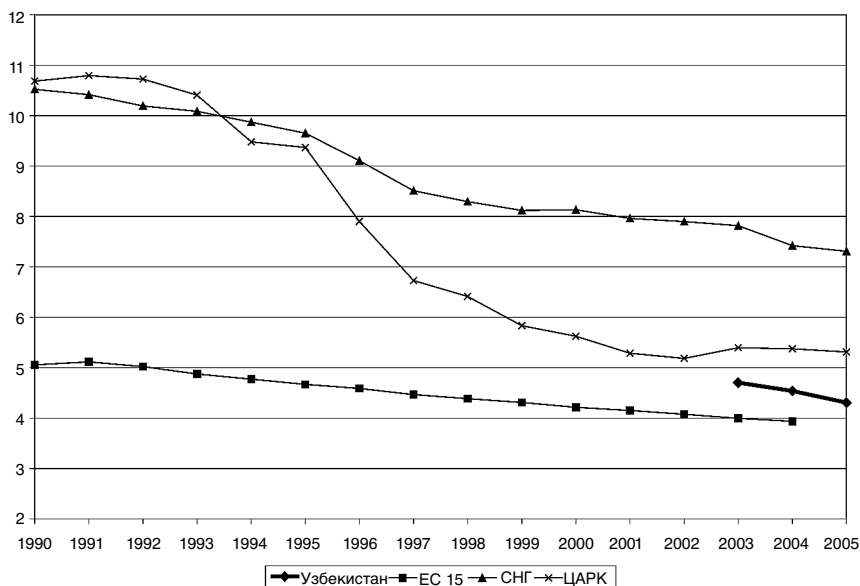
Правительство не контролирует капитальные и другие виды вложений в пока еще небольшом по объему частном секторе, так как это отвечает политике содействия развитию частного сектора здравоохранения. В частный сектор не поступают прямые субсидии правительства на осуществление капитальных вложений, поэтому в основном там полагаются на частные источники финансирования. Но некоторые косвенные субсидии все же предусмотрены – например, налоговые льготы при условии перераспределения финансовых средств для осуществления капитальных вложений, а также льготные займы в государственных банках (Президент Республики Узбекистан, 1998).

Несмотря на то что ни в государственном, ни в частном секторе жестких методов управления и четких схем капитальных вложений не предусмотрено, некоторые элементы управления в государственном секторе все же присутствуют. Примером этого может служить решение о долевом распределении капитальных вложений при проведении национальных программ в области здравоохранения. Элементы государственного планирования прослеживаются и в том, что касается числа больниц и, в частности, размера коечного фонда государственных медицинских учреждений. В результате проведения государственных реформ здравоохранения в секторе ПМСП произошло перераспределение ресурсов из стационарного звена в пользу первичного. Высвобождение ресурсов из сектора стационарной помощи было произведено благодаря повышению его эффективности (сокращение продолжительности пребывания в стационаре) и сокращения коечного фонда и числа больниц. По сравнению с началом 1990-х гг. обеспеченность населения больничными койками уменьшилась более чем вдвое: с 12,48 койки на 1000 населения в 1990 г. до 5,19 койки на 1000 населения в 2005 г. Этот показатель близок к среднему по странам Центральной Азии, примерно на 10% ниже среднего по ЕС 15 и приблизительно на 40% ниже среднего по СНГ (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). На рисунках 5.1, 5.2 и 5.3 приведены сведения о видах и числе коек в больницах Узбекистана в период с 1990 по 2005 г.

Информационные технологии

В последние годы в Европе все более широко применяются информационные технологии (ИТ) в секторе здравоохранения, обеспечивая

Рис. 5.1. Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1990–2005 гг.



Источник: ВНО, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

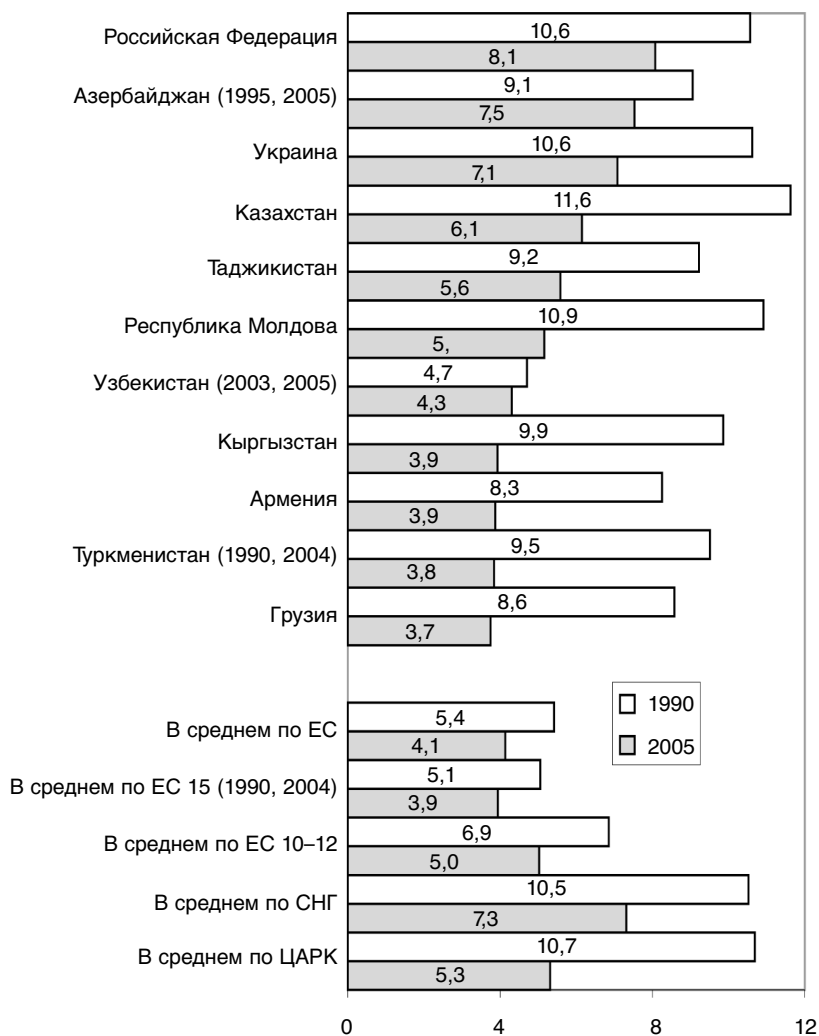
Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.; данные по ЕС 15 за 2005 г. и данные по Узбекистану за период до 2003 г. отсутствуют.

его более высокую эффективность, качество медицинской помощи и экономию затрат. Информационные технологии могут использоваться также для целей санитарного просвещения населения и повышения прозрачности и подотчетности системы здравоохранения.

Однако в республиках бывшего СССР информационные технологии приходят в системы здравоохранения с большим опозданием. В Узбекистане основными препятствиями являются отсутствие доступа к оборудованию, затраты, связанные с разработкой и применением программного обеспечения, и нехватка квалифицированных кадров.

В данном разделе рассматриваются основные меры, принятые правительством в целях содействия внедрению и использованию информационных технологий в Узбекистане, в том числе те, которые имеют отношение к сектору здравоохранения.

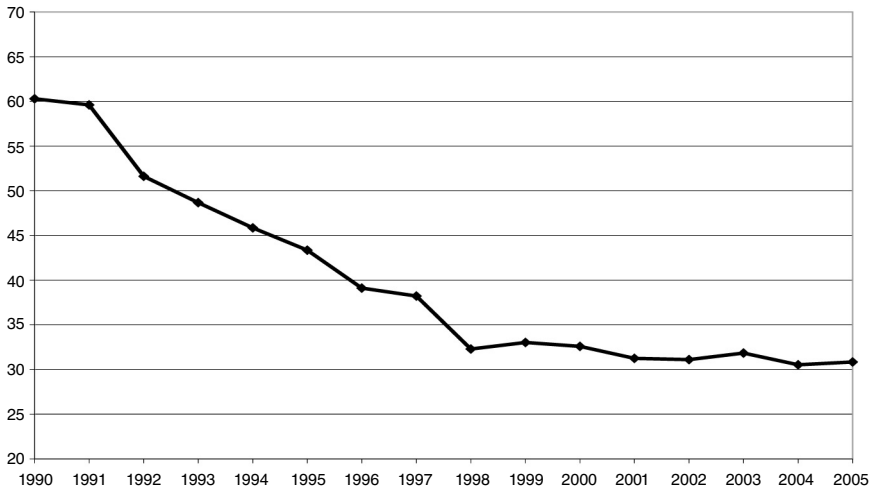
Рис. 5.2. Число коек в больницах краткосрочного пребывания на 1000 населения в Узбекистане, странах СНГ и некоторые средние показатели, 1990 и 2005 гг. (год указан в скобках)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г., ЕС 10–12 – страны, присоединившиеся к Евросоюзу в мае 2004 г. и январе 2007 г.

Рис. 5.3. Число коек в психиатрических больницах на 100 000 населения, 1990–2005 гг



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: соответствующие данные по странам СНГ, ЦАРК и ЕС 15 отсутствуют.

Меры, принятые правительством в целях содействия внедрению и использованию информационных технологий

Правительством Узбекистана была принята национальная политика в области развития информационных технологий во всех секторах экономики. Вышедшее в 2002 г. постановление кабинета министров о мерах по дальнейшему развитию компьютеризации стало мощным стимулом для внедрения ИТ в стране (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2002).

В соответствии с данным постановлением был создан Координационный совет по развитию компьютеризации и информационно-коммуникационных технологий, в обязанности которого входит реализация следующих трех основных задач:

- внедрение к 2010 г. электронного документооборота на местном и общенациональном уровнях;
- развитие электронной коммерции;

- расширение использования информационных технологий во всех секторах экономики.

С выходом этого постановления все импортируемые ИТ (включая аппаратное и программное обеспечение) были освобождены на период до 2006 г. от таможенных пошлин и сборов. Вся деятельность, связанная с обучением в сфере ИТ, эксплуатацией и продажами программного обеспечения, была освобождена от уплаты НДС; был введен упрощенный налоговый режим для компаний, занятых в секторе ИТ.

Координационным советом по развитию компьютеризации и информационно-коммуникационных технологий была разработана Программа развития компьютеризации и информационно-коммуникационных технологий на 2002–2010 гг., в которой были поставлены цели развития сектора ИТ, дающие общее представление о состоянии ИТ в Узбекистане в 2002 г. и на ближайшую перспективу. Ожидается, что по сравнению с 2002 г. число интернет-пользователей увеличится в 2010 г. с 55 000 до 3,3 млн человек, т. е. доступ в Интернет будет примерно у 60% домохозяйств.

В 2002 г. Интернетом пользовалось всего 1,6% домохозяйств, большинство из которых расположены в столице страны. По некоторым оценкам, в 2002 г. персональные компьютеры были всего у 0,3% населения, при этом в Ташкенте – у 2,5% жителей. Программа развития компьютеризации и информационно-коммуникационных технологий на 2002–2010 гг. предусматривает, что к 2010 г. доступ к Интернету будет во всех заселенных регионах страны и у двух третей государственных организаций. Предусматривается также, что органы государственного управления постепенно перейдут на электронный документооборот. При этом, правда, неясно, включены ли в этот план медицинские учреждения (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2002). Планируется, что к 2010 г. доступ к Интернету будет у 74% всех органов государственного управления и местных органов самоуправления, 63% всех школ, 92% академических лицеев, 85% всех профессиональных колледжей и 100% вузов (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2002).

В настоящее время ограниченный доступ к Интернету связан с низким уровнем развития технологической инфраструктуры. В 2002 г. телефоны были всего у 6,68% домохозяйств; в городах эта доля больше, чем в сельской местности, где проживает 63% населения (15,4% и 1,6% соответственно). Телефонная сеть отсутствует в 28% заселен-

ных регионов страны. Всего 35% существующих телефонных линий являются цифровыми; к 2010 г. этот показатель планируется увеличить до 52,6% (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2002). Одним из серьезных препятствий к использованию современных ИТ является то, что услуги интернет-провайдеров в Узбекистане гораздо дороже, чем в большинстве западноевропейских стран, несмотря на существенно более низкий уровень доходов населения.

В 2002 г. в высших учебных заведениях было в среднем по 4 компьютера на 100 студентов. Программой развития компьютеризации и информационно-коммуникационных технологий на 2002–2010 гг. предусматривается, что к 2010 г. обеспеченность персональными компьютерами в расчете на 100 учащихся (студентов) в школах составит 5,0 единицы, в академических лицеях – 13,4 единицы, в профессиональных колледжах – 7,0 единицы и в вузах – 25,6 единицы (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2002).

В последние годы ИТ в Узбекистане развиваются быстрыми темпами. По официальным данным, в октябре 2006 г. в стране было около 2 млн пользователей мобильных телефонов, что в 10 раз превышает аналогичный показатель 2002 г. Число интернет-пользователей за этот же период возросло в 30 раз, достигнув в октябре 2006 г. 1,4 млн, а доля цифровых телефонных линий в период между 2002 и 2006 гг. удвоилась, достигнув 70% (УзА 2006б; Информационно-коммуникационные технологии Узбекистана, 2006).

В свете быстрого развития ИТ правительство в 2005 г. пересмотрело в сторону увеличения те цели и задачи, которые были обозначены в постановлении 2002 г. (Президент Республики Узбекистан, 2005с).

Информационные технологии в здравоохранении

В соответствии с Программой развития компьютеризации и информационно-коммуникационных технологий Министерство здравоохранения выпустило постановление, согласно которому на Республиканский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения (который в апреле 2005 г. вошел в состав Института Здоровья) была возложена обязанность по разработке задач по развитию ИТ в секторе здравоохранения и обеспечению их реализации. Для этой цели при Министерстве здравоохранения была создана специальная рабочая группа по созданию плана работы и задач узбекской системы здравоохранения (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2002).

ИТ в учреждениях узбекской системы здравоохранения используются в разной степени, в зависимости от формы собственности, местоположения и размеров учреждения. В государственном секторе они используются очень мало и в основном ограничиваются сбором и внесением информации в электронные базы данных.

Все государственные медицинские учреждения обязаны предоставлять в Институт Здоровья сведения по ряду основных показателей. В настоящее время данные от медицинских учреждений поступают в районные органы здравоохранения на бумажных носителях. Затем эти данные собирают воедино на областном и общенациональном уровнях, после чего Институт Здоровья переводит их в электронный формат. Данные хранятся в Институте Здоровья и по запросу могут быть представлены в соответствующие органы управления (см. также главу 3).

Ожидается, что в ближайшее время задача по электронному вводу данных будет полностью передана районным и областным органам, а Институт «Здоровье» будет объединять их на общенациональном уровне. Но это сопряжено с рядом трудностей: в частности, на местах не хватает сотрудников, обладающих необходимой квалификацией в области ИТ, – пока таких специалистов очень мало, и их труд оплачивается очень высоко. Получив подготовку в сфере ИТ, многие медицинские работники на местах находят более высокооплачиваемую работу в секторе частных медицинских услуг или в других отраслях экономики (из частной беседы с директором Информационно-аналитического центра). Уход из государственного сектора системы здравоохранения специалистов по ИТ – «утечка мозгов» – является одной из серьезных проблем, связанных с внедрением ИТ в здравоохранении (Streveler, 2004).

Другой проблемой является нехватка персональных компьютеров. В 2004 г. в государственном секторе здравоохранения было в общей сложности 4500 ПК. Большинство из них было расположено в медицинских учебных заведениях: 1500 – в медицинских вузах и 1300 – в профессиональных медицинских колледжах и академических лицеях (частный источник в Министерстве здравоохранения, 2004). Однако год выпуска и производительность этих компьютеров не оценивались; вероятно, значительная их часть сильно устарела.

В целях решения этих проблем предпринимается ряд мер. Развертывание национальной программы реформ первичного звена здравоохранения, финансируемой при поддержке Всемирного банка и Азиатского банка развития, нацелено на оснащение всех област-

ных и районных отделов здравоохранения, занимающихся сбором данных, персональными компьютерами, на организацию подготовки специалистов и разработку программного обеспечения (см. главу 7).

Данных об использовании ИТ в частном секторе нет. Отсутствие государственного регулирования, а также более свободный доступ к ресурсам, вероятно, способствовали более широкому применению ИТ в частной медицине. С другой стороны, в частный сектор не поступают централизованные государственные субсидии. Представляется маловероятным, чтобы потребители услуг здравоохранения широко пользовались Интернетом как средством для выбора поставщиков или для доступа к медицинской информации; так или иначе, в узбекском сегменте Интернета медицинской информации очень мало.

Институт Здоровья обеспечил ряд коммерческих ИТ-приложений для медицинских учреждений, в частности программное обеспечение для организации сбора, анализа и управления данными (из частной беседы с директором Информационно-аналитического центра). Закон не ограничивает частные и государственные медицинские учреждения в выборе программного обеспечения. Однако использование ИТ-приложений в государственных учреждениях здравоохранения является скорее исключением, чем правилом. Можно ожидать, что прогресс в этой области будет достигнут в результате проведения в жизнь соответствующей государственной политики, обеспечения более благоприятного налогового режима и более широкого проникновения Интернета на всю территорию страны.

Пока что в Узбекистане нет национальных интернет-ресурсов, относящихся конкретно к здравоохранению, за исключением сайтов некоторых организаций (в частности, Министерства здравоохранения и Ташкентской медицинской академии) и нескольких независимых интернет-проектов. Например, портал www.apteka.uz, где содержится информация об оптовой и розничной торговле фармацевтической продукцией и медицинской техникой, а также о некоторых лекарствах. В то время как двуязычное население в Ташкенте и других регионах страны может пользоваться многими русскоязычными интернет-сайтами, подробные сведения о доступе к медицинской информации в Интернете отсутствуют.

В последние годы при поддержке международных организаций в стране вводится телемедицина. Организована система видеоконференц-связи между четырьмя специализированными республиканскими медицинскими центрами, позволяющая в сложных клинических ситуациях проводить консультации в режиме реального времени.

Планируется также организовать видеоконференц-связь между всеми центрами неотложной помощи в стране, чтобы обеспечить возможность в сложных случаях проводить такие консультации с Республиканским научным центром скорой медицинской помощи.

Медицинское оборудование, приборы и изделия медицинского назначения

Какой-либо единой организационной схемы закупок и распределения медицинского оборудования, приборов и изделий медицинского назначения в стране не существует. Этот процесс зависит от того, кто является покупателем (частная или государственная организация) и какие средства для этого используются (международные кредиты или фонды организаций). Вообще говоря, на закупки медицинского оборудования, приборов и изделий медицинского назначения сейчас используются либо средства, полученные по международным кредитам, либо целевое государственное финансирование, либо частный капитал (в частном секторе), либо (в государственном секторе) средства, полученные в результате предоставления платных медицинских услуг или по линии спонсорской помощи.

В государственном секторе значительная часть крупных закупок производится в рамках международных кредитов, когда процесс закупки осуществляется в соответствии с условиями кредитных соглашений. В большинстве случаев в роли покупателя выступает Министерство здравоохранения, и закупки производятся либо в рамках международного тендера, либо путем организации закупок из местных источников.

В исключительных случаях – как, например, при закупках крупных технологий – государство может выделить целевое финансирование. Во всех остальных случаях специальных ассигнований на закупки оборудования, приборов и изделий медицинского назначения не производится, а полномочия по закупкам передаются медицинским учреждениям. В зависимости от потребностей и имеющихся ресурсов они могут напрямую закупать у дистрибьюторов все необходимое. В результате перехода на самофинансирование и уменьшения доли государственного финансирования такие закупки могут оказаться проблематичными, но данные на этот счет пока отсутствуют. По отдельным сведениям, в ряде случаев закупки медицинского оборудования в государственных медицинских учреж-

денегах становятся возможными благодаря частной спонсорской помощи.

В частном секторе единственными возможными источниками средств для закупок медицинского оборудования являются частный капитал и спонсорство, так как ни к международным кредитам, ни к государственному финансированию в этом секторе доступа нет.

Ни в государственном, ни в частном секторе нет явных элементов контроля закупок оборудования, приборов и изделий медицинского назначения, за исключением случаев, когда такие закупки производятся на сумму, превышающую 100 000 долл. США. Однако для продажи любого оборудования, приборов и изделий медицинского назначения на узбекском рынке необходимо получить разрешение от Главного управления контроля качества лекарственных средств и изделий медицинской техники Министерства здравоохранения.

Лекарственные средства

Процессы приобретения и закупок лекарственных средств в государственном и частном секторах различны. Усилия правительства в области содействия развитию частного здравоохранения ограничили роль Министерства здравоохранения в регулировании деятельности частного фармацевтического сектора. Тем не менее оно играет роль «привратника» на национальном фармацевтическом рынке и обладает регулирующими полномочиями, включающими безопасное хранение и распространение лекарственных средств и другие вопросы безопасности.

Государственная политика предусматривает регулирование схемы распространения лекарственных средств. На всей территории страны действует единый механизм контроля цен на лекарства, ограничивающий размер прибыли оптовых и розничных продавцов фармацевтической продукции. Оптовые наценки не могут превышать 20%, а розничные – 25% закупочной цены; таким образом, потребительские цены на лекарства не могут превышать оптовые более чем на 50%. Одной из главных целей такого ценового регулирования является предотвращение манипулирования ценами на фармацевтическом рынке, приводящего к их повышению. Частные розничные продавцы лекарств могут закупать продукцию у государственных оптовиков, у представителей фармацевтических компаний и у производителей (из частной беседы с сотрудником

Министерства здравоохранения, отвечающим за вопросы лекарственного обеспечения).

В государственном секторе существует две крупнейшие компании, занимающиеся закупками и распространением фармацевтической продукции на всей территории страны. Контрольные пакеты акций в обеих этих компаниях принадлежат государству. На долю первой из них, государственно-акционерной ассоциации «Дори-Дармон», в последние годы приходилось 90% централизованных закупок фармацевтической продукции для учреждений государственного сектора; оставшиеся 10% этого рынка принадлежали «Узмедтехнике». Несмотря на то что 25% акций «Дори-Дармон» принадлежит Министерству здравоохранения, обе компании работают как коммерческие предприятия, а Министерство здравоохранения обладает ограниченным контролем за их деятельностью (из частной беседы с сотрудником Министерства здравоохранения, отвечающим за вопросы лекарственного обеспечения).

У «Дори-Дармон» есть областные филиалы, и она осуществляет закупки фармацевтической продукции по заказам учреждений здравоохранения. При этом государственным медицинским учреждениям разрешено закупать медикаменты у частных поставщиков. Благодаря проводимой в последние годы политике демонополизации и содействия конкуренции произошла дальнейшая либерализация процесса закупок лекарственных средств государственными учреждениями здравоохранения; появилась возможность производить закупки у тех поставщиков, которые предложат наилучшие условия. В результате всех этих изменений доля рынка «Дори-Дармон» в объеме закупок государственного сектора несколько уменьшилась и составляет в настоящее время менее 50% (из частной беседы с сотрудником Министерства здравоохранения, отвечающим за вопросы лекарственного обеспечения).

Закупки и распространение лекарственных средств были первой сферой деятельности в области здравоохранения, где появился частный сектор. Для того чтобы получить разрешение на частную розничную торговлю медикаментами, необходимы только соответствующая лицензия Министерства здравоохранения и наличие у персонала высшего фармацевтического образования. Дистрибьюторы, занимающиеся оптовой торговлей лекарствами, также обязаны иметь лицензию Министерства здравоохранения (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1994).

В 1994 г. Министерством здравоохранения был разработан перечень основных лекарственных средств, включавший 20 наименований

(Кабинет министров Республики Узбекистан, 1994). Какие критерии лежали в основе составления этого перечня, неясно. Кроме этого, с того времени этот перечень не обновлялся и в настоящее время явно устарел. Включенные в этот перечень препараты должны продаваться по ценам, устанавливаемым Министерством здравоохранения, вне зависимости от затрат на их приобретение и от формы собственности учреждения розничной торговли (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1994). Ценообразование на все остальные медикаменты не регулируется, за исключением предельных размеров упомянутых выше оптовых и розничных наценок. Отдельные льготные категории населения имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение при наличии рецептов, выписанных в государственных учреждениях первичного звена (см. табл. 5.1). В этих случаях розничным аптекам их затраты возмещают соответствующие учреждения первичного звена (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997).

Для пациентов, не относящихся ни к одной из льготных категорий, в особенности для беднейших слоев населения, доступность лекарств становится все более проблематичной, поскольку лекарственное обеспечение при амбулаторном и стационарном лечении не включено в программу государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, за исключением случаев, когда речь идет о льготных категориях населения и определенных группах заболеваний (см. раздел 3.2).

В отношении ряда препаратов (к которым относятся опиаты и психотропные средства) действует особый порядок регулирования (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2001). Механизмы их хранения, оборота и распространения установлены в соответствующем приказе Министерства здравоохранения. Рецепты на препараты этой группы должны быть выписаны на специальных бланках розового цвета и завизированы врачом и главным врачом или заместителем главного врача медицинского учреждения, расположенного в том же административном округе, что и аптека. Министерство здравоохранения распространяет розовые бланки для рецептов по медицинским учреждениям. Из содержания регулирующих норм непонятно, однако, распространяются ли эти бланки также и по учреждениям частного сектора или же выписка таких рецептов является прерогативой исключительно государственных учреждений. Все остальные лекарства можно приобрести в свободной продаже без рецепта в любом пункте розничной торговли фармацевтической продукцией. В отношении альтернативных препаратов специальных норм регулирования нет.

В Узбекистане закон разрешает прямую рекламу фармацевтической продукции, рассчитанную на потребителя, но содержание такой рекламы должно быть одобрено Министерством здравоохранения (из частной беседы с сотрудником Министерства здравоохранения, отвечающим за вопросы лекарственного обеспечения).

Электронной коммерции и систем прямой почтовой рассылки в Узбекистане пока нет, хотя недавно правительство предприняло ряд мер по содействию развитию электронной коммерции в стране. Регулирующие нормы, касающиеся распространения лекарственных средств по почте, в настоящее время отсутствуют.

5.2. Трудовые ресурсы

Медицинские кадры: основные тенденции

Обеспеченность населения Узбекистана медицинскими кадрами в период после 1980 г. описывается более или менее колоколообразной кривой, пик которой приходится на время распада СССР (данные за период после 1990 г. приведены на рис. 5.4 и в табл. 5.2).

В начале 1980-х гг. обеспеченность населения врачами в Узбекистане составляла примерно 2,7 на 1000 населения, что значительно ниже среднего показателя по СНГ (3,5 на 1000 населения), но примерно соответствует среднему показателю по странам Центральной Азии. Несмотря на то что показатель Узбекистана ниже среднего показателя по СССР, он все равно примерно на 20% выше, чем в Западной Европе. В 1980-х гг. число врачей значительно увеличилось; такая же тенденция наблюдалась во всем Советском Союзе и в Средней Азии, что явилось результатом проводимой в СССР политики, направленной на выравнивание показателей в сфере здравоохранения среди советских республик. За период между 1980 и 2004 гг. абсолютная численность врачей на территории нынешнего Узбекистана почти удвоилась – с 43 500 до 70 958 человек.

Однако рост населения превысил рост числа выпускников медицинских вузов, и по сравнению с максимальным уровнем, который был зафиксирован в 1991 г. (3,7 на 1000 населения), в 2005 г. обеспеченность врачами (в эквиваленте полной занятости) уменьшилась до 2,9 на 1000 населения (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Поскольку в первые годы независимости считалось, что в стране имеет место переизбыток врачебных кадров, то это привело к сокраще-

Таблица 5.1. Расходы на бесплатное лекарственное обеспечение льготных категорий населения, в тыс. сумов и в %, 2003–2005 гг.

	2003		2004		2005	
	тыс. сумов	%	тыс. сумов	%	тыс. сумов	%
Одинокие пенсионеры	68 448	4,59	78 124	3,67	205 610	10,96
Ветераны и инвалиды Великой Отечественной войны	276 639	18,55	314 847	14,80	276 390	14,74
Участники трудового фронта в годы войны в 1941–1945 гг.	98 910	13,34	217 003	10,20	265 983	14,18
Воины-интернационалисты	78 735	5,28	192 532	9,05	65 840	3,51
Инвалиды из числа лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС	38 115	2,56	41 223	1,94	28 449	1,52
Раковые заболевания	113 224	7,59	197 742	9,30	100 901	5,38
Болезни эндокринной системы	366 372	24,57	647 628	30,45	658 112	35,10
Лепра	3202	0,02	301	0,01	54	0,00
Туберкулез	1 246 682	8,36	113 345	5,33	82 148	4,38
ВИЧ/СПИД	2742	0,02	9 475	0,04	721	0,04
Психические заболевания	1 973 162	13,23	3 179 875	14,95	185 529	9,89
Пациенты с имплантированными кардиостимуляторами	280 642	1,88	4969	0,23	5432	0,29
Всего	14 910 852	100	2 126 646	100	1 875 168	100

Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

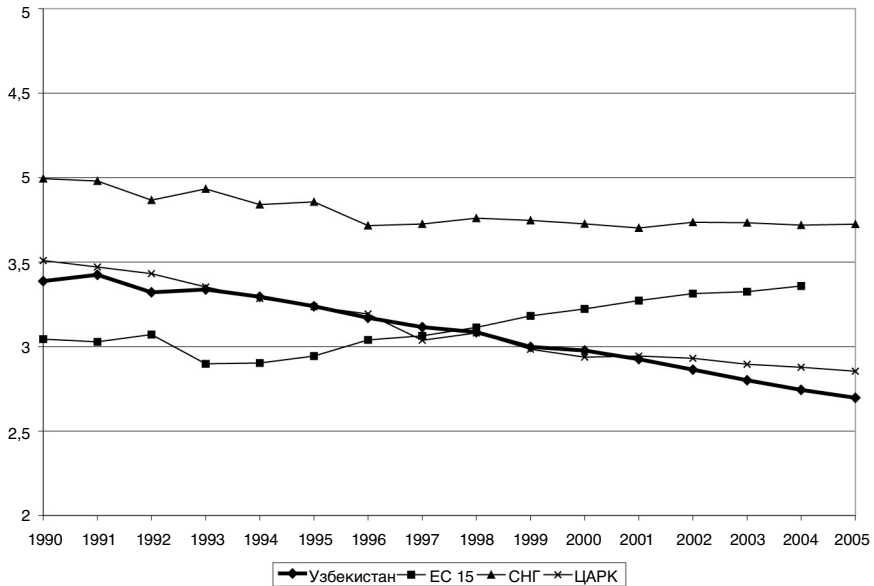
нию приема студентов в медицинские вузы. Число выпускников медицинских вузов по сравнению с максимальным показателем, который был зарегистрирован в 1996 г. (5156 выпускников), в 2004 г. уменьшился до 3020 человек. С учетом роста населения, обеспеченность врачами за этот период снизилась с 0,22 до 0,12 на 1000 населения. В целом динамика показателей приема студентов в медицинские вузы соответствует тенденциям, наблюдаемым в большинстве других стран этого региона. Число выпускников медицинских вузов (врачей) на 1000 населения в Узбекистане примерно соответствует средним показателям по странам Центральной Азии (0,12 в 2005 г.), СНГ (0,12 в 2005 г.) и ЕС 15 (0,91 в 2002 г.) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Последние изменения, происшедшие в узбекской системе здравоохранения (см. главу 7), нашли свое отражение и в составе медицинских кадров. Произошло некоторое перераспределение ресурсов из вторичного и третичного звена здравоохранения в пользу первичного звена. По данным Европейской базы данных «Здоровье для всех», наибольший процент больничных врачей был зарегистрирован в 1994 г., когда этот показатель достигал почти 64% всех врачей, занятых в секторе здравоохранения; в 2005 г. он уменьшился до 41,7%. В настоящее время он примерно соответствует показателям других стран Европейского региона ВОЗ: в Казахстане в 2005 г. в больницах работало 44,6% всех врачей; в Российской Федерации – 47%, в Германии (в 2004 г.) – 42,2% , во Франции – 29,4% (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Следует отметить, однако, что в Отчете о государственных расходах за 2004 г. отражена совсем иная картина: согласно этому документу, 62% врачей и 70% всех медицинских работников по-прежнему работали в больницах. В период между 1995 и 2003 гг. число госпитализаций, число коек в стационарах и средняя продолжительность госпитализации снизились на 13–15%, при этом численность персонала больниц уменьшилась за этот период всего на 2%, а число врачей даже увеличилось (Langenbrunner, Salikhova & Karimova, 2006).

Наблюдается неравномерность распределения трудовых ресурсов, имеют место значительные различия между сельскими и городскими районами: в городах концентрация медицинских работников высока, в сельской местности наблюдается дефицит кадров. В 2002 г. в городах обеспеченность врачами была почти вдвое выше, чем в сельской местности (Measure DHS, 2004). В 2006 г., по оценкам Министерства здравоохранения, примерно в 10% всех СВП (т. е. около 300 единиц) не хватало врачей (Langenbrunner, Salikhova & Karimova, 2006).

Рис. 5.4. Число врачей на 1000 населения в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1990–2005 гг. (в эквиваленте полной занятости)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.; данные по ЕС 15 за 2005 г. отсутствуют.

Число стоматологов (в эквиваленте полной занятости) за годы независимости немного уменьшилось: с 0,36 на 1000 населения в 1989 г. до 0,22 на 1000 населения в 2005 г. (см. рис. 5.5). Однако в этот период данный показатель сильно менялся, и в 1996 г. опустился всего до 0,15 на 1000 населения. Причина таких колебаний не совсем понятна. Обеспеченность стоматологами в Узбекистане была ниже, чем в среднем по СНГ (0,26 в 2005 г.) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Число выпускников-стоматологов в Узбекистане уменьшилось с 413 в 1992 г. до 151 в 1997 г., после чего снова возросло до 261 в 2005 г. В расчете на 1000 населения число выпускников-стоматологов в 2005 г. составляло 0,01, что ниже средних показателей по ЕС 15 (0,02 на 1000 населения) и по СНГ (0,02 на 1000 населения) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Таблица 5.2. Число медицинских работников на 1000 населения, 1980–2005 гг.

Специальность	1980	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005
Врачи (ЭПЗ)	3,26	3,58	3,57	3,46	3,54	3,41	3,29	3,01	2,94	2,92
Стоматологи (ЭПЗ)	0,19	0,22	0,22	0,23	0,16	0,18	0,22	0,21	0,22	0,22
Фармацевты (ФЛ)	0,21	0,32	0,26	0,07	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Медсестры (ЭПЗ)	9,10	10,73	10,19	9,43	–	–	7,36	6,69	6,47	6,44
Акушерки (ФЛ)	0,76	0,99	0,95	0,90	0,90	0,68	0,84	0,83	0,84	0,85
Врачи-выпускники	0,21	0,16	0,19	0,23	0,22	0,14	0,09	0,08	0,12	0,10

Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: ЭПЗ – эквивалент полной занятости, ФЛ – физические лица.

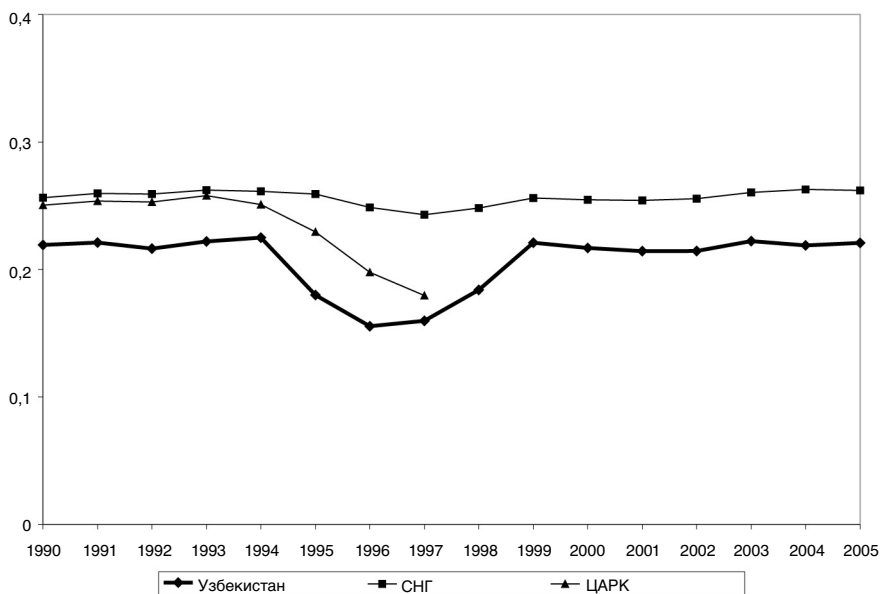
Абсолютная численность выпускников-фармацевтов постепенно уменьшалась: с 998 в 1990 г. всего до 178 в 1996 г., после чего снова увеличилась до 3205 в 2005 г. В 2005 г. число выпускников-фармацевтов составило 0,12 на 1000 населения, что значительно выше показателей остальных стран Европейского региона ВОЗ: в четыре раза выше среднего показателя по СНГ (0,03 на 1000 населения) и в шесть раз выше, чем в Российской Федерации и Германии (0,02 на 1000 населения). Интересно отметить, что до 2001 г. показатель Узбекистана был примерно таким же, как и в других странах региона, после чего увеличился более чем вчетверо (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Причины этого роста ясны не вполне, но, возможно, он связан с либерализацией фармацевтического рынка в стране.

Любопытно, что данные ВОЗ об абсолютной численности фармацевтов в Узбекистане, которые основаны на сведениях, полученных от узбекских органов статистики, свидетельствуют совсем о другой тенденции, а именно о снижении числа фармацевтов по сравнению с наибольшим показателем, достигнутым в 1990 г. (6460 человек),

всего до 828 в 2005 г. (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Несоответствие между этой тенденцией и увеличением числа выпускников-фармацевтов может быть обусловлено тем, что в государственной статистике не учтена численность фармацевтов, занятых в частном секторе, где, после приватизации фармацевтической отрасли в 1990-х гг., и работают сейчас большинство фармацевтов. Официальный показатель обеспеченности фармацевтами в Узбекистане в 2005 г. составил всего 0,03 на 1000 населения, что сопоставимо со средними показателями по странам Центральной Азии за 2004 г. (0,25 на 1000 населения), СНГ (0,22 на 1000 населения) и ЕС 15 (0,82 на 1000 населения в 2004 г.) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007) (см. рис. 5.6); это свидетельствует о том, что официальная статистика в Узбекистане может не отражать реальной ситуации.

После обретения независимости обеспеченность медсестрами в Узбекистане (в эквиваленте полной занятости) несколько снизилась –

Рис. 5.5. Число стоматологов на 1000 населения в Узбекистане, СНГ и ЦАРК, 1990–2005 гг. (в эквиваленте полной занятости)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан.

с 10,9 на 1000 населения в 1991 г. до 6,4 на 1000 населения в 2005 г.; примерно такая же тенденция наблюдалась и в других странах СНГ (см. рис. 5.7) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Численность медсестер-выпускников в разные годы сильно колебалась. Так, она увеличилась с 13 889 человек в 1991 г. до 30 154 в 1996 г., уменьшилась до 15 622 в 2002 г. и снова возросла до 41 955 в 2005 г. Число медсестер-выпускников на 1000 населения в период между 1996 и 2002 гг. снизилось с 1,3 до 0,6, но в 2005 г. достигло 1,6. Этот показатель в среднем по странам Центральной Азии составляет 0,9 на 1000 населения, по СНГ – 0,4 на 1000 населения и ЕС 15 – 0,3 на 1000 населения в 2003 г. (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

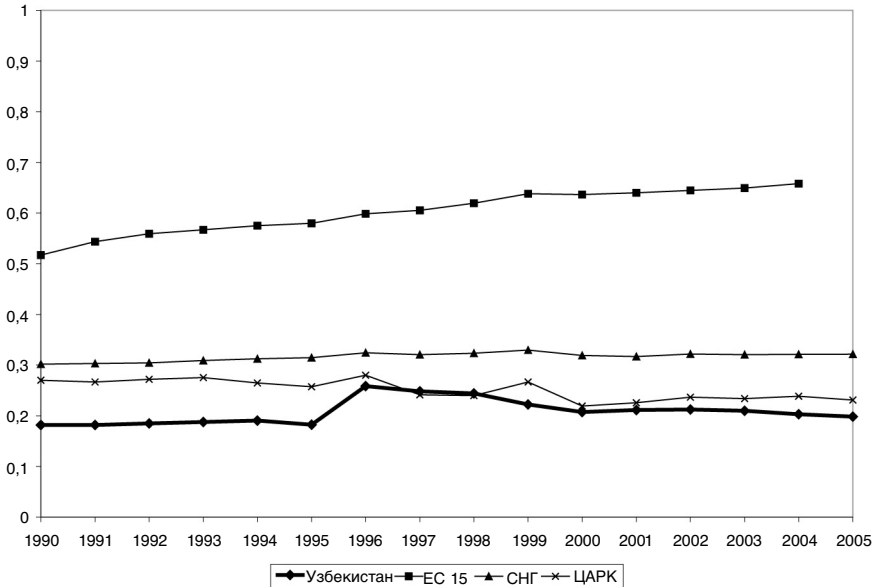
Планирование медицинских кадров

Как и в ряде других систем здравоохранения, в Узбекистане наблюдается дефицит кадров одних специальностей и переизбыток других. Имеют место и географические диспропорции, поскольку с отменой советской системы областных квот у выпускников, получивших хорошее образование, появилась возможность остаться работать в городах, в результате чего менее благополучные сельские районы остаются без квалифицированных кадров. Если говорить о дефиците кадров, то иногда трудно определить, является ли он результатом действительной нехватки медицинских работников или отсутствием с их стороны желания работать в определенных районах или учреждениях.

В системе здравоохранения страны существует несколько механизмов регулирования численности медицинских работников.

Первый из них связан с регулированием численности приема студентов в медицинские вузы и профессиональные колледжи. Все медицинские учебные заведения являются государственными учреждениями, и численность приема студентов, а также количество мест на обучение по различным медицинским специальностям (это касается как преддипломного обучения, так и последипломной подготовки) ежегодно определяется правительством. Другим инструментом регулирования является лицензирование, которое в настоящее время применяется в частном секторе, но в случае необходимости может быть распространено также и на государственный.

Рис. 5.6. Число фармацевтов на 1000 населения в Узбекистане, СНГ, ЦАРК и ЕС 15, 1990–2005 гг.



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.; данные по ЕС 15 и ЦАРК за 2005 г. отсутствуют.

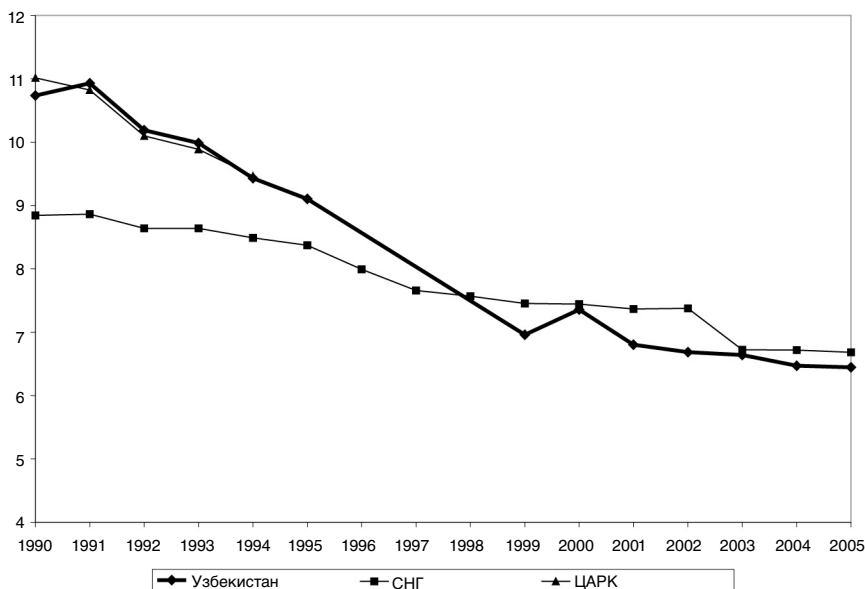
Помимо регулирования численности мест на обучение по различным специальностям, проблема дефицита кадров решается путем финансового стимулирования. Характерным примером является недавнее постановление Президента «О совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников» (Президент Республики Узбекистан, 2005а).

Наконец, поскольку в Узбекистане крупнейшим работодателем в сфере здравоохранения является государство, то правительство может оказывать влияние на обеспечение медицинскими кадрами путем проведения соответствующей политики в области занятости. Однако анализируется ли такая политика на предмет действенности и эффективности до ее принятия или в процессе реализации, сказать трудно.

Подготовка медицинских кадров

Наиболее крупные категории медицинских работников в Узбекистане представляют врачи, медсестры, стоматологи и фармацевты. Общественное здравоохранение и управление здравоохранением считаются более узкими специализациями врачей. В данном разделе рассматривается схема профессиональной подготовки различных категорий медицинских работников. На рис. 5.8 показана структура медицинского образования в Узбекистане.

Рис. 5.7. Число медсестер на 1000 населения в Узбекистане, СНГ и ЦАРК, 1990–2005 гг. (в эквиваленте полной занятости)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЦАРК – страны Центральной Азии и Казахстан.

Структура медицинского образования

В Узбекистане подготовка медицинских работников производится только в государственных учебных заведениях. Для каждой из четырех профессиональных категорий предусмотрена отдельная схе-

ма подготовки специалистов. Врачи и стоматологи получают образование в высших учебных заведениях, базовое медсестринское образование обеспечивают медицинские училища, а фармацевты обучаются в Ташкентском фармацевтическом институте. Недавно в медицинских вузах появились новые факультеты – «высшее образование по сестринскому делу».

До недавнего времени в стране было шесть медицинских вузов с тремя областными филиалами. В 2005 г. на базе двух ведущих медицинских вузов страны – Первого и Второго Ташкентских медицинских институтов – была образована Ташкентская государственная медицинская академия. В настоящее время в стране действует одна медицинская академия, четыре медицинских вуза и три областных филиала. Все они являются государственными учебными заведениями.

В медицинских вузах существует четыре основных факультета, на которых готовят лечащих врачей: лечебный, медико-педагогический, педиатрический и медико-профилактический. В отличие от медицинского образования большинства стран Западной Европы, в Узбекистане профессиональная подготовка детских и взрослых врачей проводится по отдельным программам. До недавнего времени выпускникам лечебного (взрослый), медико-педагогического (взрослый) и педиатрического факультетов разрешалось работать только по своим специальностям в соответствующих отраслях медицины. Однако в результате последних изменений в медицинском образовании, ориентированных на подготовку врачей общей практики, это разделение стало условным. В учреждениях первичного звена врачи общей практики обслуживают сейчас как взрослых, так и детей, вне зависимости от того, какой факультет они окончили. Медико-педагогический факультет был образован недавно в целях обеспечения дополнительной подготовки для тех студентов, которые хотят посвятить себя преподавательской карьере в области медицины. Помимо тех курсов, которые преподают на лечебном факультете, студенты медико-педагогического факультета получают также знания и навыки, необходимые для преподавания в высших учебных заведениях.

Медико-профилактический факультет есть в единственном вузе страны – в Ташкентской медицинской академии. Несмотря на то что его выпускники получают диплом врача, по закону они не имеют права заниматься клинической практикой, за исключением случаев, когда они проходят последипломную клиническую практику в области лечения инфекционных заболеваний. Всех остальных выпускников медико-профилактического факультета готовят для работы в

службе санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения.

Ташкентский фармацевтический институт является единственным в стране учебным заведением, где можно получить высшее образование в области фармации. Но во многих профессиональных колледжах преподают курсы по фармации, и выпускники получают квалификацию, эквивалентную помощнику фармацевта.

В Узбекистане 57 профессиональных колледжей, дающих базовую подготовку по медсестринскому делу, в которых обучается в общей сложности 32 000–35 000 студентов. Как уже говорилось, недавно в системе высшего медицинского образования Узбекистана внедрено высшее образование по медсестринскому делу (Streveler, 2004).

Система подготовки кадров

Специалисты в области общественного здравоохранения

До начала 2000-х гг. специальности «общественное здравоохранение» в западном понимании этого слова в Узбекистане не существовало. До этого времени специалистами примерно такого же профиля (эпидемиология, укрепление здоровья населения, гигиена окружающей среды) считались выпускники медико-профилактического факультета Ташкентской медицинской академии. Специалистов по биостатистике в медицинских вузах не готовили, и эта профессия не относилась к категории медицинских. В советском медицинском образовании специальности «общественное здравоохранение» наиболее точно соответствовала специальность «социальная гигиена», которая включала некоторые аспекты организации системы здравоохранения. Дополнительную подготовку в области организации системы здравоохранения получали только врачи, занимавшие руководящие посты; это была одна из возможностей повышения квалификации медицинских работников.

В 2000 г. во Втором Ташкентском медицинском институте была введена единая программа по общественному здравоохранению, соответствующая международным стандартам, а в 2001 г. была организована кафедра общественного здравоохранения и управления здравоохранением. Этой кафедрой была разработана первая интегрированная программа подготовки специалистов в области общественного здравоохранения, выпускники которой получают диплом магистра по общественному здравоохранению. Важную роль в при-

ведении этой программы в соответствии международным стандартам и в развитии местного потенциала сыграли такие международные организации, как Институт «Открытое общество», Ассоциация школ общественного здравоохранения Европейского региона, Министерство международного развития Великобритании (DFID), финансируемый ЮСЭЙД проект «ЗдравПлюс» и Американский международный союз здравоохранения (АМСЗ).

Эта инициатива получила одобрение правительства и была развернута в масштабах всей страны. Кафедры общественного здравоохранения были открыты во всех медицинских вузах, а в учебные планы преддипломной подготовки студентов-медиков были включены курсы по различным аспектам общественного здравоохранения (клиническая эпидемиология, управление здравоохранением, маркетинг). В ряде других медицинских вузов также были введены программы, по окончании которых выпускники получали степень магистра по общественному здравоохранению. Найдут ли эти специалисты работу в системе здравоохранения, пока непонятно. Помимо программ медицинского образования, международные агентства организовали также для практикующих медицинских работников ряд курсов непрерывного медицинского образования в различных областях общественного здравоохранения (см. главу 6).

Врачи

В высших учебных заведениях Узбекистана специализация начинается на этапе преддипломной подготовки, и решение о будущей профессиональной карьере принимается уже при поступлении в вуз. Выпускники школ могут поступать в один из вузов по выбранной специальности. Основным требованием при приеме в медицинский вуз является наличие аттестата о полном среднем образовании или эквивалентного ему диплома колледжа. Зачисление производится по результатам государственных вступительных экзаменов, которые проводятся в форме письменных тестов, когда абитуриенты из нескольких вариантов ответа выбирают правильный. Вступительные экзамены проводятся в один и тот же день во всех вузах страны. На вступительных экзаменах в медицинские вузы проверяются знания по трем предметам: биология, химия и узбекский или русский язык.

Раньше подготовка в медицинских вузах Узбекистана проводилась по советской модели высшего медицинского образования. Целью реформ в области медицинского образования было сохранение

всего того положительного, что было характерно для прежней системы, и введение новых элементов, соответствующих современным международным тенденциям.

В Советском Союзе медицинское образование состояло из двух лет доклинической и четырех лет клинической подготовки. На пятом году обучения студенты-медики должны были выбрать специализацию: медицину внутренних болезней (терапию), хирургию или акушерство и гинекологию. По окончании института врачи должны были пройти годичную интернатуру, после чего получали право заниматься самостоятельной клинической практикой.

Необходимым условием для продолжения образования по выбранной специализации были диплом с отличием или два-три года клинической практики. Клиническая ординатура являлась основным способом получения практики по выбранной специальности в условиях научного или специализированного медицинского учреждения. По окончании клинической ординатуры желающие заниматься наукой могли продолжить обучение.

Первым уровнем научной подготовки была аспирантура. Программа обучения в аспирантуре была аналогична западной подготовке докторантов. Продолжительность обучения в аспирантуре составляла три года, программа завершалась написанием кандидатской диссертации. Успешно защитившие диссертацию получали степень кандидата медицинских наук (фан номзоди) и, как правило, устраивались на работу в научно-исследовательские институты или медицинские вузы. Высшей ученой степенью была степень доктора наук (фан доктори). Степень доктора наук можно было получить, пройдя следующую ступень подготовки – докторантуру, обучение в которой продолжалось три года. Во время обучения кандидаты на соискание степени доктора наук должны были доказать свою способность вести самостоятельные научные исследования. Имеющие степень кандидата наук могли получить ученое звание «доцент», а имеющие степень доктора наук – ученое звание «профессор».

После обретения независимости в систему и содержание медицинского образования Узбекистана были внесены некоторые изменения. Те из них, которые касались системы образования, были связаны с приоритетами реформ здравоохранения и были нацелены на обеспечение соответствия узбекской системы медицинского образования современным международным стандартам. Продолжительность преддипломной подготовки студентов-медиков была увеличена с шести до семи лет. На смену выбору специализации на

начальном этапе обучения пришла тенденция к подготовке врачей более широкого профиля. Сейчас выпускники получают квалификацию врача общей практики, в отличие от советской системы высшего медицинского образования, в рамках которой медиков готовили по трем основным специализациям. Содержание образовательного материала постепенно меняется от обучения, ориентированного на конкретное заболевание, к обучению, основанному на симптомах. Еще одним приоритетом медицинского образования было определено развитие клинических навыков, и во всех медицинских вузах страны введены новые системы их оценки.

На этапе последиplomной подготовки клиническая ординатура была заменена магистратурой, обучение в которой имеет иную продолжительность и проводится по иной схеме. В магистратуре основное внимание уделяется сочетанию наставничества с дидактической формой организации обучения по единой программе. Каждую группу студентов (в количестве до пяти человек) прикрепляют к определенному преподавателю, который отвечает за процесс их обучения в целом. От прежней клинической ординатуры такая форма организации обучения отличается тем, что в ординатуре не было единой программы подготовки и основной упор делался на неструктурированную клиническую практику, продолжавшуюся два года вне зависимости от специализации. Продолжительность обучения в магистратуре длится от двух до трех лет в зависимости от специализации будущего врача; для большинства клинических специальностей срок обучения составляет три года. Окончившие магистратуру могут работать как в стационарах, так и в амбулаторном звене. Однако в научную подготовку пока что внесено очень мало изменений; главные из них касаются требований к защите диссертации – например, к числу публикаций.

Выпускники медико-профилактического факультета проходят очень похожую подготовку. Различия связаны главным образом с объемом и содержанием курса обучения, который в меньшей степени ориентирован на клиническую практику. Продолжительность обучения составляет шесть лет, а последиplomная подготовка проходит примерно по той же схеме, что и у выпускников лечебного факультета.

Квоты ежегодного приема на преддипломное обучение и в магистратуру (как в медицинские вузы, так и в профессиональные колледжи) утверждаются кабинетом министров на основании предложений Министерства здравоохранения. Однако система клинической ординатуры пока еще полностью не отменена. Так как подготовка в

ординатуре короче и к ней предъявляются менее строгие требования, то в настоящее время она используется для решения насущных потребностей в кадрах определенных медицинских специальностей. Численность приема в клиническую ординатуру определяется Министерством здравоохранения по согласованию с Министерством финансов. Вопрос о количестве лиц, ежегодно принимаемых в аспирантуру и докторантуру, раньше находился в ведении Государственного комитета по науке и новым технологиям при Кабинете министров (из личной беседы с сотрудником Главного управления кадров, науки и учебных заведений Министерства здравоохранения). И хотя в связи с последними изменениями в системе организации научно-исследовательских работ эти вопросы были переданы в ведение Министерства здравоохранения, принятие решений о количестве мест производится с учетом средств, выделяемых на эти цели Министерством финансов (Президент Республики Узбекистан, 2006).

В основе системы непрерывного медицинского образования лежит требование о прохождении раз в пять лет краткосрочных курсов повышения квалификации. На общенациональном уровне задача по разработке курсов по повышению квалификации входит в обязанности Ташкентского института усовершенствования врачей. Отделения повышения квалификации медицинских работников есть также в нескольких областных медицинских вузах страны. Места на курсах повышения квалификации распределяются между районными отделениями здравоохранения, которые предоставляют эти места врачам, работающим в государственных медицинских учреждениях. Но, учитывая быстрый прогресс в медицине и в целях обеспечения надлежащего уровня подготовки медицинских кадров, при финансовой поддержке проекта Всемирного банка «Здоровье II» были разработаны новые концепции, предусматривающие получение медицинскими работниками районного и областного уровней новых медицинских материалов чаще чем раз в пять лет.

Медсестры, акушерки и специальности медицинских сестер

Советская модель подготовки медсестер была ориентирована на узкую специализацию. В медицинское училище можно было поступить, получив полное (11 классов) или неполное (9 классов) среднее образование. Продолжительность обучения составляла 18 месяцев для тех, у кого был аттестат о полном среднем образовании, и 30 месяцев для тех, кто поступил в училище после 9-го класса средней

школы. Как и студенты медицинских вузов, учащиеся медицинских училищ специализировались по терапии, хирургии или акушерству и гинекологии.

В рамках реформы медицинского образования все медицинские училища страны были перепрофилированы в профессиональные колледжи. В настоящее время в этих колледжах дается среднее специальное образование по девяти специальностям: медицинская сестра общего профиля, акушерство, терапия, профилактическая медицина, фармация, ортопедическая стоматология, стоматология, лабораторная диагностика и медицинское оборудование.

Продолжительность обучения была увеличена до двух лет для студентов, имеющих полное среднее образование, и до трех лет для студентов, имеющих аттестат о неполном среднем образовании.

В медицинских вузах были созданы новые факультеты, на которых медсестры могут получить высшее сестринское образование. Необходимым условием зачисления является наличие диплома профессионального колледжа (диплом медсестры). Программа подготовки медсестер с высшим образованием предполагает обучение по четырем специальностям: терапия, хирургия, акушерство и гинекология и администрирование. Окончившие курс обучения по программе «Медсестра с высшим образованием» могут продолжить подготовку и получить степень магистра. В настоящее время в медицинских вузах можно получить степень магистра сестринского дела.

Схема непрерывного медицинского образования для медсестер такая же, как и для врачей. Действует обязательное требование о прохождении курсов повышения квалификации не реже одного раза в пять лет. Такие курсы имеются в 12 специализированных областных центрах повышения квалификации медицинских работников среднего звена.

Стоматологи и фармацевты

Стоматологов в Узбекистане готовят в двух медицинских вузах: в Ташкентской медицинской академии и в Бухарском государственном медицинском институте. В последние годы программа подготовки стоматологов была преобразована в двухуровневую. Первый уровень предусматривает пятилетнее преддипломное обучение студентов по общей стоматологии. Второй уровень – магистратура – включает двухлетнюю программу обучения, позволяющую студентам пройти подготовку по одной из трех специальностей: терапевтическая, ортопедическая или хирургическая стоматология.

Как уже говорилось, единственным высшим учебным заведением в Узбекистане, где готовят фармацевтов, является Ташкентский фармацевтический институт. Подготовка фармацевтов была включена в реформу образования и делится на преддипломное и последипломное обучение. На преддипломном уровне студенты могут выбрать одну из двух специализаций: биотехнология и промышленная фармация или фармация.

Подготовка по специальности «биотехнология и промышленная фармация» производится по четырехлетней программе преддипломного обучения. По специальности «фармация» есть две различные программы: первая дает подготовку только в области фармации, а вторая предусматривает также курс педагогической подготовки, позволяющей выпускникам заниматься преподавательской деятельностью.

По окончании обучения выпускники могут продолжить образование в магистратуре по одной из двух специальностей: «технология иммунобиологических и микробиологических препаратов» или «биотехнология лекарственных растений». Схема продолжения научной карьеры в области стоматологии и фармации такая же, как и в медицине.

Образовательные стандарты

В Узбекистане система образования носит централизованный характер. Все образовательные программы должны отвечать требованиям государственных образовательных стандартов по соответствующим дисциплинам, и медицинское образование организовано по этому же принципу. Образовательные стандарты по каждой из медицинских дисциплин разрабатывают специальные рабочие группы, в состав которых входят ведущие ученые, специализирующиеся в этой области, представители Министерства здравоохранения и преподаватели высших учебных заведений с соответствующих факультетов и кафедр. Сначала составленный перечень стандартов передается на рассмотрение либо в Институт проблем высшей и средней специальной школы (для вузов), либо в Институт развития среднего специального, профессионального образования (для профессиональных колледжей). После утверждения представленных стандартов в этих организациях их должны утвердить Министерство здравоохранения и Министерство высшего и среднего специального образования (из личной беседы с сотрудником Управления кадров Главного управления кадров, науки и учебных заведений Министерства здравоохранения).

Регистрация и лицензирование

В Советском Союзе существовали единый рынок услуг здравоохранения и единая система медицинского образования. Диплом любого медицинского вуза страны давал его обладателю право заниматься медицинской практикой в любой точке СССР, и никаких параллельных систем лицензирования не было. Диплом медицинского вуза позволял заниматься клинической практикой до выхода на пенсию, при условии соблюдения требований о повышении квалификации.

На территории нынешнего Узбекистана курсы повышения квалификации медицинских работников проводились либо на базе Ташкентского института усовершенствования врачей, либо на базе отделений повышения квалификации медицинских вузов. Медицинские работники должны были соблюдать требования, действующие в отношении организации системы непрерывного медицинского образования. Положение о прохождении обязательного курса повышения квалификации раз в пять лет действует и сейчас. По данным источника в Министерстве здравоохранения, в 2005 г. курсы повышения квалификации прошло около 20,9% всех врачей страны (Institute of Health, 2006).

Первые документы, касающиеся системы обеспечения качества медицинской помощи, были разработаны в Узбекистане в середине 1990-х гг. В этих документах ключевая роль в обеспечении качества отводилась медицинским работникам. В законе «Об охране здоровья граждан» указано, что право на занятие медицинской деятельностью имеют только лица, получившие диплом об окончании высшего или среднего специального медицинского учебного заведения в Республике Узбекистан. Лица, получившие диплом о медицинском или фармацевтическом образовании в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности в порядке, устанавливаемом кабинетом министров. Медицинские и фармацевтические работники, не работавшие по своей профессии более трех лет, могут быть допущены к соответствующей деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании аттестации, проводимой аттестационными комиссиями Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (Республика Узбекистан, 1996).

Система разрешений, необходимых для работы в учреждениях государственного сектора, после провозглашения независимости осталась без изменений, но были введены лицензии на частную медицинскую деятельность. Лицензии на частную медицинскую дея-

тельность (как индивидуальную, так и коллективную) выдает специальный комитет, организованный в системе Министерства здравоохранения. До августа 2005 г. лицензии на частную медицинскую деятельность выдавались сроком на пять лет. В соответствии с новым указом президента это временное ограничение было отменено, и теперь срок всех лицензий не ограничен (Президент Республики Узбекистан, 2005b). В состав комитета по лицензированию Министерства здравоохранения входят совет по лицензированию, возглавляемый первым заместителем министра здравоохранения (всех остальных членов совета назначает министр здравоохранения), и экспертный комитет, членов которого назначает министр здравоохранения (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2003b).

В состав Совета по лицензированию входят его председатель (первый заместитель министра здравоохранения), заместитель председателя, секретарь и члены совета. Заседания совета проходят не реже одного раза в месяц. Заявки о выдаче лицензий рассматриваются экспертным комитетом, который подотчетен совету. Если заявка не отвечает установленным требованиям, совет обязан в трехдневный срок после принятия решения предоставить соискателю письменное обоснование этого решения (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2003b). На момент составления данного обзора лицензионный сбор составлял пять МРОТ, т. е. примерно 45 долл. США.

Экспертный комитет, в состав которого входят специалисты различного профиля, отвечает за проведение детальной проверки документов, представленных соискателями лицензий. Получив заявку, комитет обязан в течение 15 дней представить совету свое заключение по ней и, если сочтет необходимым, может в течение этого срока провести также инспекционные проверки на местах (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2003b).

Для получения лицензии на частную медицинскую деятельность соискателю необходимо представить в лицензионный орган следующие документы (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2003b):

- заявление о выдаче лицензии;
- нотариально заверенную копию свидетельства о государственной регистрации;
- документ, подтверждающий внесение соискателем лицензии сбора за рассмотрение лицензирующим органом заявления соискателя лицензии;

- заключение территориального органа санитарно-эпидемиологического надзора о соответствии санитарным нормам и правилам помещений, предназначенных для осуществления медицинской деятельности по указанным в заявлении виду и/или специальностям;
- список имеющихся у соискателя лицензии медицинского оборудования и аппаратуры, необходимых для осуществления медицинской деятельности по определенной специальности;
- заключение о соответствии медицинского оборудования и аппаратуры метрологическим нормам и стандартам;
- нотариально заверенные копии диплома о высшем медицинском образовании и трудовой книжки, сертификата о присвоении квалификационной категории, документа о повышении квалификации и/или прохождении специализации за последние 5 лет — для руководителя, а также нотариально заверенные копии диплома о высшем медицинском образовании, сертификата о присвоении квалификационной категории, документа о повышении квалификации и/или прохождении специализации за последние 5 лет — для врачей-специалистов — для юридических лиц;
- нотариально заверенные копии диплома о высшем и/или среднем специальном, профессиональном медицинском образовании, трудовой книжки, сертификата о присвоении квалификационной категории, документа о повышении квалификации и/или прохождении специализации за последние 5 лет — для физических лиц.

В 1999 г., при поддержке проекта ЮСЭЙД «ЗдравПлюс» и Департамента международного развития Великобритании (DFID), был организован Центр лицензирования деятельности и аттестации врачей и фармацевтов при Министерстве здравоохранения. Оснащение центра офисным оборудованием было произведено в рамках проекта «Здоровье», а Департамент международного развития Великобритании оказывал консультативную помощь по вопросам лицензирования и программного обеспечения. В настоящее время центр в основном занимается аттестацией работников здравоохранения. В центре действует один центральный комитет и 20 специализированных комитетов, занимающихся аттестацией врачей и фармацевтов. Со времени своего основания центр провел аттестацию 10 555 врачей и фармацевтов. Из них 8080 специалистам была присвоена высшая квалификационная категория, 2206 – первая и 269 – вторая (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2006). Как уже говорилось, от уровня квалификационной категории работника зависит

размер его оклада в учреждениях государственного сектора; переаттестация должна проводиться каждые 3–5 лет.

Планируется создание базы данных практикующих работников здравоохранения. Для начала решено составить базу данных врачей. В порядке эксперимента была проведена программа лицензирования врачей общей практики, прошедших переподготовку; предусматривается, что в дальнейшем все врачи должны будут каждые 5 лет проходить процесс подтверждения, который будет включать проверку знаний и навыков, но основным его элементом станет рассмотрение документов о самообразовании (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2006).

Относительная значимость различных медицинских специальностей

Как и во многих других странах, в Узбекистане некоторые врачи-специалисты получают более высокое вознаграждение за свой труд, чем врачи общего профиля и отдельных специальностей (например, хирурги и акушеры-гинекологи получают больше, чем психиатры и рентгенологи). В Узбекистане это наблюдалось еще в советское время и вплоть до последних реформ в области оплаты труда медицинских работников. В советской системе больше внимания традиционно уделялось учреждениям вторичного и третичного звена медицинской помощи, что привело к отсутствию у определенной части общества доверия к первичному звену. Считалось, что уровень качества медицинской помощи, оказываемой врачами, работающими в больницах, выше, а стационарная помощь, безусловно, «лучше» амбулаторной, вне зависимости от клинического состояния пациента. Этот стереотип, в сочетании с материальной стороной вопроса, сыграл большую роль в оттоке лучших кадров из амбулаторного звена в стационарное, что еще больше подрывало систему ПМСП.

Убедительные доказательства более высоких заработков врачей определенных специальностей найти трудно. В настоящее время значительную часть дохода врачей составляют неофициальные платежи, но их размер трудно поддается количественной оценке (см. главу 4). Согласно «Оценке уровня жизни», проведенной Всемирным банком в 2003 г., хирурги и врачи экстренной помощи получают значительно большие неофициальные платежи, чем другие работники здравоохранения (World Bank, 2003).

После провозглашения независимости в государственном секторе здравоохранения появились рыночные механизмы, благодаря которым увеличился приток наличных денежных средств извне в медицинские учреждения. В рамках проводимых реформ медицинским учреждениям было разрешено использовать определенную часть получаемых внебюджетных доходов для материального стимулирования своих сотрудников. Однако в первую очередь это коснулось учреждений вторичного и третичного звена медицинской помощи (см. главы 4, 6 и 7).

В частном секторе, где зарплаты выше, врачи-специалисты также получают больше, чем врачи общего профиля, особенно это касается тех из них, кто ранее работал в учреждениях вторичного и третичного звена. Насколько выиграли врачи от притока внебюджетных средств и насколько в частном секторе зарплаты выше, чем в государственном, точно сказать трудно, но можно предположить, что эти факторы играют не последнюю роль в решениях выпускников медицинских вузов о выборе профессиональной карьеры.

Был разработан ряд мер и стимулов, направленных на то, чтобы изменить сложившееся в обществе мнение о низкооплачиваемых врачебных специальностях. В последние годы повышенное внимание уделялось врачам общей практики. Ожидается, что оплата труда по подушевым нормативам обеспечит работникам первичного звена как материальные, так и нематериальные стимулы (см. главы 3 и 7). Дополнительными стимулами для врачей, работающих в первичном звене, могут стать улучшение условий труда и доступ к новому медицинскому оборудованию (см. главу 7). Постановлением президента от 6 декабря 2005 г. были введены дополнительные финансовые стимулы для врачей определенных специальностей, однако врачи общей практики в этот список включены не были (см. раздел 3.6).

К низкооплачиваемым врачебным специальностям относятся рентгенология, фтизиатрия и лечение и профилактика профессиональных заболеваний, и в этих областях наблюдается дефицит кадров. На данном этапе политика правительства, направленная на то, чтобы обратить эту тенденцию вспять, выражается в увеличении квот приема в клиническую ординатуру по этим специальностям.

Специалистами, оказывающими медицинскую помощь наивысшего качества, считаются в обществе клиницисты, имеющие ученую степень и занимающиеся преподавательской деятельностью. Они имеют наивысший статус и могут рассчитывать на самое высокое финансовое вознаграждение. Этим, а также наличием более благо-

приятных возможностей карьерного роста можно объяснить постоянный конкурс в магистратуру, аспирантуру и докторантуру по медицинским специальностям.

В узбекской системе здравоохранения медицинское образование является главным инструментом государственного регулирования численности и состава медицинских кадров. Поскольку все медицинские учебные заведения являются государственными, то их деятельность подлежит строгому государственному контролю. В государственных учебных заведениях действует централизованная система квот приема на преддипломное и последипломное обучение (в магистратуру, аспирантуру и докторантуру). Эти квоты затем делятся в соответствии с объемом выделенного на эти цели финансирования. Примерно 40% мест в учебных заведениях финансируются правительством (в том числе расходы по оплате за обучение и стипендии), а 60% мест являются платными.

Число финансируемых государством (бесплатных) и платных мест в учебных заведениях на отделениях преддипломного и последипломного образования определяется кабинетом министров на основании рекомендаций Министерства здравоохранения, а число мест в аспирантуре и докторантуре устанавливается Министерством здравоохранения и Министерством финансов (Президент Республики Узбекистан, 2006). Такая схема позволяет легко решать проблемы диспропорций в обеспечении медицинскими кадрами соответствующих специальностей, поскольку число новых специалистов зависит от квот приема. Однако, как свидетельствует имеющийся дисбаланс в системе здравоохранения, в будущем могут понадобиться и другие механизмы регулирования, позволяющие решать этот вопрос более эффективно.

6. Предоставление медицинских услуг

6.1. Общественное здравоохранение

Согласно определению ВОЗ, общественное здравоохранение – это наука и искусство профилактики заболеваний, укрепления здоровья и продления жизни населения путем целенаправленных усилий общества (WHO, 1998/Европейское региональное бюро ВОЗ, 1998). В Узбекистане за реализацию этих функций отвечают различные ведомства, в том числе служба санэпиднадзора, центры по борьбе с ВИЧ/СПИД, Институт Здоровья, подразделения первичной медико-санитарной помощи, НПО и международные организации.

Служба санэпиднадзора отвечает за обеспечение гигиены окружающей среды, безопасность пищевых продуктов и контроль инфекционных заболеваний. Кроме того, в их обязанность входит оповещение Главного управления санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения о случаях возникновения «особо опасных заболеваний».

На общенациональном уровне центральным органом, отвечающим за осуществление общего контроля санитарного состояния и инфекционных заболеваний, в Узбекистане является Главное управление санитарно-эпидемиологического надзора; оно производит надзор за деятельностью всех санитарно-эпидемиологических учреждений в стране. Главное управление санитарно-эпидемиологического надзора имеет два основных подразделения, что отражает дихотомический характер всей системы санитарно-эпидемиологического надзора в стране: сектор санитарии и сектор эпидемиологии. В задачи сектора санитарии входит контроль санитарно-гигиенических про-

блем, связанных с общими производственными рисками: гигиена, радиационный контроль, безопасность пищевых продуктов и сопутствующая деятельность. Сектор эпидемиологии занимается вопросами профилактики и борьбы с инфекционными болезнями. В нем есть отделы вирусологии, паразитологии, туберкулеза и венерических болезней, холеры и чумы и «особо опасных инфекций».

Система санэпиднадзора имеет вертикальную иерархическую структуру, включающую службы общенационального, областного и районного уровней. В 2005 г. в Узбекистане насчитывалось 216 санэпидстанций, 7 пунктов дезинфекции и 166 дезинфекционных станций, работающих на условиях смешанного финансирования, т. е. получающих как бюджетные средства, так и доходы из внебюджетных источников (Institute of Health, 2006). Последний вид учреждений был создан в целях организации платных услуг населению, выходящих за рамки основных функций системы санэпиднадзора. Например, домохозяйства или юридические лица могут пользоваться услугами дезинфекции, предоставляемыми этими дезинфекционными станциями, на платной основе. В 2005 г. в системе санэпиднадзора страны было предусмотрено 6566 ставок врачей, 87,4% из которых было укомплектовано. У таких организаций, как «Узбекские железные дороги», «Узбекские авиалинии» и Служба национальной безопасности, есть собственные, полуавтономные центры санэпиднадзора, не входящие в систему Главного управления санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения.

Деление служб на санитарно-гигиенические и эпидемиологические присутствует также на областном и районном уровнях. Санитарно-гигиенические службы оснащены физическими лабораториями для исследования воздействия вредных факторов окружающей среды (шум, вибрация, загрязнения окружающей среды на рабочих местах). На эпидемиологических станциях есть лаборатории для проведения бактериологических, вирусологических, иммунологических, паразитологических и других специальных исследований в целях предотвращения и раннего выявления «особо опасных инфекций». Пункты дезинфекции функционируют как независимые предприятия и проводят различные дезинфекционные мероприятия.

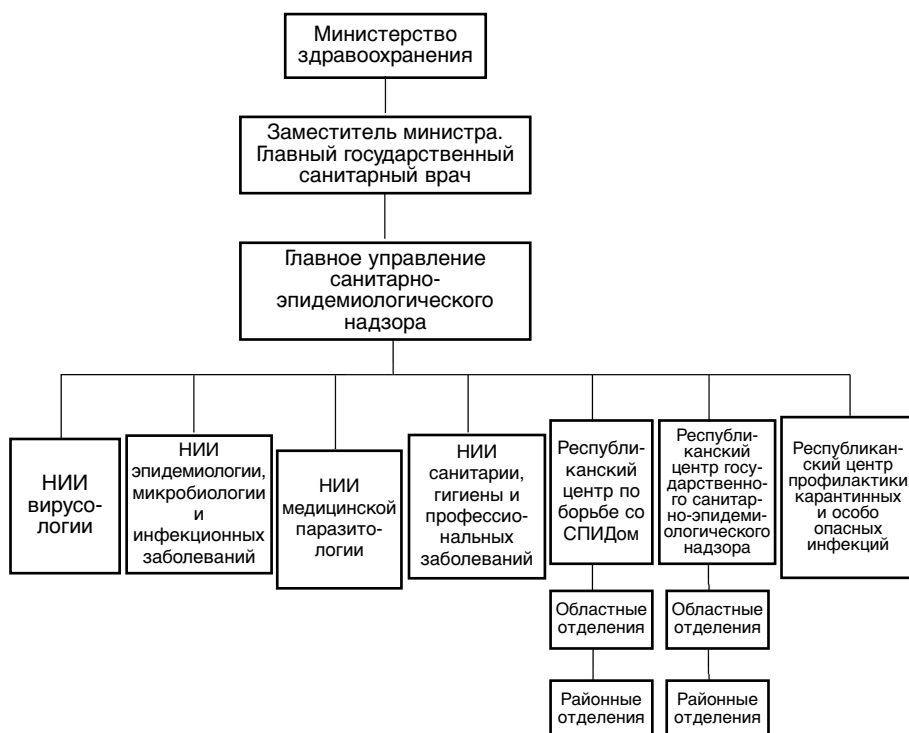
Районные санэпидстанции отвечают за проверку санитарных условий, водоснабжение, безопасность продуктов питания, а также за профилактику инфекционных заболеваний. Кроме того, они осуществляют надзор за проведением мероприятий в области санитарного просвещения среди беременных женщин, а также в школах, при этом

особое внимание уделяется сезонным заболеваниям, вакцинации и питанию. Районные центры санэпиднадзора работают под руководством санитарно-эпидемиологических центров областного уровня.

Помимо центров санэпиднадзора общенационального, областного и районного уровня в системе санэпиднадзора есть также ряд научно-исследовательских институтов и центров. На рис. 6.1 показана организационная структура системы санэпиднадзора в Узбекистане. Ранее Институт «Здоровье» со всеми своими отделениями входил в систему санэпиднадзора, но в настоящее время, после слияния с Информационно-аналитическим центром, институт подчиняется непосредственно первому заместителю министра здравоохранения.

В 1998 г. в Узбекистане была организована вертикальная инфраструктура системы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа, выведенная из общей системы санэпиднадзора. В Ташкенте создан Республиканский центр по борьбе со СПИДом, имеющий свои филиалы в каждой из областей страны. Центр располагает иммунодиагностической лабораторией и стационаром для лечения больных. В Республиканский центр по борьбе со СПИДом ежемесячно поступает отчетность о всех выявленных случаях ВИЧ-инфекции и СПИДа, и он служит в качестве референс-центра для исследования крови на всей территории страны. Центр выполняет три основные функции: профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа; анализ эпидемиологической ситуации в Узбекистане по ВИЧ/СПИД; лечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Областные центры по борьбе со СПИДом занимаются в основном надзором и диагностикой ВИЧ/СПИД и санитарным просвещением среди местного населения – распространяют буклеты, содержащие информацию о тяжести этого заболевания, путях передачи инфекции и способах ее предотвращения. Республиканский центр по борьбе со СПИДом в Ташкенте проводит бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ и предоставляет необходимые консультации. Однако в других медицинских учреждениях – как в Ташкенте, так и в стране в целом – бесплатное тестирование на ВИЧ провести довольно трудно. В настоящее время правительство совместно с различными международными организациями – в частности, с Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией – реализует широкомасштабные проекты по борьбе с ВИЧ/СПИД на общую сумму в десятки миллионов долларов. Эти проекты нацелены на расширение сети кабинетов анонимного бесплатного тестирования на ВИЧ и «пунктов доверия» для лиц, страдающих наркотической зависимостью (IRIN/PlusNews, 2006).

Рис. 6.1. Структура системы санитарно-эпидемиологического надзора



Источник: частный источник в Министерстве здравоохранения, 2006.

Вопросами укрепления здоровья и санитарного просвещения населения в Узбекистане занимается ряд государственных и негосударственных организаций. Большинство учреждений ПМСП занимаются теми или иными видами работы в области укрепления здоровья и санитарного просвещения, причем такая деятельность является одной из главных функций первичного звена медицинской помощи (Министерство здравоохранения, 2004а). В Узбекистане принят также комплексный план по планированию семьи, в соответствии с которым поликлиники должны проводить среди женщин репродуктивного возраста санитарно-просветительскую работу по вопросам планирования семьи.

Профилактика также является неотъемлемым элементом деятельности первичного звена здравоохранения и считается важнейшей частью процесса оказания медицинской помощи. В основных прави-

тельствующих документах, касающихся реформирования сектора здравоохранения, профилактическим мерам отдан особый приоритет (Президент Республики Узбекистан, 1998; Республика Узбекистан, 1996). Иммунизация и вакцинация населения проводятся силами государственных учреждений ПМСП, а координацией и контролем в этой области занимаются районные органы управления здравоохранением и службы санэпиднадзора. Министерством здравоохранения разработан соответствующий протокол об обязательной иммунизации и вакцинации, соблюдение которого строго контролируется. В последние годы в частном секторе появляются новые службы, которые должны удовлетворить новый спрос на услуги вакцинации и иммунизации, не обеспечиваемые государственным сектором. В частных медицинских учреждениях крупных городов повсеместно делаются прививки против гепатитов А и В и гриппа.

В 2001 г. был создан Институт Здоровья, который должен был стать главным органом, занимающимся вопросами укрепления здоровья и санитарного просвещения населения в масштабах всей страны. Институт имеет 14 региональных филиалов и 159 районных и 15 городских центров. В Институте Здоровья четыре отдела: отдел по связям со СМИ, редакторский отдел, отдел пропаганды и обучения здоровому образу жизни и отдел медицинской статистики. В отделе пропаганды и обучения здоровому образу жизни имеются подразделения, занимающиеся вопросами охраны здоровья матери и ребенка, пропагандой здорового питания, профилактикой рискованных форм поведения, пропагандой здорового образа жизни и санитарно-гигиенических норм. В отделе медицинской статистики есть подразделения, занимающиеся прогнозом заболеваемости, медико-социологическими исследованиями и профилактикой инфекционных и неинфекционных болезней. За период до 2004 г. Институтом «Здоровье» в сотрудничестве с международными организациями было разработано 9 санитарно-просветительских фильмов, 26 радио- и 33 видеороликов, 20 плакатов, 54 информационных буклета и более 100 листовок-напоминаний.

В деятельности по укреплению здоровья населения и пропаганде здорового образа жизни приняли активное участие многие международные организации, в частности проект «ЗдравПлюс», проект «Норе» («Надежда») и американская НПО Central Asian Free Exchange. Проект «Норе» в настоящее время проводит программу укрепления репродуктивного здоровья подростков и обучения матерей (Project Nore, 2007). Проект «ЗдравПлюс» в сотрудничестве с ме-

ственными органами управления здравоохранением и региональными филиалами Института Здоровья провел в четырех пилотных областях четыре крупные кампании по таким вопросам, как анемия, диарея, пневмония у детей и планирование семьи. Для этих целей использовался широкий спектр различных каналов коммуникации, включая периодические издания и социальную рекламу по национальному телевидению. Оценка этих кампаний показала их эффективность в пропаганде поведенческих изменений (из неопубликованного информационного буклета «ЗдравПлюс»).

Проводится также ряд мероприятий по улучшению питания населения. В 2002 г. при финансовой поддержке ЮНИСЕФ и Японского агентства международного сотрудничества (JICA) в трех областях Узбекистана была начата программа еженедельного (в отличие от рекомендуемого ВОЗ ежедневного) обеспечения беременных женщин добавками, содержащими железо и фолиевую кислоту, детей в возрасте 1–2 лет и девочек в возрасте 12–14 лет. В настоящее время эта программа охватывает уже 6 областей. В рамках проекта «Здоровье II» правительство намерено к концу 2007 г. расширить эту программу на остальные семь областей страны. Беременным женщинам, проходящим дородовое наблюдение, бесплатно раздают препараты железа в таблетках (Kamatsuchi, 2006).

По сравнению с другими странами Центральной Азии в Узбекистане достигнут значительный прогресс в области фортификации муки, и сейчас, при поддержке Всемирного банка, Глобального альянса по улучшению питания (ГАУП), ЮНИСЕФ и Азиатского банка развития, фортификация муки проводится на 14 государственных мукомольных комбинатах (Kamatsuchi, 2006).

При поддержке ЮНИСЕФ в рамках Недель «Здоровый ребенок» проводится программа обеспечения детей в возрасте 6–59 месяцев витамином А. Законодательство о всеобщем йодировании соли, которое вступило в силу во всех остальных странах Центральной Азии, в Узбекистане пока не принято (Kamatsuchi, 2006).

Международные организации способствовали активизации деятельности местных НПО, но в последнее время государственная политика направлена на сокращение роли НПО, и основную часть работы по укреплению здоровья населения теперь должны выполнять государственные органы, в частности махали (организации местной общественности), и работники здравоохранения.

Еще одним направлением деятельности международных организаций было санитарное просвещение в школах. В целях организации

помощи правительству в его работе по включению уроков санитарного просвещения в государственные школьные учебные планы международные организации в 2002 г. объединили свои усилия с Министерством образования, чтобы совместно разработать программу санитарного просвещения для школьников. Эта программа была утверждена Министерством образования и областными органами управления образованием и начала проводиться в школах сначала на областном, а затем и на общенациональном уровне. Уроки по пропаганде здорового образа жизни включали такие вопросы, как репродуктивное здоровье, наркомания и инфекционные заболевания (из неопубликованного информационного буклета «ЗдравПлюс»).

Услуги в области профессиональной гигиены предоставляет ряд специализированных учреждений, имеющих стационарные, амбулаторные и реабилитационные отделения. Исторически сложилось так, что эти учреждения финансируются соответствующими отраслевыми министерствами по согласованию с Министерством здравоохранения. Роль Министерства здравоохранения в организации услуг профессиональной гигиены по-прежнему больше связана с медицинскими аспектами охраны здоровья работников, чем с вопросами планирования, регулирования и мониторинга.

Отделы управления дорожным движением МВД и пожарные команды ежегодно проводят масштабные программы, направленные на предупреждение дорожного травматизма и смертности. Эти программы проводятся вне сектора здравоохранения. Программа обеспечения безопасности дорожного движения включает проведение силами дорожной полиции занятий в школах и организацию социальной рекламы в общественном транспорте, на радио и телевидении. Но скоординированы ли все эти усилия с аналогичной деятельностью, проводимой под эгидой Министерства здравоохранения, неизвестно.

6.2. Маршрут пациента в системе здравоохранения

Маршрут пациента в узбекской системе здравоохранения зависит от того, какая помощь ему необходима (первичная, вторичная или третичная), от его местонахождения (в частности, от близости к поставщикам медицинских услуг) и от возможности и готовности заплатить за медицинские услуги. Кроме того, маршрут пациента зависит также от того, включен ли соответствующий вид услуг в программу государственных

гарантий предоставления населению бесплатной медицинской помощи. Чтобы разобраться во всех этих нюансах, в следующих далее разделах приведена информация о маршрутах пациента в системе здравоохранения в разных звеньях медицинской помощи.

6.3. Первичная/амбулаторная медицинская помощь

Услуги ПМСП в Узбекистане оказывает целый ряд поставщиков, к которым пациенты могут обратиться в зависимости от своих предпочтений, финансового положения и местонахождения. Это могут быть государственные учреждения ПМСП, амбулаторные клиники при государственных учреждениях вторичного и третичного звена медицинской помощи и частные амбулаторные клиники. В некоторых случаях можно в частном порядке договориться о консультации с врачом, работающим в стационарном учреждении. При этом основными факторами, влияющими на выбор пациентом государственного или частного поставщика медицинских услуг, по всей вероятности, являются его финансовое положение и местонахождение.

В данном разделе рассматривается действующая схема оказания услуг ПМСП в Узбекистане. Описаны два основных варианта получения этих услуг (у государственных и частных поставщиков), условия и модели оказания помощи, а также система направлений пациентов; приведены сведения о качестве и объемах услуг ПМСП.

Государственный сектор

Финансируемая государством первичная медико-санитарная помощь населению уже давно является неотъемлемой частью узбекской системы здравоохранения. Еще в советское время на всей территории страны была развернута широкая сеть пунктов и учреждений ПМСП, которые были географически доступны для большинства населения. Такая инфраструктура поддерживается и в годы независимости. Несмотря на то что на всей территории Узбекистана действует единая система оказания ПМСП с точки зрения ее содержания, организационно ее можно подразделить на сельскую и городскую «модели», которые учитывают географические особенности и плотность населения соответствующих регионов.

Сельская «модель» ПМСП основана на иерархической многоступенчатой системе оказания медицинской помощи. Первым пунктом обращения пациента за медицинской помощью традиционно является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Вторым уровнем ПМСП в сельской местности является сельская врачебная амбулатория (СВА), а в более густозаселенных регионах – поликлиника.

ФАП – это наиболее удаленные (периферийные) пункты первичной медицинской помощи, обслуживающие сельское население страны. Они возникли в годы советской власти и обеспечивают населению доступ к основным услугам ПМСП. Практически для всего населения Узбекистана расстояние до ближайшего ФАП не превышает 2 км. ФАП обеспечивают охват от 600 до 3000 человек (Ikhamov, Jakubowski & Nakiyoff, 2001). Работники ФАП оказывают основную лечебную, родовую и послеродовую помощь и проводят некоторые мероприятия по укреплению здоровья населения, в частности иммунизацию, а также занимаются санитарным просвещением. В штате ФАП работают 1–3 медработника; обычно среди них есть фельдшер и акушерка. После провозглашения независимости число ФАП было значительно сокращено: с 5251 в 1997 г. до 2115 в 2005 г. (Institute of Health, 2006).

Следующим уровнем ПМСП в сельской местности является сельская врачебная амбулатория (СВА). В СВА работает в среднем четыре врача. Обычно это терапевт, педиатр, акушер и стоматолог.

Третий уровень ПМСП включает амбулаторные отделения СУБ или ЦРБ.

Несмотря на то что описанная выше организация является наиболее распространенной формой государственной ПМСП в Узбекистане, в настоящее время эта «модель» претерпевает определенные изменения. В рамках программы государственных реформ ПМСП в трех пилотных областях были организованы сельские врачебные пункты (СВП), сеть которых постепенно разворачивается на всей территории страны (см. главу 7).

Новая схема предусматривает постепенный переход к двухступенчатой системе оказания ПМСП. Первым пунктом обращения для населения будет СВП, а вторичную амбулаторную медицинскую помощь будут оказывать учреждения следующего уровня – амбулаторные отделения ЦРБ.

Численность персонала учреждений ПМСП в новой «модели» будет определяться численностью обслуживаемого населения. Предусматривается 4 вида СВП, отличающиеся друг от друга чис-

ленностью и составом медицинского персонала, размерами и типом оснащения медицинским оборудованием (Karimov et al., 1998): в СВП первого уровня будет работать один врач, обслуживающий территорию с населением 1500–2500 жителей; в СВП второго уровня – два врача, обслуживающие территорию с населением 2500–3500 жителей; в СВП третьего уровня – три врача и более, которые будут обслуживать территорию с населением 3500–5500 жителей, а СВП четвертого уровня представляет собой уже сельский медицинский центр по подготовке и обучению кадров, в котором будут работать 7–10 врачей. Планируется ограничить число таких медицинских центров в сельской местности одним-двумя на каждую область. Они будут действовать как образовательные центры по общей практике для врачей и медсестер.

В отличие от существовавших ранее бригад врачей-специалистов, СВП укомплектовывают врачами общей практики, которые руководят группой медицинских работников данного врачебного пункта. Врачи-специалисты постепенно проходят переподготовку и становятся врачами общей практики (см. главу 7). Ожидается, что врачи общей практики станут основными поставщиками услуг ПМСП в сельской местности.

В городских районах ПМСП и некоторые виды специализированной помощи оказывают поликлиники. Поликлиника обслуживает от 10 000 до 80 000 человек. Городские поликлиники часто представляют собой крупные медицинские учреждения, в которых работают 10 и более человек. Обычно это терапевты, педиатры и другие специалисты. Существует несколько видов поликлиник: взрослые, детские, общего профиля и женские консультации. В отличие от сельских пунктов ПМСП, поликлиники оснащены специализированным оборудованием для диагностики и лечения. Последние тенденции по введению в сельской местности института врачей общей практики распространяются и на города. В настоящее время все виды поликлиник преобразуются в семейные поликлиники, оказывающие ПМСП всем группам населения.

В 2005 г. в Узбекистане было 4354 государственных амбулаторных учреждений, в которых работали врачи, в том числе 105 государственных стоматологических клиник (Institute of Health, 2006). По сравнению с 1996 г., когда таких учреждений было 3450, их количество увеличилось примерно на 25%, что в первую очередь может быть обусловлено увеличением числа СВП с 307 в 1996 г. до 2797 в 2005 г. (Institute of Health, 2006). Число амбулаторных учреждений

других видов в последние годы уменьшилось. В абсолютных цифрах больше всего сократилось число сельских амбулаторных учреждений: с 1400 в 1996 г. до 265 в 2005 г. (Institute of Health, 2006). Такое организационное преобразование системы амбулаторной помощи отвечает государственной политике реформ, нацеленной на создание в сельской местности двухступенчатой системы ПМСП, состоящей из СВП и амбулаторных отделений ЦРБ.

Начиная со второй половины 1990-х гг. число амбулаторных посещений постепенно увеличивалось: если в 1994 г. их было в среднем по 5,8 на человека в год, то в 2005 г. – уже 8,7 (Institute of Health, 2006), хотя причины этого явления до конца не ясны (см. рис. 6.2).

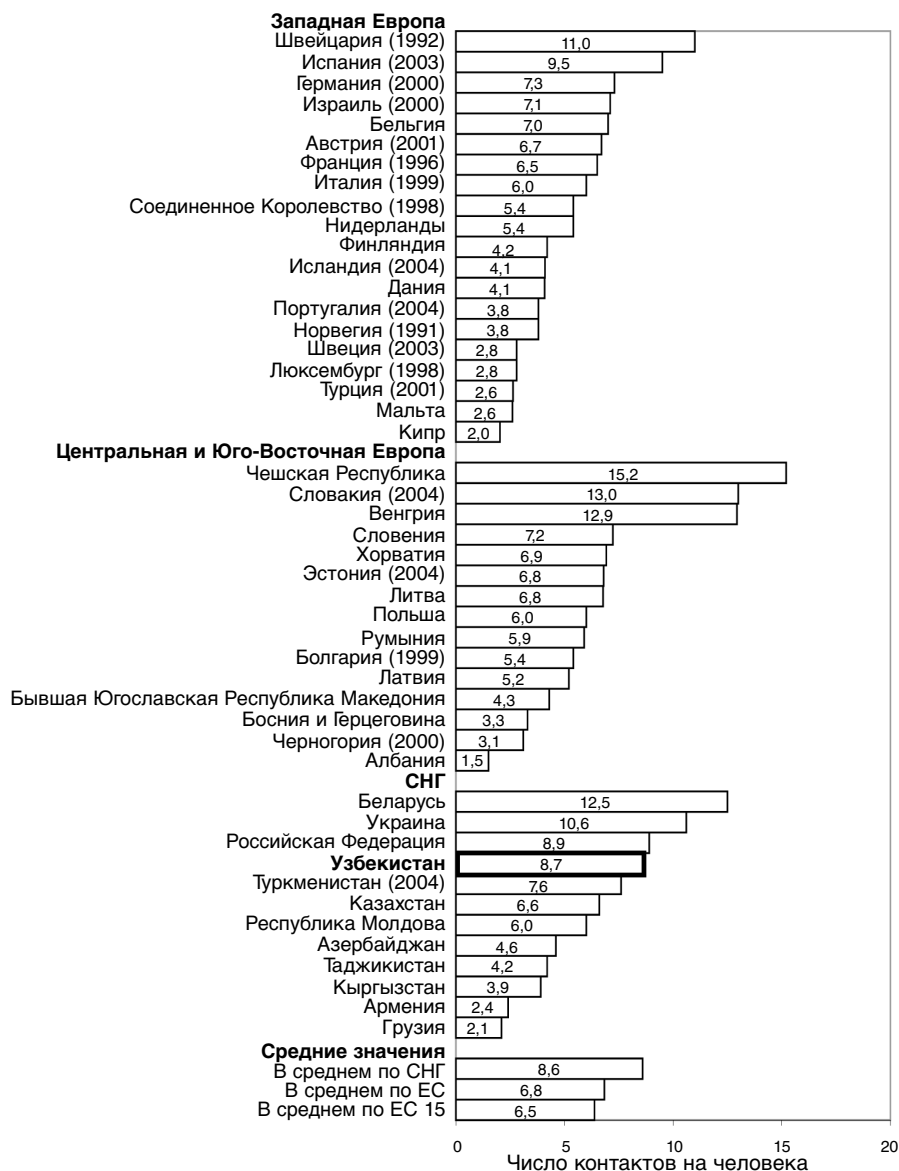
Кроме того, в соответствии с новой схемой в СВП работают так называемые патронажные сестры, главной обязанностью которых является посещение на дому тех семей, где есть новорожденные, беременные и престарелые.

Еще одной функцией подразделений первичной помощи является скрининг. Врачи должны проводить регулярные обследования (диспансеризацию) определенных групп населения (школьников, беременных и т. п.). Кроме того, многие работодатели при найме персонала и высшие учебные заведения при зачислении на учебу требуют прохождения диспансеризации. Однако такие диспансеризации проводятся в форме общего профилактического медосмотра, не нацелены на выявление какого-то конкретного заболевания и не могут считаться методом наиболее рентабельной или действенной клинической практики.

Частный сектор

В частном секторе схема оказания амбулаторной помощи гораздо проще: этим занимаются индивидуальные или групповые врачебные практики и амбулаторные отделения крупных клиник. Несмотря на то что данные об использовании амбулаторных услуг по видам частных поставщиков, а также о рамках оказываемой помощи отсутствуют, отдельные сведения позволяют предположить, что в частном секторе амбулаторную помощь оказывают в основном групповые врачебные практики в крупных городах. В сельской местности и в мелких городах этим в основном занимаются частнопрактикующие врачи, имеющие индивидуальную практику, либо, по частной договоренности, врачи, работающие в госсекторе.

Рис. 6.2. Число амбулаторных посещений на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ в 2005 г. или по последним имеющимся данным (год указан в скобках)



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

Примечания: СНГ – Содружество Независимых Государств, ЕС 15 – страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.

По данным Министерства здравоохранения, в 2004 г. в стране действовало в общей сложности около 1500 лицензий на групповую врачебную практику (клиники) и примерно 1500 лицензий на индивидуальную частную медицинскую практику. Число выданных лицензий на частную медицинскую деятельность свидетельствует об увеличении числа частных производителей амбулаторной помощи: в 2002–2003 гг. было выдано 412 лицензий, а в одном только 2004 г. – 356 (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2004b).

Маршрут пациента

Как правило, маршрут пациента при получении первичной помощи выглядит следующим образом. Бесплатную амбулаторную (кроме неотложной) помощь пациент может получить:

- в ФАП или в СВА – в рамках исходной «модели», и в СВП – в соответствии с новой «моделью» (в сельских районах);
- в поликлинике (взрослой, детской, женской консультации) – в соответствии с исходной «моделью», и в семейной клинике – в соответствии с новой «моделью» (в городских районах);
- в амбулаторном отделении ЦРБ в случае проживания в сельских районах и в амбулаторных клиниках городских или центральных городских больниц в случае проживания в городских районах.

Следующие поставщики оказывают платные услуги:

- амбулаторные отделения учреждений вторичной и третичной медицинской помощи областного и республиканского уровня;
- частные поставщики медицинских услуг.

При получении амбулаторной помощи в государственных учреждениях, таких как самостоятельные амбулаторные учреждения или амбулаторные подразделения ЦРБ, с пациента может взиматься оплата за диагностику и лабораторные анализы. Лекарства обычно оплачиваются за личный счет граждан (исключения см. в разделе 3.2). При получении услуг непосредственно в амбулаторных отделениях учреждений вторичной и третичной медицинской помощи пациент обязан оплатить оказанные услуги по установленным тарифам. Визит к частному врачу пациент оплачивает полностью. В государст-

венных учреждениях вторичной и третичной медицинской помощи максимальный уровень тарифов на услуги устанавливает Министерство здравоохранения (наценка составляет не более 25% от стоимости услуг), а частные поставщики устанавливают цены на свои услуги по собственному усмотрению.

Когда в секторе здравоохранения только появились рыночные механизмы, одной из первых инициатив правительства было обеспечение пациентам права выбора врача и медицинского учреждения. Закон «Об охране здоровья граждан» гарантирует право пациента на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения (Республика Узбекистан, 1996). Эта новая политика в корне отличается от советской модели, когда выбор врача и медицинского учреждения был ограничен иерархическим порядком системы здравоохранения и основывался на строгой системе направлений. Благодаря данному закону появилась возможность конкуренции между частными и государственными поставщиками медицинских услуг на основе смешанного финансирования.

Согласно закону «Об охране здоровья граждан», пациент имеет право на получение первичной помощи в любом амбулаторном учреждении на всей территории страны. Однако на практике регулярное обращение в службы ПМСП, находящиеся не по месту прописки, является проблематичным¹. Новый механизм финансирования по подушевым нормативам, который планируется ввести на всей территории страны, еще больше ограничит всеобщий доступ к службам ПМСП местом жительства пациента (см. главы 3 и 7). Однако скорая и неотложная помощь по-прежнему будет оказываться всеми государственными поставщиками медицинских услуг, вне зависимости от места прописки (Республика Узбекистан, 1996).

В обеспечении выбора пациента важную роль играют также такие факторы, как наличие альтернативных поставщиков медицинских услуг и географическая доступность. Примерно 63% населения Узбекистана проживает в сельской местности, где возможности выбора поставщиков ограничены. Однако данных об осведомленности населения о своем законном праве на выбор врача и медицинского учреждения, а также о том, в какой мере это право осуществляется, нет.

¹ В Узбекистане по-прежнему действует советская система прописки. Этот вопрос относится к ведению местных органов полиции. В паспорте гражданина ставится штамп о прописке по текущему месту жительства.

Рамки ПМСП

Рамки первичной помощи зависят от того, где и на каких условиях она предоставляется. Министерством здравоохранения разработана программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению (Министерство здравоохранения, 2004а). В частности, эта программа определяет ту амбулаторную помощь, которая должна оказываться упомянутыми выше учреждениями населению бесплатно. Эти учреждения отвечают также за профилактику инфекционных заболеваний путем вакцинации (против полиомиелита, дифтерита, туберкулеза, коклюша, столбняка и кори), за охрану репродуктивного здоровья населения, за организацию наблюдения за состоянием здоровья групп особого риска, а также за укрепление здоровья и санитарное просвещение прикрепленного к данному учреждению населения (Karimov et al., 1998).

Для тех случаев, когда пациент обращается к поставщикам амбулаторных услуг, у которых эти услуги являются платными, рамки услуг определены менее четко. Зачастую один и тот же поставщик оказывает первичную и специализированную помощь в зависимости от потребностей и возможностей пациента оплатить предоставляемую помощь, не делая различий в уровнях и типах медицинской помощи.

Система направлений

В контексте нынешних реформ государственные поставщики амбулаторных услуг должны оказывать населению высококачественную и доступную первичную медико-санитарную помощь, но для них это сопряжено с рядом проблем. Существующая структурная и финансовая схема узбекской системы здравоохранения ставит во главу угла первичную медико-санитарную помощь. Между первичной и остальными видами медицинской помощи отсутствует прочная связь в силу того, что ни вторичная, ни третичная медицинская помощь не входит в программу государственных гарантий (исключения см. в главе 2). У врачей общей практики также нет материальных стимулов для того, чтобы выступать в роли «привратника», а усилия по сдерживанию затрат на медицинские услуги были направлены на другие сектора системы здравоохранения.

Как уже говорилось, службы вторичной и третичной медицинской помощи постепенно переходят на систему смешанного финан-

сирования (см. главы 3 и 7). Эти учреждения действуют как самостоятельные предприятия и привлекают средства из внебюджетных источников. Пациенты могут по своему выбору обращаться в любое учреждение вторичной или третичной медицинской помощи.

В частном секторе процесс выдачи направлений регулируется еще меньше. Пациенты могут без направления обращаться к любому частному поставщику медицинских услуг. Никаких ограничений, касающихся выбора частных поставщиков, также нет.

Качество медицинской помощи

Мониторинг и обеспечение качества первичной помощи традиционно ограничивались структурными и исходными показателями, и после обретения независимости никаких серьезных перемен в этой сфере в Узбекистане не произошло. Несколько инициатив по обеспечению качества медицинской помощи было реализовано (см. раздел 4.2), но они затронули в основном государственный сектор. И хотя репрезентативных национальных опросов по оценке качества медицинской помощи пока не проводилось, отдельные свидетельства позволяют предположить, что многие виды медицинской практики в настоящее время устарели.

Финансируемый ЮСЭЙД проект «ЗдравПлюс» реализует ряд инициатив по непрерывному повышению качества ПМСП в ряде областей. Суть этих инициатив состоит в организации специальных программ подготовки врачей общей практики. В целях содействия эффективности проектов разработки и распространения новых клинических руководств, составленных на базе доказательной медицины, ведется работа по продвижению таких концепций, как самоконтроль (охватывающий мониторинг как процесса, так и результатов) и командная работа.

Что касается структурных показателей качества, то в результате проведенных оценок было выявлено, что в некоторых государственных медицинских учреждениях, особенно первичного звена, отсутствует центральное водоснабжение, отопление и канализация; кроме того, они очень плохо оснащены медицинским оборудованием (см. главу 7). Некоторые из этих проблем решаются сейчас в рамках проводимого проекта Всемирного банка «Здоровье II».

6.4. Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь

В Узбекистане стационарную помощь оказывают в государственных и частных медицинских учреждениях. Государственная стационарная помощь является неотъемлемой частью установленной законом системы здравоохранения. В этом разделе описаны действующая схема оказания стационарной помощи, маршруты пациента в государственном и частном секторах и соответствующие условия и модели оказания стационарной помощи; приводится информация о системе направлений и о качестве услуг.

Государственный сектор

После провозглашения независимости система оказания стационарной помощи в Узбекистане претерпела существенные изменения с точки зрения управления и финансирования: в стране идет процесс децентрализации и расширения самостоятельности поставщиков медицинских услуг (см. главы 3 и 7). Организационные изменения в основном коснулись сокращения коечного фонда больниц и создания новой схемы оказания экстренной помощи.

В государственном секторе стационарную помощь оказывают сельские участковые больницы, ЦРБ, областные и городские больницы, а также специализированные больницы. Число государственных учреждений стационарной помощи уменьшилось с 1151 в 1997 г. до 987 в 2004 г. (Institute of Health, 2006).

Аналогично системе оказания амбулаторной помощи, стационарная помощь также организована по-разному в сельских и городских районах (см. рис. 6.3). В сельской местности для пациентов, нуждающихся во вторичной медицинской помощи, первым пунктом обращения являются сельские участковые больницы, районные больницы и ЦРБ.

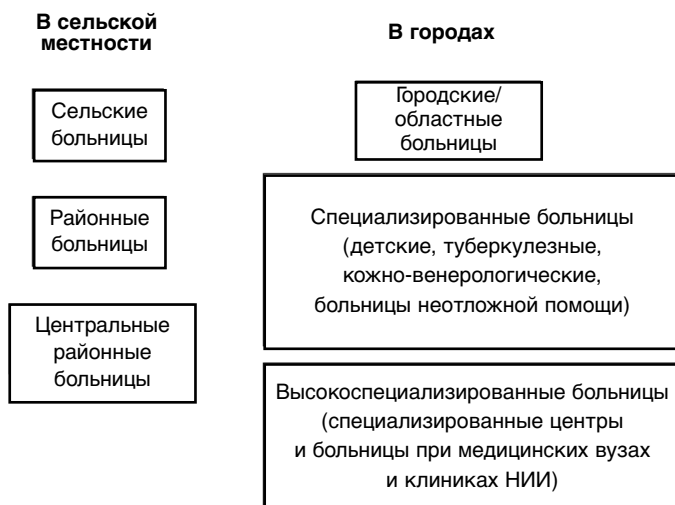
Сельские участковые и районные больницы обслуживают от 10 до 12 тыс. человек. В таких больницах работают педиатры, терапевты и акушеры. Эти учреждения рассчитаны на 15–75 коек (в среднем – 45) и оказывают первичную и базовую вторичную помощь населению. ЦРБ обычно рассчитаны на 100–300 коек, и работают там специалисты разного профиля. При некоторых ЦРБ есть поликлиники (Ilkhamov, Jakubowski & Nakioff, 2001).

В период между 1997 и 2004 гг. число сельских участковых больниц значительно сократилось – с 312 до 169, а число районных больниц и ЦРБ немного увеличилось – со 191 до 194 (Institute of Health, 2006). Эта тенденция отвечает политике правительства, которая предусматривает смещение акцента со стационарной помощи на амбулаторную. Однако известно, что в ряде случаев участковые больницы, бывшие ранее государственными, перешли в частные руки и сейчас оказывают населению платные услуги. Точные сведения о таких изменениях отсутствуют.

Следует отметить, что в узбекской системе здравоохранения сельские участковые, районные и центральные районные больницы определены как поставщики первичной помощи; они обязаны предоставлять первичную помощь населению, включенную в программу государственных гарантий.

В городах стационарную помощь в рамках программы государственных гарантий оказывают областные и городские больницы. Областные и городские больницы, расположенные в административных центрах каждой области, рассчитаны на 600–1000 коек. В таких учреждениях работают специалисты различного профиля, и они оказывают специализированную медицинскую помощь более высокого

Рис. 6.3. Виды больниц в городах и сельской местности



Источник: схема составлена авторами обзора.

уровня сложности. В период 1997–2004 гг. число городских больниц сократилось примерно на 20% (Institute of Health, 2006).

Одним из приоритетов узбекской системы здравоохранения всегда была охрана здоровья матери и ребенка. В 2004 г. большую часть услуг по послеродовому уходу оказывали в 51 родильном доме, число которых с 1997 г. практически не изменилось (Institute of Health, 2006). В родильных домах оказывают также некоторые виды дородовой (антенатальной) медицинской помощи.

На областном уровне существуют специализированные стационарные учреждения, предназначенные для лечения отдельных заболеваний или отдельных категорий населения. К ним относятся детские, туберкулезные, кожно-венерологические, неврологические и психиатрические больницы, а также больницы экстренной помощи.

Высокоспециализированную (третичную) медицинскую помощь оказывают, как правило, в крупных больницах республиканского уровня. В 2004 г. в стране было 26 стационаров при медицинских вузах и клиниках НИИ и 46 специализированных центров, оказывающих преимущественно третичную (высокоспециализированную) помощь населению (Institute of Health, 2006).

Обеспеченность населения больничными койками в 1980-х гг. увеличивалась, достигнув к 1990 г. более чем 12 коек на 1000 населения, что было одним из самых высоких показателей в Европе (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Однако к 2005 г. коечный фонд сократился более чем наполовину, дойдя до отметки в 5,2 койки на 1000 населения, что несколько ниже средних показателей по ЕС 15 (5,7 в 2004 г.) и ЦАРК (5,9) (Institute of Health, 2006; WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Число госпитализаций и средняя продолжительность пребывания в стационаре в период между 1995 и 2003 гг. снизились на 13–15% (Langenbrunner, Salikhova & Karimova, 2006). Число госпитализаций в больницы краткосрочного пребывания в 2005 г. составляло 15,0 на 100 населения; для сравнения, в 2003 г. средний показатель по СНГ составлял 19,7, а по ЕС 15 – 17 (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Несмотря на все усилия правительства по улучшению доступа населения к высококачественной медицинской помощи путем инвестиций в медицинские учреждения и их оснащение новым оборудованием, государственный сектор явно испытывает недофинансирование. Ожидается, что введение платных услуг позволит привлечь в этот сектор внебюджетные средства. Частный сектор в этом смысле

находится в очевидно более выгодном положении, поскольку допускает большую гибкость в принятии решений и в меньшей степени подлежит государственному регулированию, что упрощает доступ к капиталу. Государственным банкам Узбекистана поручено разработать новые финансовые продукты, предназначенные для реализации проектов в частном секторе медицины; кроме того, частным медицинским учреждениям предоставлены налоговые льготы: в течение первых двух лет они освобождены от уплаты всех налогов, при условии, что полученная прибыль реинвестируется в оснащение медицинским и диагностическим оборудованием. Однако данные об объемах финансирования, получаемого частным сектором в государственной банковской системе, отсутствуют.

Маршрут пациента

Пациенты, нуждающиеся в стационарной медицинской помощи, могут выбрать любой из следующих путей:

- обратиться в сельскую участковую или районную больницу, ЦРБ, областную больницу или в любое другое государственное стационарное учреждение, работающее не по системе самофинансирования (см. главу 3). В этом случае пациенты могут получить базовую специализированную помощь и должны внести частичную плату за лечение (например, на питание, коммунальные услуги или лекарства, которые могут отсутствовать в больнице); определенные группы населения и пациенты, страдающие некоторыми заболеваниями, от таких затрат освобождены (Президент Республики Узбекистан, 1998; Республика Узбекистан, 1996);
- обратиться в государственное стационарное медицинское учреждение, работающее по системе самофинансирования. В этом случае пациент должен будет оплатить услуги стационара по установленным в этом стационаре тарифам. Процесс установления цен на услуги регулируется и предусматривает предельные верхние уровни цен (см. главу 3). Если пациенты имеют право на бесплатное лечение с возмещением расходов больниц государством (инвалиды, сироты, ветераны и т. п.), то в таких учреждениях их лечат бесплатно, а больницам расходы по их лечению возмещает Министерство здравоохранения (Президент Респуб-

лики Узбекистан, 1998). Однако объем государственного возмещения не должен превышать 20% общего бюджета медицинского учреждения;

- обратиться к частному поставщику медицинских услуг. В этом случае пациенты должны оплатить лечение по установленной этим поставщиком цене. По закону определенные категории населения могут получить стационарное лечение в частных медицинских учреждениях, расходы по которому покрываются за счет государства (см. главу 4). Однако данные о том, осуществляется ли это право на практике и если да, то в какой мере, отсутствуют. По всей вероятности, большинство бюджетных ассигнований на лечение «уязвимых» групп населения направляется в учреждения государственного сектора и планируется заранее.

Направления

С появлением в секторе стационарной помощи элементов рынка связь между первичным и вторичным звеньями здравоохранения ослабла. Ожидалось, что справиться с системными недостатками, улучшить доступ к стационарной помощи и снизить бремя затрат пациентов поможет создание системы медицинского страхования, но пока что инициативы в этом направлении успехом не увенчались.

Правительством был предпринят ряд мер по улучшению доступа определенных категорий населения к стационарной помощи. В соответствии с новой схемой некоторым группам пациентов (инвалидам, сиротам и ветеранам) Министерство здравоохранения выдает специальные разрешения на использование услуг учреждений вторичной и третичной медицинской помощи (Президент Республики Узбекистан, 1998). На основании этих разрешений расходы медицинских учреждений по диагностике и лечению таких пациентов возмещаются государством в пределах установленного объема целевого финансирования, который определяется правительством ежегодно (Кабинет министров Республики Узбекистан, 2003). Пациенты, попадающие в установленные законом категории, должны обращаться за разрешением в Министерство здравоохранения или в областные органы управления здравоохранением. Данные о количестве таких обращений и выданных разрешений отсутствуют.

Качество медицинской помощи

Оценки качества в основном ограничиваются государственными учреждениями и касаются преимущественно структурных аспектов, а не исходов; оценки процесса оказания помощи, как правило, не проводятся. Структурные оценки состояния медицинских учреждений и их оборудования проводят органы системы Минздрава, но как показатели исходов, собираемые в ходе таких оценок (которые в основном касаются показателей больничной летальности и осложнений), влияют на дальнейшую работу оцениваемых медицинских учреждений, неясно. В некоторых учреждениях – особенно в третичном звене и в частном секторе – разработаны собственные системы оценки исходов и процессов, которые могут использоваться в целях повышения качества оказываемых услуг. Так, «ЗдравПлюс» с некоторым успехом провел в одной из больниц в Ферганской области пилотный проект по повышению качества педиатрической помощи. В настоящее время идет подготовка к проведению проекта Азиатского банка развития «Здоровье матери и ребенка», а «ЗдравПлюс» оказывает помощь в обучении руководства больниц использованию методов непрерывного повышения качества медицинской помощи. Ожидается, что это будет способствовать развертыванию такой деятельности в масштабах всей страны.

6.5. Скорая и неотложная медицинская помощь

После провозглашения независимости в системе скорой и неотложной помощи были произведены существенные преобразования. В советское время оказание скорой и неотложной помощи можно было подразделить на две части. Базовая скорая помощь на месте или на дому была функцией мобильных бригад скорой помощи (тез ёрдам), а более квалифицированную неотложную (экстренную) помощь, требующую больничных условий, оказывали практически во всех больницах.

В советское время центры скорой помощи были организованы на всей территории страны. Вызов скорой помощи производился по телефону или лично (последнее более характерно для сельских районов, где телефоны были далеко не у всех). В состав бригады скорой помощи входили, как минимум, водитель и один медицинский работник (врач или фельдшер). Неотложную помощь оказывали по

возможности на месте, а в случае необходимости больного транспортировали в стационар для дальнейшего лечения.

В сельской местности основными пунктами оказания более квалифицированной неотложной помощи были сельские участковые больницы, районные больницы и ЦРБ. Вопросами регулирования доставки пациентов в те или иные больницы занимались органы здравоохранения. В больницах дежурные врачи оказывали пациентам необходимую помощь, и пациента можно было госпитализировать в соответствующее отделение больницы (например, терапевтическое, хирургическое или кардиологическое). В случае необходимости пациента транспортировали в медицинское учреждение более высокого уровня специализации.

В то время как система транспортировки пациентов и оказания неотложной помощи на месте практически не изменилась, неотложная помощь в стационарах претерпела значительные преобразования. На всей территории страны в существующих стационарах районного, областного и республиканского уровня организованы отделения экстренной помощи. В сельской местности районные отделения экстренной помощи на 5–20 коек обычно организуются в ЦРБ, в городах – в городских или центральных городских больницах. На областном уровне существуют отдельные областные центры экстренной помощи. Учреждением общенационального уровня является Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), расположенный в Ташкенте.

В 2004 г. сеть учреждений экстренной помощи состояла из одного Центра экстренной помощи в Ташкенте и 12 его филиалов, которые представляли собой отдельные областные центры экстренной помощи с общим коечным фондом в 358 коек. Кроме того, в стране насчитывалось 204 станции скорой помощи, 159 из которых работали на базе ЦРБ (Institute of Health, 2006).

Маршрут пациента, нуждающегося в неотложной помощи, может быть следующим.

- Пациент может вызвать бригаду государственной скорой помощи. Если необходимую пациенту неотложную помощь на месте оказать невозможно, то его транспортируют в учреждение неотложной помощи районного или городского, а если нужно, то областного или республиканского уровня. В этом случае никаких официальных платежей с пациента не взимается, поскольку по

закону все услуги неотложной помощи являются бесплатными по месту обращения. Однако, как и на других уровнях узбекской системы здравоохранения, здесь практикуются неофициальные платежи. При этом считается, что, по сравнению с остальными государственными медицинскими учреждениями, система неотложной помощи гораздо лучше оснащена необходимым оборудованием, приборами и изделиями медицинского назначения, а также медикаментами.

- Пациент может вызвать частную скорую помощь; такие службы, как правило, есть только в крупных городах. Если необходимую пациенту неотложную помощь на месте оказать невозможно, то его транспортируют в государственное учреждение экстренной помощи или в частную клинику. Все услуги негосударственных поставщиков медицинских услуг являются платными и оплачиваются за счет пациентов.
- Наконец, пациент может воспользоваться собственным транспортом и самостоятельно приехать в государственное или частное медицинское учреждение, оказывающее неотложную помощь.

Реформы здравоохранения предусматривают концепцию официально бесплатной и общедоступной экстренной помощи, что, по-видимому, привело к повышенной нагрузке на экстренную скорую помощь.

6.6. Медикаментозная помощь

В советское время все вопросы регулирования, закупок лекарственных средств и лекарственного обеспечения на всей территории Советского Союза решались централизованно, из Москвы, на уровне Министерства здравоохранения СССР. После обретения независимости в Узбекистане возникла проблема поставок лекарственных средств и вакцин в условиях разработки и реализации собственной национальной лекарственной политики. В результате создания такой политики произошло четкое разделение ролей правительства и частного сектора. Теперь правительство осуществляет в основном регулирующие функции, а производством и распространением фармацевтической продукции занимается частный сектор. В данном разделе рассматривается два аспекта деятельности фармацевтического сектора страны: регулирование и распространение лекарственных средств.

Регулирование

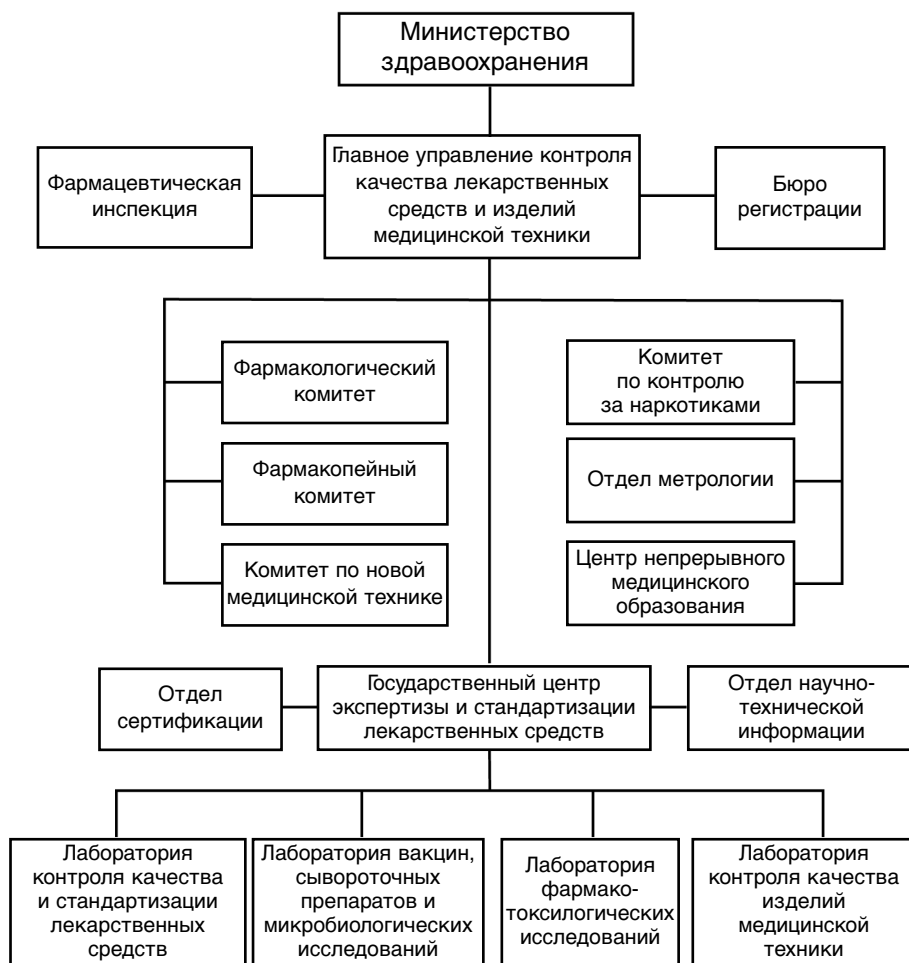
Главным регулирующим органом в фармацевтическом секторе является Министерство здравоохранения. Свои регулирующие функции оно осуществляет через Главное управление контроля качества лекарственных средств и изделий медицинской техники (см. рис. 6.4), которое было создано в соответствии с постановлением кабинета министров (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1995). Этот департамент занимается разработкой и реализацией стандартов качества лекарственных средств и медицинской техники и является единственным государственным органом, отвечающим за контроль качества, стандартизацию и сертификацию лекарственных средств и изделий медицинской техники.

В 1999 г. в Узбекистане вышел закон «О наркотических средствах и психотропных веществах». В том же году была принята национальная политика в отношении лекарственных средств, которая является основой согласованного развития фармацевтического сектора страны.

Официальный государственный перечень лекарственных средств, разрешенных к применению в медицинской практике на территории Узбекистана, содержит примерно 3900 наименований. Этот перечень составлен на основании фирменных наименований препаратов; кроме того, в нем указаны также их международные непатентованные (генерические) наименования. Данные препараты официально разрешены к применению в узбекской системе здравоохранения. В перечень включены препараты, производимые как в Узбекистане, так и в других странах.

Для того чтобы зарегистрировать препарат, произведенный на территории Узбекистана, необходимо провести его клинические испытания. Для регистрации импортного препарата в Главное управление контроля качества лекарственных средств и изделий медицинской техники необходимо представить определенный набор документов. Эти документы рассматривает специальный комитет, в состав которого входят три эксперта, и по результатам такого рассмотрения либо выдается разрешение на применение препарата без проведения дополнительных клинических испытаний, либо выносится решение о необходимости проведения клинических испытаний или испытаний на биоэквивалентность.

Рис. 6.4. Организационная структура Главного управления контроля качества лекарственных средств и изделий медицинской техники



Источник: схема составлена авторами обзора.

Лекарственные средства не должны проходить клинические испытания в следующих случаях:

- если они применяются в медицинской практике более пяти лет и зарегистрированы в нескольких странах, включая страну, где они производятся;

- если они производятся фармацевтической компанией, зарегистрированной на территории Узбекистана;
- генерики, если они зарегистрированы и разрешены к применению в стране, где они производятся, и в нескольких других странах, при наличии результатов испытаний на биоэквивалентность.

Регистрация изделий медицинской техники производится аналогичным образом.

В Узбекистане принята концепция перечня основных лекарственных средств, и в 1998 г. был опубликован государственный фармакологический справочник. В государственный перечень основных лекарственных средств включено примерно 240 наименований, в том числе отпускаемых без рецепта, а также информация о лекарствах. За основу этого перечня принят примерный перечень основных лекарственных средств, разработанный ВОЗ. Кроме того, Министерство здравоохранения осуществляет регулирование цен на 20 основных наименований. Эти 20 наименований все аптеки, вне зависимости от формы собственности, обязаны продавать по фиксированным ценам (Шкhamov, Jakubowski & Nakiyoff, 2001). В настоящее время в этот перечень включены следующие наименования:

1. Аспирин
2. Анальгин
3. Борная кислота
4. Бинты
5. Медицинская вата
6. Валидол
7. Горчичники
8. Димедрол
9. Дибазол
10. Левомецетин
11. Тинктура валерианы
12. Нитроглицерин
13. Тинктура йода
14. Новокаин
15. Папаверин
16. Нашатырный спирт
17. Бриллиантовый зеленый
18. Сенадексин
19. Аминофиллин
20. Феррамид

Однако с 1994 г. в данный перечень не вносилось никаких изменений. В отношении всех остальных препаратов регулирование цен состоит в ограничении уровней оптовых и розничных наценок (которые должны быть не более 20 и 25% соответственно) (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи).

Распространение лекарственных средств

От советского периода Узбекистан унаследовал хорошо развитую систему распространения лекарственных средств, в которую входили централизованная система государственной фармации и ее региональные отделения и аптеки (Ilkhamov, Jakubowski & Nakiyoff, 2001).

В начале 2000-х гг. в Узбекистане насчитывалось 3600 аптек, 2220 из которых ранее принадлежали государству, а остальные 1380 были вновь образованными. В настоящее время практически все государственные аптеки приватизированы – либо как часть акционерной ассоциации («Дори-Дармон», которая ранее была единственным дистрибьютором лекарственных средств в стране), либо преобразованы в индивидуальные или коллективные аптеки (Ilkhamov, Jakubowski & Nakiyoff, 2001). Относительно успешно проведенная приватизация способствовала появлению конкуренции в фармацевтическом секторе и возможностей по преодолению дефицита поставок зарубежных препаратов. Однако новейшую информацию о деятельности частных аптек (например, об их количестве или размерах) получить трудно, поскольку они не входят в систему Минздрава и не подотчетны никаким его органам.

Главным поставщиком лекарств для больниц традиционно является «Дори-Дармон», но в последнее время стала расти и доля частных дистрибьюторов. Каждая больница ежегодно размещает в «Дори-Дармон» свои заказы на лекарства, а поставки обычно производятся еженедельно. В частном секторе поставки производятся по отдельным договоренностям. Частные дистрибьюторы занимаются также поставкой лекарств в аптеки, поликлиники и частные медицинские учреждения. Вакцины распространяются непосредственно службами санэпиднадзора.

В Узбекистане разработана долгосрочная стратегия расширения отечественного производства лекарственных средств, нацеленная на обеспечение самодостаточности страны в области производства

основных лекарственных средств, инфузионных растворов, вакцин, препаратов крови, одноразовых систем для переливания крови и кровезаменителей. Были вложены значительные средства в развитие местной фармацевтической промышленности, где страна намерена внедрить международные стандарты организации производства и контроля качества лекарственных средств. В 2004 г. производством фармацевтической продукции, препаратов крови и изделий медицинского назначения занималось более 80 предприятий и фирм. Правда, данные о доле отечественных производителей в общем объеме потребления фармацевтической продукции отсутствуют.

Препараты иностранного производства для нужд государственного сектора приобретаются двумя способами. «Дори-Дармон» занимается всеми закупками лекарств в ННГ, а частная компания «Узбекмедэкспорт» – всеми закупками для государственного сектора в других странах. «Узбекмедэкспорт» обращается к «Дори-Дармон» за консультациями и технической информацией.

К проблемам, связанным с закупкой и распространением лекарственных средств, относятся трудоемкость процедуры регистрации импортных препаратов при прохождении границы, ограничения на розничную и оптовую наценки (25 и 20% соответственно) и ограниченность средств в твердой валюте для закупок основных лекарственных средств и лекарств экстренной помощи за границей (World Bank, 2003).

Лекарства для амбулаторного лечения полностью оплачиваются за счет средств граждан; исключения составляют определенные группы населения и категории пациентов. Больные онкологическими, эндокринологическими и психиатрическими заболеваниями, туберкулезом, ВИЧ/СПИД, лепрой, перенесшие операции на сердце и трансплантацию органов имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение. Это право распространяется также на определенные группы населения (ветеранов Великой Отечественной войны, инвалидов из числа лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и одиноких пенсионеров) (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1997).

Лекарственное обеспечение во вторичном и третичном звене зависит от источника финансирования. Если пациент не имеет права на бесплатное лечение с возмещением расходов медицинского учреждения за счет государства и не имеет никаких льгот (см. раздел 6.4), то все затраты на лекарства должны быть полностью покрыты из внебюджетных источников – главным образом за счет личных платежей

пациентов. Если пациент имеет право на бесплатное лечение с возмещением расходов медицинского учреждения за счет государства, то он должен оплатить только те лекарства, которые у данного поставщика медицинских услуг отсутствуют (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1994). Однако на практике пациенты зачастую вынуждены оплачивать даже те лекарства, которые номинально являются бесплатными.

Доля расходов на фармацевтическую продукцию в общих расходах на здравоохранение за период после установления независимости сильно колебалась. Своего максимума она достигла в 1995 г. (14,2%), а минимальной была в 1993 г. (6%). Начиная с 1996 г., когда доля расходов на фармацевтическую продукцию в общих расходах на здравоохранение составляла 8,6%, этот показатель стал расти и к 2001 г. достиг 11,6% (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). При этом доля государства в общих расходах на фармацевтическую продукцию была крайне мала и в 1999 г. составляла всего 3,4% (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Но даже и эта цифра, скорее всего, является завышенной, так как не учитывает значительной части расходов на здравоохранение, что связано с практикой неофициальных платежей и отсутствием документации по частному сектору.

6.7. Реабилитационная медицинская помощь

Исторически сложилось так, что оказание реабилитационной помощи населению относилось не только к ведению Министерства здравоохранения. В советское время существовало два вида реабилитационных учреждений. Те, которые относились к первому из них, действовали под эгидой Минздрава и, соответственно, им же финансировались, регулировались и управлялись. Доступ к таким учреждениям регулировался Министерством здравоохранения и областными органами управления здравоохранением. В 2005 г. в стране было 36 реабилитационных учреждений, действующих под эгидой Министерства здравоохранения, с общим коечным фондом на 5530 мест и пропускной способностью 35 640 человек в год (Institute of Health, 2006).

Вторым и более распространенным видом реабилитационных учреждений были те, которые принадлежали различным отраслевым министерствам или крупным организациям, а доступ к ним регулировался профессиональными ассоциациями соответствующих мини-

стерств и ведомств. Эти учреждения в основном обслуживали работников соответствующих отраслей или организаций.

После обретения независимости эта схема сохранилась, но с появлением частного сектора возник еще и третий тип реабилитационных учреждений. Поскольку в советское время реабилитационные учреждения были только у крупных отраслей промышленности, которые по-прежнему находятся в собственности государства, то эти учреждения также остаются под контролем правительства. Однако в новых экономических условиях многие отрасли промышленности не смогли позволить себе содержать реабилитационные учреждения и продали их в частные руки. Частные реабилитационные учреждения должны быть зарегистрированы в Министерстве здравоохранения и, как правило, функционируют как коммерческие предприятия.

6.8. Долговременная помощь

В Узбекистане долговременную медико-социальную помощь обеспечивают службы социальной защиты населения, которые не входят в систему Министерства здравоохранения. Финансирование поступает через Министерство труда и социальной защиты, в ведении которого также находятся вопросы определения права граждан на медико-социальную помощь. Для нуждающихся в долговременной медико-социальной помощи существуют реабилитационные учреждения. Однако точные данные о масштабах и рамках государственной долговременной медико-социальной помощи отсутствуют. Частных учреждений долговременной помощи в стране нет.

6.9. Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными

Службы социальной защиты населения оказывают довольно мало услуг лицам, осуществляющим в неофициальном порядке неоплачиваемый уход за членами семьи, престарелыми и инвалидами. Точное число их неизвестно. Эти услуги в основном ограничиваются предоставлением на определенный срок оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком в случае его болезни.

6.10. Охрана психического здоровья

В Узбекистане психиатрическая помощь является неотъемлемым элементом государственной системы здравоохранения и включена в программу государственных гарантий. Психиатрическую помощь оказывают преимущественно в государственном секторе, но из-за социальной стигматизации лиц, обращающихся за психиатрической помощью, пациенты нередко отказываются от лечения в государственных учреждениях, что может стать двигателем спроса на альтернативные способы получения психиатрической помощи – например, на услуги частнопрактикующих психиатров или частные договоренности с врачами, работающими в госсекторе. Однако о том, в какой мере пациентам удастся избежать обращения за психиатрической помощью в государственные учреждения, неизвестно.

Правовая основа

После обретения независимости в стране был предпринят ряд мер по созданию правовых основ организации психиатрической помощи. Закон о психиатрической помощи, принятый парламентом в 2000 г., был разработан по инициативе Министерства здравоохранения. В 1997 г. для разработки проекта этого закона была создана рабочая группа, в состав которой вошли представители 14 заинтересованных сторон. По свидетельствам Министерства здравоохранения, закон был составлен с учетом соответствующих международных документов, в частности резолюции Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119 «Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи». При разработке законопроекта постоянно осуществлялись консультации с Европейским региональным бюро ВОЗ и юристами. Разработка законопроекта осуществлялась при финансовой поддержке ЮСЭЙД.

В данном законе определена гарантированная государством бесплатная психиатрическая и медико-социальная помощь лицам, страдающим нарушениями психики. Кроме того, в Уголовный кодекс страны были внесены соответствующие поправки и была добавлена новая статья о принудительной госпитализации пациента в психиатрическое учреждение.

Государственный сектор

В государственной системе психиатрической помощи был реализован ряд мер, направленных на переход от стационарного к преимущественно амбулаторному лечению. Организованы новые амбулаторные учреждения (центры укрепления психического здоровья, специализированные амбулаторные центры и детские центры), а также созданы новые службы – например, программы по предотвращению суицида.

В период с 1990 по 2005 г. коечный фонд психиатрических больниц был сокращен почти наполовину – обеспеченность психиатрическими койками уменьшилась с 60,28 до 30,84 на 100 000 населения (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007); такая же тенденция наблюдалась и в отношении всех остальных государственных больниц (см. раздел 5.1). В настоящее время обеспеченность психиатрическими койками в Узбекистане (30,84 на 100 000 населения в 2005 г.) одна из самых низких в СНГ. Данные показатели в Казахстане составляют 64,15 на 100 000 населения, в Кыргызстане 43,61 на 100 000 населения и Таджикистане 25,05 на 100 000 населения (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

В 2005 г. число выписанных из психиатрических стационаров в Узбекистане (304 на 100 000 населения) было значительно меньше, чем в СНГ (837 на 100 000 населения), ЕС 15 (719 на 100 000 населения в 2003 г.) и странах Центральной Азии в целом (435 на 100 000 населения) (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Одной из главных причин этого является то, что в 2005 г. зарегистрированная распространенность психических заболеваний в Узбекистане (1,35%) была ниже, чем в среднем по СНГ (2,75%) и странам Центральной Азии (2,01%). В Узбекистане число пациентов с психическими заболеваниями, находящихся в стационаре более года, в 2005 г. составило 1,81 на 100 000 населения (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

В 2005 г. услуги психиатрической помощи в государственном секторе оказывали 18 специализированных амбулаторных клиник, 2 региональных центра по укреплению психического здоровья, 17 пунктов неотложной психиатрической помощи и 12 стационарных учреждений. Кроме того, амбулаторную психиатрическую помощь оказывают также в медицинских учреждениях общего профиля первичного и вторичного звена. В 2005 г. таких учреждений (поликлиник и больниц) было 249 (из личной беседы с сотрудником

Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения; UNDP Uzbekistan, 2006b). В 2003 г. была сдана в эксплуатацию новая детская психиатрическая больница в Ташкенте. В этой больнице 20 коек предусмотрено для стационарного и 100 коек – для реабилитационного лечения, а также школа на 70 мест (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения; UNDP Uzbekistan, 2006b). В 2003 г. Министерство здравоохранения и ВОЗ подписали совместный документ, в котором укрепление психического здоровья населения определено как одно из приоритетных направлений двустороннего сотрудничества. Был назначен государственный координатор по вопросам укрепления психического здоровья и составлен двухлетний план сотрудничества на 2004–2005 гг. В рамках этого сотрудничества ВОЗ оказало Министерству здравоохранения Узбекистана помощь в проведении оценки психического здоровья населения страны, включая вопросы планирования ресурсов для оказания психиатрической помощи и оценки соблюдения прав человека в этой области. Предполагается, что результатом этого сотрудничества станет разработка политического документа, в котором будет отражена стратегия Министерства здравоохранения в области укрепления психического здоровья населения Узбекистана.

Кадры

Подготовка специалистов по оказанию психиатрической помощи проводится на кафедрах психиатрии всех медицинских вузов Узбекистана. В общей сложности в стране насчитывается 8 профессоров, 9 доцентов, 4 старших преподавателя и 26 ассистентов профессоров, специализирующихся в области психиатрии. В 2004 г. в ординатуру по программам по охране психического здоровья было зачислено 63 стажера (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения).

В настоящее время в Узбекистане обеспеченность врачами в секторе психиатрической помощи составляет 0,34 на 10 000 населения. Общее число врачей, занятых в секторе психиатрической помощи, в 2003 г. составляло 1013 человек, включая преподавателей и сотрудников, занимающих административные должности. Число врачей, занимающихся оказанием непосредственной психиатрической помощи пациентам, в 2005 г. составляло 966 человек. Но при этом следу-

ет отметить, что в узбекской системе здравоохранения врачи-сексологи и врачи-криминалисты в данных официальной статистики числятся как психиатры. В 2003 г. было запланировано 270,5 ставки специалистов по оказанию детской психиатрической помощи, из них 240,5 ставки было укомплектовано 182 специалистами; эти данные свидетельствуют о том, что врачи работают более чем на 1 ставку (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения; UNDP Uzbekistan, 2006b).

Во многих странах большой вклад в оказание психиатрической помощи вносят психологи и социальные работники. В Узбекистане социальные службы не очень связаны с системой психиатрической помощи. Психологи, хотя и входят в систему здравоохранения по месту оказания услуг, не в полной мере интегрированы в систему здравоохранения. Подготовка психологов производится вне системы медицинского образования и находится не в ведении Министерства здравоохранения. Результаты последних оценок позволяют предположить, что в стране имеет место дефицит психологов на уровне примерно 150 единиц в эквиваленте полной занятости. В 2003 г. в узбекской системе здравоохранения работали всего 14 психологов (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения).

Медицинские работники, занимающиеся оказанием психиатрической помощи, относятся к категории профессий с профессиональной вредностью. Это обеспечивает таким специалистам особые условия – в частности, возможность более раннего выхода на пенсию, дополнительный отпуск и прибавку к зарплате.

6.11. Стоматологическая помощь

В советской модели здравоохранения стоматологическая помощь была частью интегрированной системы здравоохранения. За исключением ортодонтического лечения, все виды стоматологической помощи были бесплатными по месту обращения. Как и все остальные виды медицинского обслуживания, в СССР стоматологическая помощь состояла из общего стоматологического лечения, которое производилось на уровне первичного звена, и специализированной помощи, которую оказывали преимущественно в стационарах. На уровне первичного звена стоматологическое обслуживание было организовано по участковому принципу. В сложных случаях пациентов

направляли в специализированные учреждения областного или республиканского уровня.

После обретения независимости в государственном секторе в целом сохранилась советская модель. Стоматологическая помощь интегрирована в общую систему здравоохранения, и в этой сфере произошли те же перемены, что и в системе здравоохранения в целом. В частности, в стоматологических стационарах произведены те же финансовые и организационные преобразования, что и в остальных стационарных учреждениях страны.

Государственный сектор

В государственном секторе система стоматологической помощи представлена стоматологическими кабинетами в сельской местности и стоматологическими поликлиниками и специализированными стоматологическими стационарами в городах. Стоматологические кабинеты и поликлиники работают под эгидой районных органов здравоохранения и считаются частью первичного звена медицинской помощи. На уровне первичного звена стоматологическую помощь можно рассматривать как полугосударственную. Стоматологи являются государственными служащими, и, как и другие элементы системы первичного звена, стоматологические учреждения принадлежат государству. Однако из-за ограничений государственных поставок стоматологических материалов с пациентов взимается плата за стоматологические услуги, которая должна покрывать затраты на закупку необходимых материалов. Таким образом, государство оплачивает расходы, связанные с выплатой зарплат персоналу и эксплуатацией помещений и оборудования, а пациенты оплачивают стоматологические материалы. Вполне возможно, что часть средств, поступающих от пациентов, неофициально идет на прибавку к зарплате врачей, и это, хотя и ограничивает доступность стоматологической помощи для населения, позволяет поддерживать работу стоматологических кабинетов и поликлиник. По некоторым сведениям, в государственном секторе цены на услуги стоматологов ниже, чем в частном.

Специализированную стоматологическую помощь в государственном секторе оказывают в стационарах общего профиля или в отдельных стоматологических клиниках. И те, и другие подотчетны либо областному, либо республиканским органам управления здравоохранением. В стационарных стоматологических учреждениях, как и

в остальных государственных стационарах, произведены значительные перемены в механизме финансирования (см. главу 3).

Частный сектор

При реформировании узбекской системы здравоохранения сектор стоматологической помощи и фармацевтический сектор были первыми, где часть затрат на здравоохранение была перенесена на пациентов путем введения прямых платежей граждан и где появились частные поставщики услуг.

В 1990-х гг. доля частного сектора на рынке стоматологических услуг существенно возросла. Расширению частного сектора способствовало введение принципа взимания платы с пациентов и ограничение капитальных вложений в государственную систему стоматологической помощи. Другими факторами стали государственная политика «невмешательства» в вопросы ценообразования и использования основного капитала, упрощения доступа к капиталу в частном секторе, а также возникший спрос на высококачественную стоматологическую помощь со стороны нарождающегося среднего класса. Как и в других отраслях узбекской системы здравоохранения, в последние годы сочетание этих факторов обусловило образование отдельного пути оказания стоматологической помощи в дополнение к государственному сектору.

Частные стоматологические услуги в основном предлагаются в городах, а цены на них ориентированы преимущественно на группы населения с доходом выше среднего. Конкурентное преимущество частного сектора по сравнению с государственным состоит в лучшей оснащенности современным стоматологическим оборудованием, использовании передовых ноу-хау и стремлении обеспечить потребительскую удовлетворенность. Однако сравнительные данные об использовании и о качестве услуг в государственном и частном секторах стоматологической помощи отсутствуют.

Частная стоматологическая практика может быть индивидуальной и коллективной. Несмотря на то что формально стоматологи могут заниматься частной практикой без ограничений, разрешения, выдаваемые местными органами, могут использоваться как инструмент регулирования этого рынка в том случае, если он будет перенасыщен. Еще одним возможным инструментом регулирования являются лицензии на частную медицинскую деятельность, выдаваемые Министерством здравоохранения, которые стоматологи обязаны получать, чтобы

иметь право заниматься частной практикой. Решения о выдаче лицензии принимаются соответствующим комитетом Министерства здравоохранения и основаны на результатах рассмотрения представленных документов о квалификации стоматолога и характеристиках помещений и оборудования. Лицензия Министерства здравоохранения необходима также для получения разрешения от местных органов власти.

Реформы

Реформы в секторе стоматологической помощи в основном ограничивались государственным сектором. В сельской местности они проводятся в рамках общего процесса реформ амбулаторного звена. Эти реформы, которые в скором времени будут развернуты на всей территории страны, предусматривают организацию стоматологической помощи населению в системе СВП, штат которых будет укомплектован стоматологами. Эта мера должна улучшить доступность стоматологической помощи в сельской местности. Однако здесь есть серьезная проблема, связанная с возмещением расходов на стоматологическую помощь при новой организации первичного звена здравоохранения. Дело в том, что стоматологическая помощь не включена в гарантированный государством объем медицинской помощи (базовый пакет услуг), определенный в президентском указе 1998 г. (Президент Республики Узбекистан, 1998). Но даже если бы она и была в него включена, то предполагаемый метод финансирования первичного звена (по подушевым нормативам), ввиду ограничения ресурсов, ассигнуемых на ПМСП, все равно мог бы потребовать введения той или иной схемы разделения затрат на стоматологическую помощь.

Маршрут пациента

У пациентов, нуждающихся в стоматологической помощи, есть два основных пути: обратиться к государственному стоматологу или к частному – в обоих случаях по собственному выбору.

Пациент может обратиться к государственному стоматологу, к участку которого он прикреплен. Если производятся какие-либо лечебные процедуры, то пациент должен оплатить необходимые материалы. Если необходимо произвести какие-либо сложные процедуры, то пациента направляют к специалисту более высокого уров-

ня в государственном секторе – это может быть медицинское учреждение вторичного или третичного звена. Специализированная помощь в государственных учреждениях оплачивается пациентом, кроме случаев, когда он относится к соответствующей льготной категории; в этом случае расходы медицинского учреждения по его лечению возмещает государство (см. раздел 3.2). Возмещение расходов поставщиков медицинских услуг производится по той же схеме, что и в остальных государственных медицинских учреждениях. Цены на услуги, взимаемые в специализированных государственных учреждениях, регулируются общими протоколами о ценообразовании, разработанными Министерством здравоохранения (см. главу 3).

Пациент может обратиться также к любому частнопрактикующему стоматологу. В этом случае ему придется оплатить все расходы по лечению, причем цены на услуги в частном секторе не регулируются.

Расходы на помощь ортодонтотв как в государственном, так и в частном секторе возмещаются пациентами в полном объеме за собственный счет. В 2004 г. в Узбекистане насчитывалось 78 государственных медицинских учреждений, оказывающих ортодонтическую помощь, и было предоставлено 1,6 ортодонтического устройства на 1000 населения (Institute of Health, 2006). Некоторые категории населения могут получить ортодонтическую помощь по системе социальной защиты, но в какой мере они пользуются этим правом, неизвестно.

Качество и доступность

В государственном секторе существует ряд структурных показателей качества стоматологической помощи – в частности, есть определенные стандарты, касающиеся оборудования, и санитарно-гигиенические нормы; соответствующие органы регулярно осуществляют мониторинг этих показателей. Однако информация об индикаторах процессов и исходов отсутствует.

Несмотря на то что данные о качестве стоматологической помощи в Узбекистане отсутствуют, можно предположить, что в последние несколько лет на него оказывают влияние два главных фактора. От остальных медицинских услуг стоматологическое обслуживание отличается тем, что пациентам легче оценить его качество. Появление частного сектора и возможность свободного выбора поставщика способствовали росту конкуренции и стали серьезным стимулом для улучшения качества услуг. Расширение предложения стоматологических услуг,

а также рост частного сектора, который часто является более гибким и открытым для инноваций, могли способствовать повышению качества стоматологической помощи, которое выражается в сокращении очередей, предложении более широкого набора услуг и улучшения качества их оказания. Но данных в поддержку этого предположения нет.

Некоторые сведения об уровне использования и доступности стоматологических услуг были получены в результате проведения в 2002 г. общенационального репрезентативного Исследования по изучению здравоохранения в Узбекистане (UHES) (Measure DHS, 2004). По данным этого исследования, осмотр стоматолога прошло в среднем 6% детей страны в возрасте от 12 до 59 месяцев. В Ташкенте этот показатель был на уровне всего 2,4%, несмотря на то что в Ташкенте обеспеченность детскими стоматологами выше, чем во всей стране (1,53 на 10 000 населения). Данные этого исследования позволяют предположить, что для детей из малообеспеченных семей доступность стоматологической помощи ниже. В малообеспеченных группах населения респонденты в два раза чаще, по сравнению с группой с самыми высокими доходами, отмечали наличие неудовлетворенных потребностей в стоматологической помощи; правда, в отношении других переменных данная корреляция не проверялась (Measure DHS, 2004). Целых 40% женщин и 33% мужчин-респондентов указали, что на момент опроса у них были неудовлетворенные потребности в стоматологической помощи, при этом 6% женщин жаловались на зубную боль. Несмотря на то, что 87% взрослых респондентов не проходили в последние три года профилактических осмотров стоматолога, как неудовлетворенную потребность этот факт отметили всего 1,6% женщин и 5,3% мужчин, что, вероятно, обусловлено неосведомленностью населения о важности регулярных осмотров. С географической точки зрения особенно высокий процент лиц, имеющих неудовлетворенные потребности в стоматологической помощи, был отмечен в Ташкенте (45,3%), несмотря на высокую обеспеченность взрослыми стоматологами в городе (2,53 на 10 000 населения, в то время как средний показатель по стране составляет 1,40 на 10 000 населения) (Measure DHS, 2004); это свидетельствует о наличии структурных ограничений доступа.

Программы профилактики

Санитарное просвещение и укрепление стоматологического здоровья являются одной из функций стоматологов первичного звена ме-

дицинской помощи в государственном секторе. Однако данных о масштабах такой деятельности и о ее влиянии на стоматологическое здоровье населения нет (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения).

Кроме того, вопросами укрепления стоматологического здоровья занимаются также некоторые международные организации. В 2003 г. Правительство Узбекистана подписало меморандум о пятилетнем сотрудничестве с компанией «Проктер энд Гэмбл». Подписанию этого документа предшествовал совместный проект, проведенный в 1997–2002 гг., в рамках которого «Проктер энд Гэмбл» в сотрудничестве с Министерством образования и Министерством здравоохранения провела программу профилактики стоматологических заболеваний «Ослепительная улыбка» для начальных школ Ташкента и областных центров страны. За этот период уроки по гигиене полости рта были проведены почти для 100 000 младших школьников (Uzreport Business Information Portal, 2004). Правительство сочло эту программу успешной и включило ее в учебный план для начальных школ. В настоящее время уроками гигиены полости рта ежегодно охвачено около 500 000 младших школьников (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения).

6.12. Дополнительная и альтернативная медицина

Альтернативная медицина (физиотерапия) широко используется при оказании услуг первичной, вторичной и реабилитационной помощи и считается важнейшим элементом медицинской помощи, хотя точных данных об уровне ее использования нет. Все государственные поставщики медицинских услуг оказывают те или иные виды альтернативной помощи. В области альтернативной медицины действуют те же меры регулирования, что и в отношении остальных медицинских услуг. Медицинские работники, оказывающие услуги альтернативной медицины, должны быть сертифицированы Министерством здравоохранения.

6.13. Медицинское обслуживание отдельных групп населения

Как уже говорилось, в стране действуют параллельные системы здравоохранения, обслуживающие работников и должностных лиц определенных предприятий, организаций, министерств и ведомств, включая кабинет министров, МВД, службы национальной безопасности, Министерство обороны, Управление железных дорог, Управление гражданской авиации и компанию «Узбекские авиалинии». Союзы писателей и художников Узбекистана также имеют собственную сеть медицинских учреждений, и примерно у 75 крупных промышленных предприятий есть свои службы здравоохранения. Все эти параллельные службы относятся к юрисдикции Министерства здравоохранения и работают под его надзором. Однако вопросы управления и распределения ресурсов относятся к компетенции тех организаций, которым они принадлежат.

6.14. Охрана здоровья матери и ребенка

В советской модели здравоохранения акушерскую помощь оказывали в родильных домах и родильных отделениях больниц общего профиля. В случае осложнений услуги в области охраны материнства предоставлялись преимущественно в терапевтических или специализированных отделениях больниц общего профиля. В советской системе в амбулаторном звене охрана материнства и детства осуществлялась силами работников подразделений ПМСП (ФАП или СВП).

После обретения независимости в Узбекистане был произведена реорганизация системы охраны материнства и детства. Родильные отделения больниц общего профиля были закрыты, а вместо них были созданы новые родильные дома или комплексы. Эти родильные дома или комплексы являются центральными отделениями оказания обслуживаемому населению всех стационарных услуг в области охраны материнства и детства. Новая структура медицинской помощи в области охраны материнства объединяет все услуги под эгидой единого поставщика в соответствующем географическом регионе.

В 2004 г. в Узбекистане было примерно 23 500 акушерско-гинекологических коек (Institute of Health, 2006). В родильных домах имеются два основных отделения:

- предродовое отделение, в котором предусмотрены койки для неосложненных родов и послеродового ухода;
- отделение патологии беременности.

Коечный фонд распределяется следующим образом: 5788 коек в предродовых палатах (2002); 10 659 коек в родовых палатах (2003); 5389 коек в послеродовых палатах (2002); 7170 коек в отделениях патологии беременности (2004) (Institute of Health, 2006). В 2004 г. обеспеченность койками в отделениях предродовой помощи составляла 22,3 на 10 000 населения, что почти на 30% меньше, чем в 2003 г. (30,2 на 10 000 населения). В том же году в отделениях патологии беременности обеспеченность койками составляла 10,2 на 10 000 населения, что на 30% выше, чем в 2003 г. (6,2) (Institute of Health 2006). Эти цифры свидетельствуют о том, что в результате реструктуризации произошло перераспределение ресурсов в пользу отделений патологии беременности.

Новая структура системы охраны материнства включает также вертикально интегрированную модель управления и мониторинга состояния здоровья матери и ребенка, в связи с чем в областных органах управления здравоохранением и в Министерстве здравоохранения были организованы соответствующие департаменты (см. рис. 2.1 и 2.2 в главе 2). Эти департаменты занимаются координацией, управлением и мониторингом деятельности всех родильных домов и сопутствующих служб.

В соответствии с новой схемой, охрана здоровья матери и ребенка остается строго в рамках государственной системы здравоохранения. Несмотря на то что частные поставщики предлагают широкий спектр услуг в данной области, преобладающую часть услуг по охране материнства и детства все еще оказывают в государственном секторе. Так, в 2002 г. услугами частного сектора здравоохранения как основного источника пользовалось всего 0,2% детей в возрасте до 5 лет; 9% пользовалось услугами государственных больниц, а остальные дети пользовались услугами государственных поставщиков первичной помощи (Measure DHS, 2004).

В соответствии с приоритетными направлениями государственной политики, охрана материнства и детства включена в программу государственных гарантий. В государственном секторе основное внимание переключено с лечения на профилактику. Министерством здравоохранения был разработан ряд протоколов скрининга, которые неукоснительно соблюдаются на всей территории страны.

Дородовая медицинская помощь также входит в программу государственных гарантий по первичной помощи. В соответствии с протоколами Министерства здравоохранения, беременность регистрируется на сроке до трех месяцев, после чего женщина должна ежемесячно проходить осмотр врача и сдавать необходимые анализы, вплоть до родов. Неонатальная помощь предоставляется в родильных отделениях с первого дня жизни ребенка. После выписки на дом приходит медсестра из учреждения первичной помощи, которая оказывает матери консультативную помощь по уходу за новорожденным. В первые два года жизни ребенка он проходит регулярные медосмотры в подразделении первичной помощи, с частотой, устанавливаемой Министерством здравоохранения.

Маршрут пациента

В том, что касается охраны материнства, маршрут пациента очень прост. В сельских пунктах первичной помощи и поликлиниках ведутся специальные журналы учета женщин репродуктивного возраста и производятся регулярные скрининги и медосмотры. Сначала ведение всех случаев всегда производится в системе первичного звена. Если врач учреждения первичного звена сочтет необходимым, то пациентку направляют в учреждение следующего уровня. В сельской местности это может быть врач-специалист, работающий в центральной поликлинике или в родильном доме (или родильном отделении). В городах во всех поликлиниках есть свои акушеры-гинекологи. Поэтому специализированную амбулаторную помощь можно предоставить пациентке на уровне учреждения первичного звена. Если требуется стационарная помощь, то пациентку направляют в городское стационарное учреждение охраны материнства.

В государственном секторе охрана здоровья детей производится по той же схеме: первым пунктом обращения является государственное учреждение первичного звена. Если необходимо, ребенку дают направление в детскую больницу. В 2004 г. В Узбекистане была 41 государственная детская больница (не считая инфекционных), с общим коечным фондом 13 235 коек (Institute of Health, 2006).

В законодательстве не предусмотрено никаких ограничений в отношении использования услуг частных поставщиков в области охраны здоровья матери и ребенка. В государственном секторе ведется строгий мониторинг соблюдения всех соответствующих про-

токолов, установлены эталонные показатели в отношении обслуживаемого населения, но на частный сектор это не распространяется, что, вероятно, приводит к дублированию услуг или проблемам координации деятельности обоих секторов.

Программы и проекты

Ввиду высоких показателей младенческой и материнской смертности (см. главу 1) вопросы охраны материнства и детства стали одним из основных приоритетов государственной политики в области здравоохранения. Был разработан ряд государственных программ, направленных на снижение младенческой и материнской смертности. Реализовано несколько межсекторных программ – в частности, «Год здоровья», «Здоровое поколение», «Мать и ребенок».

Одной из инициатив в секторе здравоохранения стала программа в области планирования семьи. В рамках этой программы проводилась бесплатная раздача средств контрацепции, мероприятия по повышению квалификации медицинских работников, а также кампании по санитарному просвещению населения по вопросам репродуктивного здоровья. Значительно увеличился охват женщин средствами контрацепции: с 13% женщин репродуктивного возраста в 1991 г. до 56,6% в 2001 г. (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения).

С 1991 г. введена система регулярных медосмотров женщин репродуктивного возраста, которая в 2002 г. охватывала 99,3% женщин (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения). Столь высокий уровень охвата может быть обусловлен тем, что данный показатель является элементом строго контролируемого протокола Минздрава; т. е. либо врачи действительно добились максимального охвата целевой группы, либо отчетные данные не совсем точны.

После проведения анализа наиболее распространенных причин материнской смертности во всех областных центрах были созданы новые бригады врачей-реаниматологов и специалистов по патологии системы гемостаза.

В 2000 г. было завершено создание системы скрининг-центров, охватывающих всю территорию страны. В том же году в этих центрах скринингом на гипотиреоз и фенилкетонурию было охвачено

124 000 новорожденных, что составляет 23,5% от целевой группы. В 2002 г. этот показатель увеличился до 318 700 новорожденных, что соответствует 60% охвата целевой группы (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения). Скрининг-центры были созданы в Ташкенте и 10 областных центрах в целях предупреждения рождения детей с врожденными пороками развития, сопровождающимися умственной отсталостью, а также обследование беременных женщин с целью выявления аномалий развития плода. Основными функциями этих центров является скрининг беременных женщин и новорожденных в целях выявления определенных патологий, консультирование, а также создание предварительных регистров по учету случаев генетических/врожденных аномалий (UNDP Uzbekistan, 2006b).

В целях сокращения младенческой и материнской смертности было определено несколько приоритетных направлений деятельности. К ним относятся сокращение числа ранних браков, браков между близкими родственниками и беременностей среди женщин, относящихся к группам особого риска. Кроме того, проводится работа с целью увеличить интервал между родами и добиться того, чтобы рождение детей приходилось на возраст от 20 до 30 лет. В последние годы удельный вес рождения детей с интервалом до 1 года снизился с 5,9% в 1995 г. до 0,5% в 2002 г., до 2 лет – соответственно с 20,1 до 6,8%. Удельный вес рождения детей с интервалом 2 года и более увеличился с 51,6 до 57,6% (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения). В 1991 г. в возрасте от 20 до 30 лет (который считается наиболее благоприятным для деторождения) матерями стали 69,3% женщин. С годами, в результате проведения соответствующих государственных мер, этот показатель существенно улучшился: в 2001 г. он составил 83,3% (из личной беседы с сотрудником Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения).

Усилия государства по укреплению здоровья матерей и детей получили широкую международную поддержку. ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮСЭЙД и ВОЗ оказали содействие в проведении ряда программ и проектов по укреплению здоровья и санитарному просвещению населения, в том числе «Безопасное материнство», «Расширение программы иммунизации», «Продвижение грудного вскармливания». В некоторых областях проекты «Норе» («Надежда»), «ЗдравПлюс» и ЮНИСЕФ реализовали программы «Продвижение грудного вскармливания» и «Интегрированное ведение болезней

детского возраста». Проект «Норе» участвует также в разработке образовательных материалов по вопросам охраны здоровья женщин (Project Nore, 2007). Кроме того, ЮНИСЕФ завершает программу подготовки медицинских работников, специализирующихся в области перинатального ухода, в том числе реанимации новорожденных.

Проведенное в 2002 г. исследование UNES выявило некоторые данные, касающиеся состояния здоровья матерей и детей в Узбекистане. Это исследование позволило сравнить полученные результаты с результатами 1996 г. и с соответствующими данными государственной статистики. Эти показатели могут быть полезны для оценки усилий правительства в области охраны здоровья матери и ребенка, в особенности в том, что касается санитарного просвещения и укрепления здоровья.

Общественный уклад Узбекистана таков, что большинство женщин получает свой первый сексуальный опыт уже будучи в браке. Поэтому изменение возраста вступления в брак отразится и на многих других показателях. Согласно данным указанных двух исследований 1996 и 2002 гг., возраст вступления в брак у женщин увеличился. В 1996 г. замужем были (или успели побывать) 87% женщин-респондентов в возрасте 20–24 лет, а в 2002 г. этот показатель снизился до 69%. В 1996 г. 10% всех родов приходилось на те случаи, когда возраст матери составлял от 15 до 19 лет, в то время как в 2002 г. этот показатель был на уровне лишь 4% (Measure DHS, 2004). Исследование выявило также высокий показатель осведомленности женщин о средствах контрацепции. Среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет 91% опрошенных знали как минимум один метод предупреждения нежелательной беременности. Уровень использования контрацептивов среди замужних женщин увеличился с 56 до 65%, причем среди замужних женщин в возрасте 20–29 лет он вырос на 25%.

7. Основные реформы в области здравоохранения

7.1. Анализ последних реформ

После обретения независимости в Узбекистане начались реформы сектора здравоохранения, нацеленные на решение проблем, связанных с новыми социальными, политическими и экономическими условиями. Особым стимулом для реформ стало сокращение государственных расходов на здравоохранение. Сеть медицинских учреждений, ранее полностью финансируемая за счет средств государственного бюджета, испытывала сильнейший дефицит финансирования. Реформы здравоохранения были направлены на повышение эффективности, создание механизмов самофинансирования и развитие частного сектора, т. е. на создание таких условий, которые были несовместимы с централизованным планированием и контролем, присущими советской системе здравоохранения.

Программа реформирования сектора здравоохранения в Узбекистане включает следующие основные задачи (Ikhamov, Jakubowski & Nakiyoff, 2001).

- *Укрепление здоровья матери и ребенка.* По сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ, в Узбекистане очень высоки показатели материнской и младенческой смертности. В этой связи правительством был предпринят ряд мер по решению этой проблемы, с привлечением как внутренних, так и внешних ресурсов.
- *Стимулирование развития частной практики.* Приватизация в узбекском секторе здравоохранения была результатом перехода к рыночной экономике, поиска дополнительных источников финансирования в целях снижения доли государственных ассигно-

- ваний в общих расходах на здравоохранение и стремления расширить потребительский выбор в сфере здравоохранения.
- *Повышение качества медицинской помощи.* В последние годы общественное мнение, политическое сознание и ожидания общества в Узбекистане меняются; усиливается ориентация на достижение стандартов здравоохранения, принятых в странах Западной Европы и США. Результатом этого стало создание новой инфраструктуры, предполагающей повышение качества медицинской помощи. В качестве примеров можно привести создание Центра доказательной медицины и Центра непрерывного медицинского образования, а также направление внешних ресурсов на решение задачи по повышению качества медицинской помощи.
 - *Сдерживание расходов посредством снижения доли государственных ассигнований на финансирование служб здравоохранения.* Нехватка государственных средств стала мощным стимулом для рационализации деятельности всей системы здравоохранения страны. Были предприняты меры по сокращению числа медицинских учреждений и больничных коек, а также спроса на медицинские услуги путем переноса части затрат на потребителей с помощью введения системы платных услуг (см. главы 3 и 6). Сокращение расходов государственного сектора было обеспечено путем введения программы государственных гарантий, финансируемой за счет средств госбюджета. Это нашло свое отражение в основных документах, касающихся реформирования сектора здравоохранения, в частности в законе «Об охране здоровья граждан» 1996 г. и в Указе Президента Республики Узбекистан «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» 1998 г.
 - *Децентрализация.* После обретения независимости Правительство Узбекистана предприняло ряд мер по децентрализации системы здравоохранения. Реформирование в этой области заключалось в основном в передаче функций управления с общенационального на областной уровень и от органов управления здравоохранением к медицинским учреждениям. При этом ставится задача распределения ресурсов в большем соответствии с местными потребностями.

Некоторые из указанных выше задач были сначала четко определены и впоследствии подкреплены соответствующими законодательными инициативами и изменениями политического курса, другие же не формулировались специально как отдельная цель, а стали скорее

следствием других мероприятий. Реформы здравоохранения в Узбекистане в основном были ориентированы на организационные преобразования – как системы в целом, так и процессов оказания медицинской помощи в частности. Данный раздел начинается с рассмотрения нормативно-правовой базы и организационной структуры системы здравоохранения, которые сформировались после обретения независимости, после чего приводится описание последних реформ в первичном, вторичном и третичном звеньях медицинской помощи (см. табл. 7.1)

Таблица 7.1. Основные реформы и инициативы в области здравоохранения

Реформы и инициативы	Дата
Президентские инициативы по реформированию организации социальной помощи на селе	апрель 1996
Закон «Об охране здоровья граждан»	29 августа 1996
Указ Президента Республики Узбекистан № УП-2107 «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан»	10 ноября 1998
Проект «Здоровье» (ПМСП)	1998–2005
Реорганизация служб экстренной помощи	2001
Указ Президента Республики Узбекистан № УП-3214 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» (третичная медицинская помощь)	2003
Проект Всемирного банка «Здоровье II» и проект Азиатского банка развития «Здоровье матери и ребенка» (ПМСП, охрана здоровья матери и ребенка, общественное здравоохранение)	2005–2010

Источник: таблица составлена авторами обзора.

Нормативно-правовая база и организационная структура системы здравоохранения

Серьезные реформы узбекского сектора здравоохранения начались только во второй половине 1990-х гг. До этого государство ограничивалось незначительными преобразованиями, направленными на поддержание существующей инфраструктуры. В 1996 г. был принят первый важный документ, в котором были изложены основные государственные приоритеты и новая правовая основа деятельности сектора здравоохранения, – закон «Об охране здоровья граждан». Затем, в 1998 г., вышел указ президента, где была описана новая организационная структура узбекской системы здравоохранения и обозначены приоритетные направления ее реформирования.

Закон «Об охране здоровья граждан»

Закон «Об охране здоровья граждан» (Республика Узбекистан, 1996), принятый 29 августа 1996 г., был первым серьезным шагом в области реорганизации системы здравоохранения Узбекистана. В этом документе изложено видение новой системы здравоохранения и определены следующие основные принципы охраны здоровья граждан:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья;
- доступность медицинской помощи для всех слоев населения;
- приоритет профилактических мер;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- единство медицинской науки и практики.

В этом законе изложены основные задачи законодательства об охране здоровья граждан, компетенция кабинета министров, Министерства здравоохранения и органов государственной власти на местах в сфере охраны здоровья граждан (см. главу 4), определены структура и функции государственной системы здравоохранения и источники ее финансирования, а также частный сектор здравоохранения. Кроме того, в данном законе изложены правовые аспекты охраны здоровья граждан и определены права граждан и права пациентов. К таким правам относятся основное право граждан на охрану здоровья, право граждан на получение информации о состоянии здоровья и права определенных уязвимых групп населения на льготы в системе здравоохранения.

В законе также даются определения различных типов медицинской помощи, в частности первичной медико-санитарной помощи, скорой и неотложной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, а также помощи, оказываемой гражданам, «страдающим социально значимыми и опасными заболеваниями». В законе указаны основные органы по принятию решений, имеющих отношение к сектору здравоохранения, в том числе органы военно-врачебной экспертизы, суда и прокуратуры, органы психиатрической экспертизы, патолого-анатомических исследований и медицинской практики. Кроме того, в законе установлены требования к лицам, занимающимся медицинской и фармацевтической деятельностью, обязанности врачей, а также такие вопросы, как врачебная тайна и механизмы компенсации в случае причинения вреда здоровью пациентов. Данный закон обеспечивает основу для проведения дальнейших реформ во всех сферах узбекской системы здравоохранения.

Указ Президента «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан»

Следующим важнейшим документом, касающимся реорганизации узбекского сектора здравоохранения, является вышедший 10 ноября 1998 г. Указ Президента «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» (Президент Республики Узбекистан, 1998), в котором изложены программа реформ и приоритетные направления деятельности на 1998–2005 гг. К ним относятся:

- создание концепции реформирования системы здравоохранения;
- составление перечня лечебно-профилактических учреждений, оказывающих бесплатную медицинскую помощь и подлежащих бюджетному финансированию;
- составление перечня лечебно-профилактических учреждений, подлежащих поэтапному переводу на платные медицинские услуги;
- реализация программы развития сети сельских врачебных подразделений;
- составление прогноза дополнительной потребности в подготовке врачебных кадров и среднего медицинского персонала на 2001–2005 гг.;
- перепрофилирование медицинских училищ в профессиональные колледжи в 1999–2005 гг.

В данный указ были включены:

- план-график создания сети учреждений экстренной медицинской помощи на всей территории страны;
- положения о введении высшего медсестринского образования;
- программа создания на всей территории страны сети сельских и городских подразделений первичной медико-санитарной помощи;
- план дальнейшего развития негосударственного сектора здравоохранения;
- положения о мониторинге и реализации программы реформ.

В указе также признана необходимость фундаментальных реформ финансирования здравоохранения, одобрено предложение о создании в Ташкенте Республиканского центра экстренной медицинской помощи с его региональными филиалами, утверждена его структура и положение о функционировании системы экстренной помощи. На Министерство здравоохранения была возложена задача по разработке и введению предельных сроков пребывания больных во вновь создаваемых службах неотложной медицинской помощи, разработке списка заболеваний, при которых государство будет ответственно за финансирование лечения, оказываемого в учреждениях экстренной помощи, разработке протоколов лечения определенных заболеваний.

Указ предусматривает создание на всей территории страны сети сельских медицинских центров; перед всеми заинтересованными сторонами поставлена задача совместной разработки территориальных программ развития сети сельских и городских врачебных центров.

В целях содействия развитию негосударственного сектора здравоохранения в указе предусмотрено освобождение частных медицинских учреждений от уплаты всех видов налогов сроком на 2 года с момента их образования. Местным органам власти рекомендовано также обеспечить выделение земельных участков и продажу нежилых помещений для создания частных лечебно-профилактических учреждений.

Реформирование сектора ПМСП

К настоящему моменту в Узбекистане реализованы две основные инициативы по реформированию сектора первичной медико-санитарной помощи. Первая из них, проект «Здоровье» (1998–2005), впоследствии переименованный в «Здоровье I», был плодом сотруд-

ничества Всемирного банка и Правительства Узбекистана. В рамках этого проекта были введены некоторые новые механизмы и схемы оказания медицинской помощи, финансирования и управления ПМСП. Эти пилотные схемы были концептуально взаимосвязаны и сыграли важную роль в получении политической поддержки проекта. Вторая инициатива, которая включает проект Всемирного банка «Здоровье II» и проект Азиатского банка развития «Здоровье матери и ребенка» (2005–2010), направлена на развертывание пилотных схем по всей территории страны и внедрение новых подходов в области охраны здоровья матери и ребенка, общественного здравоохранения, а также мониторинга и оценки, в целях укрепления сектора ПМСП.

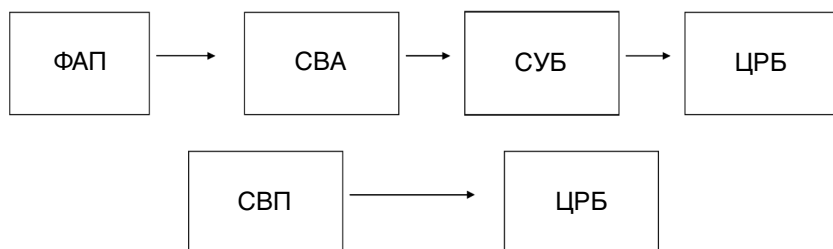
Проект «Здоровье», 1998–2005 гг.

В основе иерархической организации советской системы здравоохранения лежала многоступенчатая форма оказания первичной помощи (см. рис. 7.1, более подробно – см. главу 6). Главным приоритетом было финансирование больниц, а первичное звено здравоохранения финансировалось по остаточному принципу (см. главу 3). Постоянная нехватка ресурсов и относительно низкий статус медицинских работников первичного звена здравоохранения привели к оттоку большинства квалифицированных кадров из сектора ПМСП. Кроме того, в амбулаторных учреждениях работали врачи-специалисты, что во многих случаях влекло выдачу большого количества направлений и неравномерное распределение медицинских кадров. Результатом советской системы организации амбулаторной помощи были серьезные недостатки и низкое ее качество.

В 1998 г. между узбекским правительством и Всемирным банком было заключено соглашение о проведении проекта реформ здравоохранения «Здоровье» (World Bank 2005) на общую сумму 70 млн долл. США. Бюджет проекта складывался из займа Всемирного банка в размере 30 млн долл. и обязательств узбекского правительства по строительству и реконструкции учреждений первичного звена здравоохранения на общую сумму 40 млн долл. Кроме того, проект «Здоровье» предусматривал двустороннее донорское сотрудничество в форме технической помощи и деятельности по подготовке кадров со стороны Департамента международного развития Великобритании (DFID) и ЮСЭЙД (проект «ЗдравПлюс»). Проект «Здоровье» состоял из трех основных компонентов:

- укрепление первичного звена здравоохранения;
- подготовка врачей и медсестер общей практики;
- реформирование системы финансирования и управления первичного звена здравоохранения.

Рис. 7.1. Многоступенчатая (советская) и двухступенчатая (новая) формы первичной медико-санитарной помощи



Источник: схема составлена авторами обзора.

Проект «Здоровье» был направлен на повышение эффективности, качества и доступности первичной помощи путем создания двухступенчатой формы ее организации. Первым пунктом обращения за медицинской помощью для сельского населения становится СВП, а второй ступенью является ЦРБ. Такая модель в корне отличается от прежней, когда пациент мог получить доступ к ПМСП на любой ее ступени. Некоторые службы, например ФАП, были укомплектованы только средним медицинским персоналом (см. главу 6). Предполагается, что введение новой формы организации ПМСП будет способствовать повышению качества медицинской помощи.

Важнейшим элементом реформ сектора первичной помощи является модернизация ее учреждений. Первый компонент проекта «Здоровье» нацелен на усовершенствование инфраструктуры – это касается как помещений, так и оборудования. До начала этого проекта в большинстве учреждений первичного звена отсутствовала элементарная инфраструктура, необходимая для оказания качественной медицинской помощи; не хватало медицинского оборудования, были проблемы с водоснабжением и канализацией (см. раздел 2.1).

Проект реформ здравоохранения предусматривал создание института врачей общей практики. Врачи общей практики должны бы-

ли заменить остальных врачей, занятых в секторе ПМСП (терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов). В рамках этого проекта проводилась переподготовка врачей этих специальностей для их последующей работы врачами общей практики, а медицинские институты начали выстраивать учебные программы с учетом потребностей в специалистах по общей (семейной) медицине.

Многие проблемы прежней системы были обусловлены существовавшими в то время механизмами финансирования, для которых было характерно отсутствие гибкости и материальных стимулов для повышения производительности труда, эффективности и качества медицинской помощи. Компонент проекта «Здоровье», касающийся финансирования, был разработан с целью внедрения новой системы финансирования, обеспечивающей большую гибкость и заинтересованность персонала.

В следующих далее разделах приводится более детальная информация по каждому из компонентов проекта и о том, в какой мере были достигнуты его цели.

Укрепление первичного звена здравоохранения

Первый компонент проекта «Здоровье» нацелен на создание в стране сети учреждений первичного звена нового типа – сельских врачебных пунктов (СВП), путем строительства и реконструкции существующих учреждений первичного звена и оснащения их необходимым оборудованием и мебелью. Предполагалось, что это повысит эффективность, доступность и качество медицинской помощи на селе. Преобразование многоступенчатой системы первичного звена в двухступенчатую способствовало устранению имеющихся недостатков и обеспечению более широкого спектра услуг; кроме того, предполагалось, что это улучшит доступ населения к медицинской помощи, а наличие новых помещений и оборудования поможет повысить качество обслуживания.

В пилотных областях, включенных в проект, реализация компонента по укреплению первичного звена здравоохранения обеспечила:

- оснащение СВП медицинским оборудованием и мебелью в соответствии со стандартами, разработанными Всемирным банком и Министерством здравоохранения;
- снабжение СВП расходными медицинскими материалами и лабораторными реактивами;

- оснащение ЦРБ лабораторным оборудованием;
- оснащение СВП, расположенных в удаленных районах, средствами транспорта и радиосвязи;
- оказание технической помощи в области укрепления здоровья населения и улучшения качества медицинской помощи.

Первоначально на реализацию первого компонента проекта был выделен бюджет в размере 45,5 млн долл. США, из которых 17,7 млн должен был предоставить Всемирный банк, а 27,7 млн – Правительство Узбекистана. В результате изменений, внесенных в ходе реализации первого этапа проекта, фактические расходы составили 76 млн долл. США, из которых 30 млн были предоставлены в форме кредита Всемирного банка, 12 млн выделил Германский банк реконструкции и развития (KfW) и 30 млн поступили от узбекского правительства. Первоначально в проект были включены три пилотные области. В конце 2002 г. правительство и Всемирный банк расширили географию проекта, включив в него еще две северные области страны, в результате чего общий бюджет проекта увеличился.

Правительство выступило с инициативой по преобразованию существующей многоступенчатой системы первичного звена в двухступенчатую путем закрытия или перепрофилирования существующих учреждений ПМСП. Основное внимание в проекте было уделено первой ступени новой системы первичного звена, а на реформирование ЦРБ был выделен лишь ограниченный объем ресурсов. Было создано четыре типа СВП, соответствующих численности обслуживаемого населения. Первые три должны обслуживать население в количестве 2000, 2000–4500 и 4500–6000 человек соответственно. Четвертый тип СВП, помимо оказания медицинской помощи населению, задуман как учебный центр.

К августу 2001 г. в стране функционировало 283 СВП, 136 из которых были вновь созданными, а 147 – реконструированными. К концу 2003 г. в эксплуатацию было введено 682 СВП, что значительно превышало плановый показатель в 320 единиц. Из новых СВП 51% (347 единиц) были вновь созданными, а 49% (335 единиц) – реконструированными. Но поскольку обязательства правительства были сформулированы в отношении количества работающих СВП, а их создание входило в сферу ответственности местных органов власти, то последние были заинтересованы в строительстве СВП, предназначенных для обслуживания не более 4500 человек, вне зависимости от фактической численности населения соответствующих регионов, так

как создание СВП этого типа обходилось почти вдвое дешевле, чем тех, которые рассчитаны на обслуживание большего контингента. Кроме того, такая схема привела к возникновению отсроченных обязательств по созданию СВП в областях, испытывающих бюджетный дефицит. В целях решения этих проблем правительством были выделены дополнительные средства областям, включенным в проект реформирования первичного звена здравоохранения. Однако проблема привлечения кадров в сельские учреждения по-прежнему остается нерешенной. Как уже говорилось, в 2006 г., по оценкам Министерства здравоохранения, примерно 10% всех СВП (т. е. около 300) вообще не были укомплектованы врачами (Langenbrunner, Salikhova & Karimova, 2006).

Первичная оценка процесса строительства и реконструкции СВП, произведенная в 1999 г., выявила ряд проблем. В частности, реконструируемые учреждения, как правило, были более низкого качества, чем вновь строящиеся, и не удовлетворяли стандартам оказания высококачественной медицинской помощи. Так, в одной из областей (Сырдарьинской) в 47% СВП не было водопровода, а в 24,5% – канализации.

Для решения этой проблемы Бюро по реализации проекта наняло нового сотрудника, который должен был разрабатывать подробные технические условия строительства медицинских учреждений первичного звена и вести работу с областными бюро по реализации

Таблица 7.2. Некоторые показатели, выявленные в результате оценки учреждений первичного звена в 1999 и 2004 гг.

Область	Показатель	1999 (%)	2004 (%)
Сырдарьинская	Электричество	100	100
	Водопровод	53	67
	Канализация	86	33
Навоиская	Электричество	100	100
	Водопровод	92	100
	Канализация	97	100
Ферганская	Электричество	100	100
	Водопровод	59	94
	Канализация	94	100

Источник: World Bank, 2004b.

проекта и региональными органами управления здравоохранением на местах.

Проведенная в 2004 г. оценка СВП выявила существенное улучшение ситуации с инфраструктурой учреждений первичного звена здравоохранения (см. табл. 7.2).

На этапе подготовки проекта Министерством здравоохранения совместно с Всемирным банком был разработан перечень необходимой мебели, медицинского оборудования и расходных материалов. Все пилотные СВП были оснащены всем необходимым в соответствии с этим перечнем в два этапа – в 2000 и 2003 гг. По окончании первого этапа была проведена оценка использования оборудования. По результатам этой оценки в исходный перечень были внесены некоторые изменения – если какие-либо наименования использовались редко или не использовались вообще, то их из перечня исключали. Однако некоторые наименования, включенные в перечень, не были поставлены – это объяснялось тем, что либо поставщики этого оборудования не были найдены, либо контракты на его поставку не были выполнены. На первом этапе, в 2000 г., из 148 наименований перечня закуплены были всего 89, а в 2003 г. из 114 наименований перечня закуплены были 95. В какой мере неполная поставка оборудования сказалась на качестве и объеме услуг медицинской помощи, неизвестно.

В целях улучшения доступа населения к медицинской помощи и обеспечения связи с областными и республиканскими центрами неотложной помощи было закуплено 70 машин скорой помощи и 95 стационарных и 20 мобильных радиостанций, которыми были снабжены отдаленные СВП в пилотных областях.

В целях повышения качества основных диагностических услуг компонент укрепления первичного звена предусматривал также оснащение лабораторий в СВП и ЦРБ необходимыми материалами и оборудованием. Предполагалось, что эта мера будет способствовать уменьшению числа госпитализаций и сокращению продолжительности пребывания в стационаре. Некоторые сведения, собранные в период подготовки проекта, позволяют предположить, что значительная часть койко-дней в стационарах уходила на проведение элементарных медицинских обследований, многие из которых можно было провести амбулаторно. В 1999–2001 гг. в пилотных областях были предприняты следующие меры по решению этой проблемы:

- разработан перечень необходимого лабораторного и диагностического оборудования;

- составлены технические спецификации оборудования, которые были одобрены Всемирным банком и Министерством здравоохранения;
- разработаны технические критерии для помещений, предназначенных для лабораторий, так как проведенные оценки выявили несоответствия между существующими помещениями в центральных больницах и ожидаемыми функциями лабораторий;
- все пилотные лаборатории были построены или реконструированы в соответствии с разработанными техническими условиями;
- 35 лабораторий в ЦРБ в трех пилотных областях были оснащены необходимыми материалами и оборудованием; в 2002 г. к ним прибавилось еще 24 лаборатории в двух новых пилотных областях, включенных в проект.

Данный компонент проекта включал также реорганизацию системы учреждений общественного здравоохранения, относящихся к первичному звену. Так, реализация проекта способствовала созданию Института Здоровья и его областных филиалов. Всемирный банк, Азиатский банк развития и другие международные донорские организации оказали Институту Здоровья техническую помощь в форме подготовки персонала и разработки образовательных материалов.

Подготовка врачей и медсестер общей практики

Реорганизация первичного звена здравоохранения требовала одновременной реорганизации подготовки медицинских кадров. Существующее медицинское образование было ориентировано на специализированную подготовку врачей и медсестер, но при этом в стране не было образовательных программ для удовлетворения насущных потребностей в таких кадрах, как врачи общей практики и медсестры, для медицинских учреждений в пилотных областях. Компонент проекта, связанный с подготовкой врачей и медсестер общей практики, был нацелен на решение этой проблемы. В его реализацию узбекским правительством было вложено около 2 млн долл. США, и еще 4,7 млн поступило в виде кредита Всемирного банка.

Проект предусматривал следующие меры по созданию образовательной инфраструктуры и удовлетворения новых потребностей в рабочей силе:

- создание в медицинских вузах страны учебных центров по подготовке врачей общей практики;
- подготовка преподавателей лечебных факультетов в области общей практики в целях обеспечения последующей переподготовки практикующих врачей (с учетом удовлетворения насущных потребностей в медицинских кадрах) и преддипломной подготовки студентов медицинских вузов (в целях удовлетворения долгосрочных потребностей в медицинских кадрах);
- переподготовка практикующих врачей для их дальнейшей работы врачами общей практики;
- реформа системы преддипломного медицинского образования – включение в учебные планы курса по общей практике и семейной медицине;
- организация в пилотных областях системы непрерывного медицинского образования для врачей общей практики;
- подготовка медсестринского персонала в пилотных учреждениях ПМСП;
- создание системы аккредитации программ медицинского образования и аттестации и лицензирования медицинских работников.

Первоначально было введено в эксплуатацию восемь учебных центров для врачей общей практики в семи медицинских вузах. Эти центры были оснащены мебелью, компьютерами и медицинским оборудованием, необходимым для оказания первичной медико-санитарной помощи (лаборатории, диагностическое оборудование), а также учебными пособиями. Учебные центры были созданы на базе городских поликлиник, чтобы обеспечить достаточный приток пациентов для проведения подготовки специалистов. После того как эту пилотную программу было решено провести в общенациональном масштабе, количество учебных центров для врачей общей практики было увеличено и к концу 2004 г. достигло 14. Кроме того, в пилотных областях было организовано восемь учебных центров на базе СВП, которые, помимо оказания ПМСП, служили еще и в образовательных целях.

Ключевую роль в подготовке преподавателей вузов сыграл Департамент международного развития Великобритании (DFID). Учебный план по подготовке врачей общей практики был разработан в тесном сотрудничестве с британскими консультантами, которые были вовлечены также в учебный процесс и ознакомили преподавателей с концепциями общей практики и семейной медицины, применяемыми в Соединенном Королевстве. По ряду причин, в том числе

в связи с низким уровнем оплаты труда, коэффициент отсева выпускников этих программ был высоким. К концу 2004 г. на своих должностях осталась лишь половина из 105 преподавателей, прошедших курс подготовки.

После того как первая когорта преподавателей из Узбекистана окончила курс по подготовке врачей общей практики, британские консультанты в сотрудничестве с прошедшими курс обучения преподавателями разработали программу переподготовки для практикующих врачей. Первая 10-месячная программа переподготовки была начата в 1999 г., а к 2004 г. курс переподготовки прошло уже 959 врачей.

Курсы непрерывного медицинского образования были включены в проект в целях ликвидации пробелов в знаниях и навыках врачей. Было разработано четыре курса по следующим темам: принципы общественного здравоохранения; интегрированное ведение болезней детского возраста; антенатальный и пренатальный уход и грудное вскармливание; рациональное назначение лекарств. Огромную помощь в проведении этих учебных курсов оказали международные организации; к 2004 г. подготовку по ним прошли 1370 врачей общей практики.

Что касается подготовки медсестринского персонала, то первоначально проект был ориентирован преимущественно на модернизацию двух медицинских училищ в пилотных областях. Эти два училища начали подготовку групп практикующих медсестер на базе принципов общей практики, в целях удовлетворения насущных потребностей в таких кадрах.

Модернизацией и поставкой оборудования занимался Всемирный банк, а местные органы власти отвечали за выделение помещений. Министерство здравоохранения выдало разрешение на подготовку сестер общей практики в этих двух медицинских училищах. Кроме того, было отобрано еще пять медицинских училищ из пилотных областей, которые должны были быть модернизированы и оснащены новым оборудованием.

В 2003 г. эта же программа была проведена еще в семи медицинских училищах из двух областей и в одном вновь построенном училище в одной из пилотных областей. К концу реализации проекта модернизировано и оснащено новым оборудованием было в общей сложности 15 медицинских училищ.

Преподавательский состав семи медицинских училищ из пилотных областей прошел подготовку по общей практике. По окончании курса эта группа преподавателей участвовала в переподготовке 559 медсестер, работающих в СВП в пилотных областях.

Реформирование системы финансирования и управления первичного звена здравоохранения

Этот компонент проекта был направлен на усовершенствование механизмов финансирования и управления в первичном звене здравоохранения в целях повышения эффективности и производительности работы медицинских учреждений. Он предусматривал следующие меры:

- разработка и реализация новых схем финансирования и управления и информационных систем;
- разработка и реализация механизма подушевого финансирования первичного звена здравоохранения;
- подготовка финансовых менеджеров и укрепление ими первичного звена;
- разработка и реализация новых информационных систем здравоохранения;
- улучшение системы управления в целях организации укомплектования медицинских учреждений персоналом в соответствии с потребностями.

Важными элементами новых механизмов финансирования были изменения, касающиеся системы расчета бюджетных ассигнований, выделяемых учреждениям первичного звена, источников их финансирования, а также финансовой самостоятельности. Ранее учреждения первичного звена в финансовом отношении считались частью районной системы здравоохранения и получали средства непосредственно от районных органов здравоохранения (см. главу 3). Финансирование медицинских учреждений было увязано не с показателями их работы, а с данными прошлых лет, т. е. с численностью персонала и размером учреждения. В этой связи у учреждений первичного звена не было финансовой заинтересованности в повышении эффективности своей работы.

Новые схемы финансирования учреждений первичного звена предусматривали обретение ими статуса самостоятельных субъектов права, имеющих собственный счет в банке. Бюджет этих учреждений рассчитывался на основании численности и половозрастной структуры обслуживаемого населения. Данная пилотная схема финансирования совпадает с принятыми правительственными мерами по упрощению механизма регулирования бюджетных ассигнований и обеспечению большей гибкости в использовании государственных

средств (см. главу 4) (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1999b). Новый механизм предусматривал финансирование бюджетных организаций по нормативам методом финансирования одной строкой по четырем группам расходов, при этом четвертая группа включает широкий спектр возможных ассигнований и допускает большую гибкость в использовании бюджетных средств.

Изначально предусматривалось введение двух новых механизмов финансирования. Первая модель – «частичное фондодержание» – предполагает предоставление медицинским учреждениям первичного звена статуса самостоятельных субъектов права, имеющих собственный счет в банке. Объем бюджетного финансирования рассчитывается по подушевым нормативам, а учреждения первичного звена несут финансовую ответственность за предоставляемый ими набор услуг.

Вторая модель – «полное фондодержание» – предусматривает полную финансовую ответственность за удовлетворение всех потребностей обслуживаемого населения в медицинской помощи. Однако из-за отсутствия соответствующих механизмов во вторичном и третичном звеньях здравоохранения, необходимых для полноценной реализации этой модели, эксперимент с полным фондодержанием в рамках данного проекта не проводился. Поэтому компонент, касающийся реформирования системы финансирования, в основном касался первой из упомянутых моделей.

В рамках новой модели учреждения первичного звена получали финансирование непосредственно от финансовых отделов областных администраций по единым нормативам; таким образом, обеспечивалось более справедливое распределение государственных средств.

По-видимому, введение нового механизма финансирования способствовало увеличению ассигнований на первичное звено в областных бюджетах здравоохранения. Так, в Ферганской области доля первичного звена в областном бюджете здравоохранения возросла с 13,6% в 1999 г. до 28,4% в 2004 г. (более подробные данные о бюджете Ферганской области см. рис. 7.2).

И хотя факторы, повлиявшие на увеличение этой доли, не вполне понятны, объем финансирования первичного звена постепенно увеличился во всех пилотных областях. Количество направлений к специалистам уменьшилось на 32,2%, а уровень госпитализаций – на 23,7%.

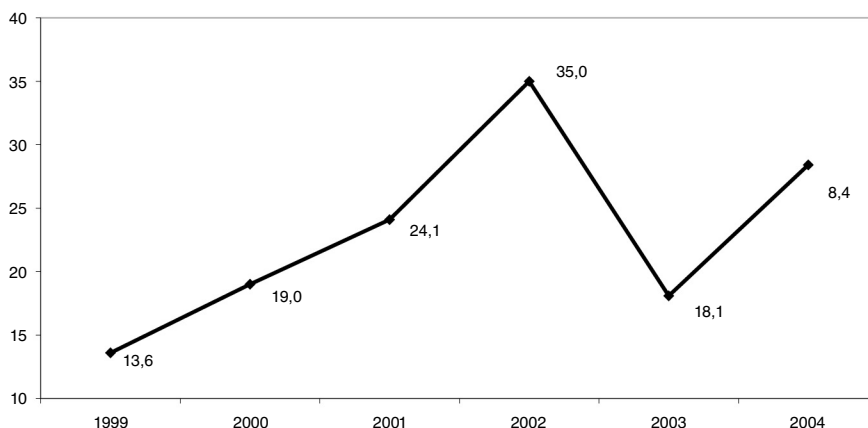
Для проведения первого этапа реализации пилотных схем в каждой области было выбрано по три контрольных и три пилотных

района. В 1999 г. статус самостоятельного юридического лица получили 45 учреждений первичного звена, обслуживающих в общей сложности около 300 000 населения. Затем программа была расширена, и к 2004 г. число таких учреждений первичного звена достигло 635, а их охват составлял почти 3,5 млн человек.

Другим приоритетным направлением этого компонента проекта было создание информационных систем здравоохранения. Это было важно по двум причинам. Во-первых, информационные системы необходимы для своевременного и качественного информационного обеспечения данными о заболеваемости обслуживаемого населения. Во-вторых, без информационных систем невозможно провести быстрый и качественный расчет бюджета на ПМСП (по подушевым нормативам с учетом половозрастной структуры населения). В этой связи были реализованы следующие мероприятия:

- созданы базы данных населения трех пилотных областей, первоначально включенных в проект, и четырех пилотных районов из двух областей, включенных в проект впоследствии;
- в эти новые базы были внесены соответствующие данные о населении;

Рис. 7.2. Объем финансирования первичного звена как доля в общем районном бюджете здравоохранения Ферганской области, 1999–2004 гг.



Источник: World Bank, 2004b.

- были созданы областные информационные центры; в районные и областные центры поставлено 177 персональных компьютеров;
- проведена подготовка кадров районных информационных центров;
- вводятся новые формы учета медицинской информации.

В целях обеспечения политической поддержки реформ государственного финансирования первичного звена здравоохранения для ответственных лиц Министерства здравоохранения, Министерства макроэкономики и статистики, Президентского совета и парламента была организована стажировка в Бостоне, в ходе которой они могли ознакомиться с концепциями доказательной медицины и различными системами финансирования здравоохранения. В целом все компоненты проекта получили положительную оценку правительства. Успех проекта был в значительной степени обусловлен четким распределением ролей и обязанностей и организацией механизмов подотчетности. Уже на ранних стадиях планирования в соответствующем правительственном постановлении была ясно очерчена структура управления проектом, в том числе указаны все ответственные министерства и ведомства (Кабинет министров Республики Узбекистан, 1998). Главным координирующим органом стала специальная комиссия, организованная при кабинете министров, во главе с заместителем премьер-министра. Эта комиссия сыграла ключевую роль в решении вопросов, требующих участия ведомств вне сектора здравоохранения. Организацией-исполнителем было назначено Министерство здравоохранения; при Минздраве было создано специальное бюро по реализации проекта. Аналогичные органы были созданы и в пилотных областях: при областных администрациях были организованы координирующие органы, а при областных органах здравоохранения – бюро по реализации проекта. Такая схема обеспечивала строгий контроль за исполнением проекта и быструю мобилизацию политических ресурсов в случае возникновения каких-либо проблем.

Реформы первичного звена здравоохранения (2005–2010 гг.)

Правительство Узбекистана, Всемирный банк и Азиатский банк развития начали совместные проекты в области здравоохранения на общую сумму, эквивалентную 191,4 млн долл. США. Азиатский банк развития предоставит кредит на 40 млн долл., при этом 30 млн

долл. будет выделено из государственных источников. Кредит Всемирного банка на 40 млн долл. будет подкреплён ассигнованием 75,4 млн долл. государственных средств. Кроме того, грант на общую сумму в 6 млн долл. выделит Японское агентство международного сотрудничества (JICA). Двустороннее сотрудничество с ЮСЭЙД будет продолжено в форме технической помощи и программ подготовки кадров в рамках проекта «ЗдравПлюс». В ходе реализации этой инициативы Всемирный банк окажет поддержку государству в области укрепления первичного сектора здравоохранения. Азиатский банк развития предоставит свое содействие в реализации определенных компонентов проекта параллельно с деятельностью Всемирного банка. Кроме того, Азиатский банк развития окажет помощь в проведении ряда мероприятий по охране здоровья матери и ребенка, не вошедших в проект Всемирного банка «Здоровье II» (формирование политики, интегрирование системы оказания услуг по охране здоровья матери и ребенка, создание организационного потенциала). Особое внимание будет уделяться вопросам эффективности, качества и экономической эффективности.

Всемирный банк и Азиатский банк развития разрабатывали свои проекты таким образом, чтобы они дополняли друг друга и их можно было бы проводить параллельно. Первые два компонента каждого из этих проектов основаны на результатах реализации проекта «Здоровье I» и направлены на укрепление первичного звена здравоохранения путем наращивания потенциала и оснащения медицинских учреждений необходимым оборудованием. Всемирный банк будет заниматься вопросами наращивания потенциала среди врачей общей практики, а Азиатский банк развития – подготовкой медсестер и акушерок. Что касается мониторинга качества, то Всемирный банк будет заниматься преимущественно общими вопросами качества ПМСР, а в проектах Азиатского банка развития основное внимание будет уделено охране здоровья матери и ребенка. Кроме того, Азиатский банк развития будет заниматься вопросами охраны материнства и детства в учреждениях первичного звена, ЦРБ и областных больницах.

Что касается компонента, связанного с финансированием, то Азиатский банк развития будет заниматься более общими механизмами финансирования и созданием информационных систем здравоохранения, а Всемирный банк займется широкомасштабным развертыванием своей пилотной схемы финансирования первичного звена и введением пилотных схем финансирования больниц. Проекты Азиатского банка развития будут ориентированы на укрепление служб

Таблица 7.3. Распределение объемов работ по проекту

Сфера деятельности	Источник финансирования
Наращивание масштабов реформ первичного звена здравоохранения в сельской местности и развертывание их в городах	Всемирный банк – проведение реформ еще в 8 областях и завершение реструктуризации в 3 пилотных областях, начатой в рамках проекта «Здоровье» Азиатский банк развития – проведение реформ еще в 3 областях, если средства Всемирного банка не позволят этого сделать, и развертывание процесса реформ в городах
Репродуктивное и детское здоровье	Азиатский банк развития – в 6 областях
Усовершенствование лекарственного обеспечения и цепочки поставок	Всемирный банк
Развитие кадровых ресурсов и повышение качества услуг	Всемирный банк – подготовка врачебных кадров Азиатский банк развития – подготовка медсестер, педиатров и акушеров-гинекологов
Наращивание масштабов реформ в области финансирования и управления первичным звеном здравоохранения, а также начало реформ вторичного звена	Совместное финансирование, как и при реорганизации первичного звена здравоохранения
Разработка управленческих информационных систем и наращивание потенциала в области финансирования и управления здравоохранением	Совместное финансирование, как и при реорганизации первичного звена здравоохранения
Реорганизация служб общественного здравоохранения	Всемирный банк
Борьба с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и другими инфекционными болезнями	Всемирный банк
Усовершенствование систем мониторинга и оценки	Всемирный банк
Рационализация и реорганизация учреждений вторичного звена, в особенности тех, куда пациентов прежде всего направляют из учреждений первичного звена	Совместное финансирование, как и при реорганизации первичного звена здравоохранения

Источник: из личной беседы с сотрудником Министерства здравоохранения.

переливания крови в стране, а Всемирный банк будет работать над проектом укрепления служб общественного здравоохранения путем наращивания организационного потенциала и проведения профилактических мероприятий в области борьбы с ВИЧ/СПИД и туберкулезом.

Японское агентство международного сотрудничества окажет помощь в области подготовки медсестер и системы оказания медицинской помощи.

В табл. 7.3 приведено общее описание работ по проекту и распределение обязанностей между Всемирным банком и Азиатским банком развития.

Реализация этого совместного проекта рассчитана на пять лет, с 2005 по 2010 г.

Проект «Здоровье II» является логическим продолжением и расширением проекта «Здоровье», с некоторыми важными исключениями и уточнениями. Всемирный банк займется оснащением медицинских учреждений первичного звена в пяти новых областях, а Азиатский банк развития – в оставшихся трех, если средств Всемирного банка на это не хватит. Модель первичной медицинской помощи в сельской местности, реализованная в рамках проекта «Здоровье», будет распространена на города. Новые учебные центры по подготовке врачей общей практики, организованные в рамках проекта «Здоровье», позволят проводить такую подготовку на всей территории страны. При расширении масштабов проекта больше внимания будет уделяться обеспечению доступа населения к лекарственным средствам, организации непрерывного медицинского образования и повышению качества медицинской помощи.

Пилотные схемы финансирования и управления здравоохранением также будут развернуты в общенациональном масштабе. В целях решения проблемы неравномерного с географической точки зрения распределения медицинских кадров будут разработаны некоторые дополнения к этим схемам – в частности, механизм материального стимулирования врачей. Кроме того, будут вводиться новые схемы оплаты услуг больниц; основное внимание в новой стратегии будет уделено вопросу консолидации больничных услуг и учреждений.

Предполагается, что новый компонент проекта, связанный с совершенствованием деятельности служб общественного здравоохранения, будет способствовать обеспечению контроля новых инфекционных заболеваний и решению трудных вопросов ведения хронических неинфекционных заболеваний, а также улучшению ра-

боты служб общественного здравоохранения, включая надзорные функции и мероприятия по укреплению здоровья населения.

Проект Всемирного банка «Здоровье II»

Проект Всемирного банка «Здоровье II» (World Bank, 2004b) был инициирован в целях развертывания проекта «Здоровье» в общенациональном масштабе. Цели этого проекта практически совпадают с целями проекта «Здоровье» и включают повышение качества и экономической эффективности предоставляемой медицинской помощи. Проект состоит из четырех компонентов:

- развитие программы реформ первичного звена здравоохранения: развертывание реформ, начатых в рамках реализации проекта «Здоровье», в остальных восьми областях страны;
- финансирование и управление: реализация механизмов финансирования и управления в целях повышения эффективности и результативности медицинской помощи;
- усовершенствование системы общественного здравоохранения: инициативы по проведению анализа и улучшению ее работы;
- управление, мониторинг и оценка проекта: создание местного потенциала в области мониторинга и оценки.

Компонент «Развитие программы реформ первичного звена здравоохранения»

Как и в проекте «Здоровье», этот компонент подразумевает оснащение мебелью и оборудованием новых и реконструированных СВП. Правительство также будет отвечать за строительство и реконструкцию СВП.

Кроме того, в порядке эксперимента реорганизация первичного звена будет проведена также и в городах. В качестве пилотных будет отобрано около 30 поликлиник, к которым пациенты по желанию смогут прикрепиться.

В рамках реализации данного компонента проекта будет усилена подготовка врачей общей практики и техников-лаборантов. Подготовка врачей общей практики будет осуществляться двумя путями: подготовка в рамках преддипломного образования, для чего предусматривается внесение изменений в учебные планы, подготовка в рамках системы переподготовки практикующих врачей.

Вопросами непрерывного медицинского образования будут заниматься два новых центра: Центр доказательной медицины и Центр непрерывного медицинского образования, которым отводится ключевая роль в обеспечении повышения качества первичной медико-санитарной помощи.

После исследования медицинских кадров, проведенного в рамках проекта «Здоровье», будет организовано новое, более полное исследование, которое станет основой для планирования и реорганизации системы медицинского образования в Узбекистане.

Компонент «Финансирование и управление»

Развертывание в общенациональном масштабе инициированных в рамках проекта «Здоровье» пилотных схем финансирования и управления учреждениями ПМСП в сельской местности является одним из главных компонентов проекта «Здоровье II». Кроме того, будут реализованы еще две инициативы в области финансирования: введение пилотных схем финансирования учреждений вторичного звена за каждый пролеченный случай и система материального стимулирования врачей в целях преодоления проблемы нехватки медицинских кадров в удаленных и неблагополучных регионах.

Управленческая информационная система, разработанная в рамках проекта «Здоровье», будет распространена на всю территорию страны. Кроме того, созданию управленческого потенциала в здравоохранении будет способствовать реформирование медицинского образования как на преддипломном, так и на последипломном уровне. Проблемы несоответствия в области распределения финансовых средств будут решаться путем создания системы национальных счетов здравоохранения.

Компонент «Совершенствование системы общественного здравоохранения»

Этот компонент проекта нацелен на улучшение контроля инфекционных и неинфекционных заболеваний путем совершенствования деятельности служб общественного здравоохранения и расширения мероприятий в области надзора и укрепления здоровья населения. Всю деятельность в рамках этого компонента проекта можно подразделить на три группы мероприятий:

- наращивание потенциала;
- профилактика ВИЧ/СПИД, туберкулеза и ЗППП;
- укрепление инфраструктуры общественного здравоохранения.

К мероприятиям по наращиванию потенциала можно отнести разработку национальной стратегии общественного здравоохранения, создание школы общественного здравоохранения и организацию поддержки деятельности по укреплению здоровья населения и общественных программ в сфере здравоохранения.

В сотрудничестве с американским Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) будет реализована специальная программа, включающая создание интегрированной электронной базы данных по надзору и мониторингу инфекционных болезней, подготовку лабораторного персонала и модернизацию некоторых лабораторий.

Кроме того, к данному компоненту проекта относится поддержка реализации национальной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИД и проведение в общенациональном масштабе программы лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (ДОТС). На эти цели будет выделено около 2,5 млн долл. США.

Компонент «Управление, мониторинг и оценка проекта»

Данный компонент в основном касается вопросов реализации разработанного ранее Стратегического плана мониторинга и оценки. Кроме того, его задачей является поддержка проведения регулярных исследований и оценок, способствующих успешной реализации проекта. Целевые показатели проекта были четко определены для трех его компонентов (см. табл. 7.4).

Проект Азиатского банка развития «Здоровье матери и ребенка»

Проект Азиатского банка развития «Здоровье матери и ребенка» (Asian Development Bank, 2004) рассчитан на пять лет, с 2005 по 2009 г., и направлен на решение двух основных задач:

- поддержка государственной программы реформ первичного звена здравоохранения;

Таблица 7.4. Целевые показатели проекта Всемирного банка «Здоровье II»

Компонент проекта	Целевые показатели
Развитие программы реформ первичного звена здравоохранения	Увеличение на 10% числа беременных, охваченных дородовым патронажем
	Увеличение на 10% охвата иммунизацией новорожденных против гепатита В
	Увеличение на 10% использования и доступа к услугам ПМСП
	Подготовка 2700 врачей общей практики, работающих в СВП
Финансирование и управление	Повышение доступности основных лекарственных средств на уровне первичного звена здравоохранения, измеряемое количеством имеющихся на складах основных ЛС
	Уменьшение на 10% числа направлений на госпитализацию и числа госпитализаций
	Подготовка 520 специалистов по политике здравоохранения и финансовых менеджеров
	Текущие расходы на финансирование первичного звена должны составлять как минимум 20% от общих государственных расходов на здравоохранение
Усовершенствование системы общественного здравоохранения	Доля расходов на первичную и амбулаторную медицинскую помощь должна составлять как минимум 40%
	Доступ к тестированию на ВИЧ и лечению в целях предотвращения передачи инфекции от матери к ребенку должны иметь 100% беременных женщин
	Охват мероприятиями по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди групп риска должен увеличиться на 10%
	Принятие Национального стратегического плана и распространение стратегии ДОТС на всю территорию страны

Продолжение табл. 7.4

Компонент проекта	Целевые показатели
Управление, мониторинг и оценка проекта	Подготовка не менее 50 специалистов в области общественного здравоохранения и участковых медсестер
	Ряд реализованных проектов на местах
	Создание системы мониторинга и оценки и проведение не менее 2 обследований медицинских учреждений и 2 обследований домохозяйств

Примечание: ДОТС – лечение туберкулеза под непосредственным наблюдением, короткий курс.

- повышение эффективности системы охраны здоровья матери и ребенка.

Проект состоит из четырех компонентов (см. табл. 7.5), которые либо совпадают, либо дополняют компоненты проекта Всемирного банка:

- укрепление служб охраны здоровья матери и ребенка (33,38 млн долл. США);
- усовершенствование механизмов финансирования, управления и информационного обеспечения узбекской системы здравоохранения (3,40 млн долл. США);
- обеспечение безопасности крови (13,58 млн долл. США);
- усовершенствование механизмов управления проектом (2,16 млн долл. США).

Компонент, связанный с укреплением служб охраны здоровья матери и ребенка, включает следующие элементы:

- помощь в реорганизации первичного звена здравоохранения, в рамках которой особое внимание должно уделяться укреплению системы направлений детей и женщин из учреждений первичного звена и ЦРБ;
- наращивание потенциала служб охраны здоровья матери и ребенка на уровне первичного звена и на областном уровне путем заку-

пок необходимого оборудования и обеспечения подготовки кадров. В выбранных областях 81 ЦРБ и 6 областных педиатрических отделений и родильных домов будут оснащены базовым набором оборудования и инструментов для учреждений охраны здоровья матери и ребенка.

Обеспечение непрерывного медицинского образования в основном будет касаться подготовки медсестер и акушерок. Такая подготовка будет производиться в ЦРБ и СВП, при этом основное внимание будет уделяться вопросам общественного здравоохранения, профилактики, питания и лечебного ухода. Предполагается, что курс подготовки пройдет около 10 000 медсестер и акушерок. Кроме того, проект предусматривает переподготовку примерно 2500 врачей, специализирующихся в области акушерства и гинекологии и педиатрии.

- Мониторинг качества предусматривает организацию помощи в разработке клинических алгоритмов и схем направлений в секторе охраны здоровья матери и ребенка. В целях мониторинга и улучшения медицинского обслуживания женщин и детей будет проведена работа по наращиванию потенциала в области надзора на общенациональном и областном уровнях.
- Санитарное просвещение предусматривает разработку и распространения Институтом Здоровья образовательных материалов по вопросам женского и детского здоровья.

Компонент проекта, связанный с совершенствованием механизмов финансирования, управления и информационного обеспечения узбекской системы здравоохранения, включает следующие элементы:

- поддержка реализации программы финансирования и управления в первичном звене здравоохранения, начатой в рамках проекта «Здоровье», путем подготовки кадров и наращивания потенциала. Введение схемы финансирования больниц по клинко-статистическим группам (КСГ);
- создание управленческих информационных систем нацелено на разработку базы данных, содержащей сведения о состоянии здоровья населения пяти областей (осуществляется в сотрудничестве с проектом «Здоровье II»). Кроме того, данный компонент проекта предусматривает составление единого узбекского словаря медицинских терминов, используемых при создании базы

электронных медицинских данных, компьютеризированного учебного центра при Институте Здоровья и сети Интернет для Министерства здравоохранения. Будет также оказана помощь в разработке информационной системы банка крови;

- Министерству здравоохранения будет оказана помощь в обновлении и совершенствовании государственных протоколов («приказов»), касающихся охраны здоровья матери и ребенка.

Компонент проекта, связанный с обеспечением безопасности крови, направлен на реформирование системы хранения и переливания крови в целях повышения ее эффективности и организации скрининга крови на наличие инфекций, передающихся через кровь (ВИЧ/СПИД, гепатит). Данный компонент предусматривает реорганизацию системы хранения и переливания крови, совершенствование протоколов и содействие созданию устойчивого национального бюджета для обеспечения безопасности крови. Предполагается, что этот компонент будет включать следующие элементы:

- организация помощи правительству в создании национальной системы обеспечения безопасности крови, включающей как организационные, так и управленческие вопросы;
- в одной из областей будет создана и протестирована новая областная система обеспечения безопасности крови. Будет закуплен комплект оборудования для Национального центра переливания крови, Областного центра переливания крови и больничных банков крови. Проект предусматривает также поставку реактивов и расходных материалов на первый год работы;
- организация помощи в замене системы платного донорства добровольным, бесплатным донорством крови.

Вторичная медицинская помощь

До сих пор реформы в секторе вторичной медицинской помощи ограничивались постепенной реорганизацией больниц и изменением механизмов финансирования. Реорганизация больниц в основном касалась сокращения коечного фонда (см. раздел 6.4). Реформа финансирования предусматривала постепенную замену бюджетного финансирования другими источниками; этому предшествовало создание программы государственных гарантий предоставлении насе-

Таблица 7.5. Целевые показатели проекта Азиатского банка развития «Здоровье матери и ребенка»

Область деятельности	Некоторые целевые показатели
Улучшение состояния здоровья женщин и детей	Снизить за период с 2004 по 2009 г. показатель материнской смертности на 20% на всей территории проведения проекта
	Снизить за период с 2004 по 2009 г. показатель младенческой смертности на 25% на всей территории проведения проекта
	Снизить за период с 2004 по 2009 г. показатель смертности детей в возрасте до 5 лет на 25% на всей территории проведения проекта
	Снизить к 2009 г. показатель заболеваемости железодефицитной анемией средней степени среди беременных женщин до 22% (в 1996 г. этот показатель составлял 27%)
	Повысить к 2009 г. распространенность использования контрацептивов среди замужних женщин до 70% (в 2002 г. этот показатель составлял 65%)
	Снизить к 2009 г. распространенность задержки в росте у детей в возрасте до 5 лет до 25%
	Снизить к 2009 г. уровень заболеваемости инфекционными болезнями (в т. ч. стабилизировать уровень заболеваемости ВИЧ/СПИД)
Повышение эффективности, обеспечение справедливости, усовершенствование механизмов финансирования	Унифицировать к 2009 г. механизм распределения ресурсов здравоохранения между областями и районами
	Усовершенствовать механизм распределения ресурсов, увеличив к 2009 г. долю финансирования на текущие расходы медицинских учреждений первичного звена и охраны здоровья матери и ребенка (за исключением расходов на зарплату персонала) до 20% (в 2000 г. – 15%)
	Обеспечить к 2009 г. финансовую самостоятельность программы по обеспечению безопасности крови

Продолжение табл. 7.5

Область деятельности	Некоторые целевые показатели
Укрепление служб охраны здоровья матери и ребенка	Обеспечить к 2009 г. составление бюджетов СВГП по подушевым нормативам; всем СВГП во всех областях разрешить использовать сэкономленные средства по своему усмотрению
	Ввести к 2009 г. новый механизм финансирования больниц в пилотных областях
	Снизить к 2009 г. число выдаваемых СВГП направлений на госпитализацию и уровень госпитализаций на 10%
	Снизить к 2009 г. среднюю продолжительность пребывания в стационаре при неосложненных родах до 5 дней (в 2000 г. – 9 дней)
	Повысить к 2009 г. долю беременных женщин, получающих в первый триместр беременности первичный антенатальный уход, осуществляемый квалифицированными медицинскими работниками, до 50%
	Повысить к 2009 г. долю страдающих анемией беременных женщин, получающих добавки железа, на 10%
	Повысить к 2009 г. уровень использования консультаций по вопросам интервалов между родами на 20%
Программа обеспечения безопасности крови	Повысить к 2009 г. долю новорожденных, получающих вакцинацию против гепатита В, до 20% (в 2001 г. – 8%)
	Повысить к 2009 г. долю младенцев в возрасте до 3 месяцев, получающих исключительно грудное вскармливание, до 20% (в 2002 г. – 9%)
	Повысить к 2009 г. объем взятия крови до 10 000 литров на 1 млн населения в год (в 2002 г. – 8000 литров на 1 млн населения)
	Повысить к 2009 г. уровень скрининга используемой для переливания крови на инфекции до 90% (в 2000 г. – 60%)

Продолжение табл. 7.5

Область деятельности	Некоторые целевые показатели
	Разработать к 2007 г. государственную программу обеспечения безопасности крови
	Разработать к 2007 г. государственную политику и законодательные нормы, касающиеся обеспечения безопасности крови
	Создать к 2008 г. Государственную систему и стандарты качества в соответствии с руководством ВОЗ
	Обеспечить к 2009 г. 100%-ное добровольное бесплатное донорство крови
	Создать 6 комплексных областных центров переливания крови (в 2002 г. таких центров не было вообще)
	Создать к 2009 г. больничные банки крови, ориентированные на потребности пациентов
	Разработать и ввести к 2007 г. клинические протоколы по безопасному использованию крови

Примечание: ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

лению бесплатной медицинской помощи. В настоящее время одним из главных источников финансирования здравоохранения являются личные платежи граждан (см. главу 3).

Служба экстренной помощи

Реорганизация службы экстренной помощи была одним из главных направлений реформ здравоохранения в Узбекистане. В этот сектор за последние годы поступили самые крупные разовые инвестиции (см. разделы 3.3. и 6.5). На первом этапе реформ, которые проводились при финансовой поддержке правительств Испании и Японии, были созданы Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи в Ташкенте и его региональные филиалы; центр

был полностью отремонтирован и оснащен необходимым оборудованием. На втором этапе реформ (2004–2006 гг.) при поддержке Исламского банка развития были оснащены оборудованием региональные центры экстренной медицинской помощи, а правительство Кувейта выделило грант на оснащение оборудованием отделений экстренной помощи в ЦРБ и городских больницах.

По сравнению с остальными медицинскими учреждениями государственного сектора, сеть учреждений экстренной помощи сейчас оснащена гораздо лучше, а поскольку экстренная помощь официально является бесплатной, то пациенты, нуждающиеся в медицинской помощи, которые в ином случае так бы не поступили, все чаще обращаются именно в службу экстренной помощи.

Третичная медицинская помощь

Институты высокоспециализированной медицинской помощи в Узбекистане представляют собой уникальное сочетание медицинской науки и практики. В отличие от клиник третичной медицинской помощи, которые не занимаются научными исследованиями, эти институты получают целевое финансирование на проведение научных исследований и считают их одной из своих основных функций (см. главу 6). До 2003 г. в институтах высокоспециализированной медицинской помощи проходили практически такие же преобразования, как и в учреждениях вторичной медицинской помощи. В 2003 г. вышел указ президента, в котором была описана пилотная схема реформирования учреждений высокоспециализированной медицинской помощи (Президент Республики Узбекистан, 2003). В данном указе говорится о том, что важнейшей задачей второго этапа реформирования здравоохранения в Узбекистане является создание специализированных клиник и медицинских центров, осуществляющих прием и лечение больных, нуждающихся в высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, с использованием современного диагностического и лечебного медицинского оборудования.

В этом указе сформулированы следующие критерии, которым должны отвечать специализированные клиники и медицинские центры:

- в них должны работать высококвалифицированные, прошедшие хорошую подготовку и пользующиеся высоким, признанным в своей области медицины авторитетом врачи-специалисты;

- они должны обладать современной материально-технической базой, включающей в себя высокотехнологичное диагностическое и лечебное медицинское оборудование, и применять сложные методы лечения и диагностики, отвечающие высоким мировым требованиям.

Первоначально в процесс реформ сектора третичной медицинской помощи были включены четыре института: Научный центр урологии, Научный центр хирургии, Ташкентский областной центр микрохирургии глаза и НИИ кардиологии. На базе этих четырех институтов были созданы соответствующие республиканские специализированные центры. Все они, за исключением НИИ кардиологии, до преобразования в республиканские центры имели свои стационары и поликлиники. В целях укрепления материально-технической базы и обеспечения возможности лечения пациентов к НИИ кардиологии была присоединена одна из городских больниц.

В этих республиканских центрах акционерами от имени государства выступают Комитет государственного имущества и Министерство финансов, но их пакеты акций переданы в доверительное управление руководству центров. Деятельность центров финансируется на смешанной основе за счет средств государственного бюджета, собственных доходов и привлекаемых источников (грантов, спонсорских средств и др.). При этом, в отличие от остальных учреждений третичной медицинской помощи, средства государственного бюджета выделяются каждому центру через Министерство здравоохранения Республики Узбекистан отдельной строкой без разбивки по статьям расходов. В указе президента на Министерство финансов возложена задача при формировании ежегодных республиканских бюджетов предусматривать поэтапное снижение расходов бюджетных средств на текущее содержание данных специализированных центров, имея в виду их переход на самофинансирование и самоокупаемость не позже 2008 г. После этого предусмотрена реализация на льготных условиях государственного имущества, переданного в уставный фонд центров, в собственность их трудовых коллективов. Кроме того, указанные республиканские специализированные центры были освобождены от уплаты всех видов налогов и таможенных платежей на ввозимые для собственных нужд медицинское оборудование и инструменты сроком на 10 лет. К 2004 г. все четыре республиканских центра должны были достичь 80%-ного уровня самофинансирования. Республиканский центр микрохирургии глаза обеспечил уровень самофинансирования

в 84,2%, но остальным трем центрам достичь указанного целевого показателя не удалось. Уровень самофинансирования Республиканского центра кардиологии составил 68%, Республиканского центра урологии – 42%, а Республиканского центра хирургии – 23,5% (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2004b).

Главным органом управления центров должен стать совет. Членами совета должны быть избираемые на эти посты сотрудники соответствующих центров. Председателем совета становится директор центра, которого назначает на эту должность правительство по представлению Министерства здравоохранения.

Центры имеют право:

- пользоваться и управлять государственным имуществом, включенным в уставный капитал центра;
- самостоятельно разрабатывать и утверждать штатное расписание;
- самостоятельно определять условия оплаты труда и материального стимулирования работников центра в зависимости от степени сложности, качества и объема выполняемых работ.

8. Оценка системы здравоохранения

Данная глава посвящена оценке узбекской системы здравоохранения по ряду ключевых показателей. Глава начинается с рассмотрения задач, поставленных государством перед системой здравоохранения. Затем приводится анализ доступности и охвата населения медицинским обслуживанием, а также анализ структурной и экономической эффективности и реализации принципа равноправия в системе здравоохранения. При этом следует отметить, что одной из серьезных проблем для проведения такой оценки является отсутствие надежных и достоверных данных о системе здравоохранения страны.

8.1. Задачи системы здравоохранения

В Узбекистане цели и задачи системы здравоохранения сформулированы в виде общих принципов. Детализация соответствующих задач содержится в ряде специальных программ (см. главу 7). Общие принципы узбекской системы здравоохранения изложены в нескольких ключевых правительственных документах. В частности, в статье 3 закона «Об охране здоровья граждан» 1996 г. указаны следующие основные принципы охраны здоровья граждан:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья;
- доступность медицинской помощи для всех слоев населения;
- приоритет профилактических мер;

- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- единство медицинской науки и практики.

Реформы, последовавшие за принятием закона «Об охране здоровья граждан», были нацелены на обеспечение некоторых из этих принципов. В законе «Об охране здоровья граждан» оговорены некоторые аспекты прав человека. В частности, в нем содержится положение о том, что государство гарантирует гражданам защиту от дискриминации, независимо от наличия у них любых форм заболеваний, и обеспечивает охрану здоровья независимо от возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения (статья 13).

В этом законе подробно описаны права на охрану здоровья детей и подростков, граждан иностранных государств, военнослужащих, инвалидов и других категорий граждан (см. главы 2 и 7).

Указ Президента «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» касается соблюдения основных принципов доступности медицинской помощи и реализации приоритета профилактических мер путем реформирования первичного звена здравоохранения и системы экстренной помощи (см. главы 6 и 7).

Принципы, содержащиеся в законе «Об охране здоровья граждан», в последующих документах были переформулированы в виде организационных задач – например, по созданию новых медицинских учреждений или новых механизмов финансирования. Правительство ведет строгий мониторинг выполнения поставленных им организационных задач.

Поскольку данные о результатах этих инициатив применительно к реализации основных принципов, сформулированных в законе «Об охране здоровья граждан», отсутствуют, то выводы о том, насколько эти принципы воплощаются в жизнь, можно сделать лишь частично. Кроме того, долгосрочные государственные цели трудно поддаются измерениям, так как они не определены во взаимосвязи с исходами здоровья или показателями, непосредственно связанными со здоровьем. Если бы такие измерения были, то при реализации указанных инициатив в полной мере использовались бы строгие механизмы администрирования и подотчетности, которые способствовали бы повышению эффективности и действенности системы здравоохранения и внедрению инновационных методов и подходов.

8.2. Доступность медицинской помощи

Оценка доступности и охвата населения Узбекистана медицинской помощью произведена с учетом географических и финансовых факторов. В зависимости от национального и культурного контекстов понимание термина «доступность» может быть разным. В Узбекистане нет общепринятого определения термина «доступность», и надежные доказательства, касающиеся уровня доступности медицинской помощи для населения, отсутствуют. В этой связи сведения, содержащиеся в данном разделе, по большей части основаны на единичных свидетельствах или теоретических построениях.

Географическая доступность

В советское время была создана широкая сеть медицинских учреждений, обеспечивавших доступ к медицинской помощи и охват населения практически всех населенных регионов страны, вне зависимости от того, насколько малыми или удаленными они были. Из-за наступившего после распада Союза экономического коллапса поддерживать эту широкую сеть учреждений стало трудно, и правительства бывших советских республик были вынуждены найти какой-то баланс между имеющимися ресурсами и желаемым уровнем доступности медицинской помощи для населения.

В Узбекистане было принято решение сохранить географическую доступность первичной помощи для всего населения страны, что вполне соответствует прежней, советской модели. Проводимые реформы сектора первичной помощи нацелены на обеспечение равной географической доступности реорганизованных амбулаторных учреждений на всей территории страны (см. главы 6 и 7). Для этой цели в рамках процесса реформ была произведена соответствующая географическая привязка подразделений первичной медико-санитарной помощи в населенных регионах.

Что касается доступности СВП для населения, то со времени начала реформ в середине 1990-х гг. в этой сфере наблюдаются две тенденции. Географическая доступность таких учреждений ПМСП, как СВА и ФАП, за этот период существенно сократилась. Так, за период 1997 по 2005 г. количество ФАП уменьшилось почти вдвое. С другой стороны, доступность первичной помощи, которая номинально является более высококачественной, по-видимому, улучши-

лась: с 1996 по 2005 г. количество укомплектованных врачами СВП увеличилось на 25% (см. главу 6).

Говоря о географической доступности медицинской помощи, одних лишь данных о количестве имеющихся медицинских учреждений для анализа реального положения вещей недостаточно. Это объясняется тем, что в некоторых регионах медицинские учреждения бывают расположены группами («кучно»), т. е. географически они распределены по территории страны неравномерно. Однако в случае с Узбекистаном план размещения СВП предусматривает относительно равную географическую доступность СВП для сельского населения. Но при этом следует отметить наличие существенных различий в уровне расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в различных областях, а также тот факт, что многие СВП недоукомплектованы персоналом. В отличие от сельской местности, в городских учреждениях первичного звена существенных изменений и ликвидации медицинских учреждений не произошло. Поэтому можно с уверенностью заключить, что в городах географическая доступность первичной помощи осталась на том же уровне, что и до реформ.

Поддержание того уровня географической доступности вторичной стационарной медицинской помощи, который имел место в советское время, в список государственных приоритетов не входило. За период с 1997 по 2005 г. число сельских больниц было сокращено почти вдвое, а число городских – на 20%, притом что общий коечный фонд был сокращен почти наполовину (см. главу 6). Все эти меры могли усугубить проблему географической доступности.

Однако говоря о сокращении коечного фонда и числа больниц, следует иметь в виду советскую схему оказания стационарной помощи. Значительную часть диагностических и лечебных мероприятий, которые в СССР проводились в стационарах, вполне можно было реализовать на уровне первичного звена здравоохранения (см. раздел 2.1). Поэтому снижение уровня географической доступности вторичной стационарной медицинской помощи вполне можно было частично скомпенсировать за счет увеличения числа СВП, укомплектованных врачами. Кроме того, узбекское здравоохранение построено на базе административного деления страны на областные, районные и городские уровни, и на каждом из этих уровней поддерживалась соответствующая система оказания стационарной медицинской помощи. В каждом городе или районе есть как минимум одна ЦРБ, городская или районная больница. Поэтому можно предположить, что географическая доступность стационарной медицинской помо-

ши в целом обеспечивается, несмотря на то что некоторые больницы были закрыты. В учреждениях третичной стационарной помощи каких-либо существенных сокращений не произошло, хотя на доступности третичной помощи могло сказаться общее сокращение коечного фонда.

Финансовая доступность и охват населения

Вероятно, самым важным фактором, оказывающим влияние на доступность и охват населения медицинской помощью, является финансирование здравоохранения. В данном разделе рассмотрены схемы финансирования и охвата населения в трех секторах: ПМСП, специализированная помощь и экстренная помощь. Кроме того, здесь обсуждается вопрос о том, как повлияли на финансовую доступность медицинской помощи три механизма финансирования, введенные недавно в узбекской системе здравоохранения: подушевое финансирование, добровольное медицинское страхование и официальные платежи за медицинские услуги, взимаемые с пациентов.

Государственные учреждения ПМСП в Узбекистане должны обеспечивать всеобщий охват населения бесплатной медицинской помощью. Однако в результате оценки охвата и доступности государственной ПМСП обнаруживаются две проблемы.

Во-первых, в программу государственных гарантий не входит комплексное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении; исключение сделано только для немногочисленных льготных категорий населения, а также для пациентов, страдающих некоторыми заболеваниями (см. главу 3). В Узбекистане нет схем страхования расходов на приобретаемые медикаменты. Можно предположить, что действующая сейчас система личной оплаты граждан предоставленных медицинских услуг является существенным финансовым бременем для малоимущих слоев населения. Кроме того, из-за отсутствия страхования медикаментозных расходов при амбулаторном лечении уровень использования номинально бесплатных услуг ПМСП может снижаться.

Действующий перечень из 20 основных лекарственных средств и изделий медицинского назначения, цены на которые правительство контролирует и всеобщую доступность которых обеспечивает, призван улучшить доступность основных медикаментов и услуг ПМСП. Однако этот перечень остается неизменным с 1994 г. (см. раздел 6.6).

Если бы при его составлении учитывались результаты оценок медицинских технологий и эпидемиологических исследований, а также анализ эффективности затрат, это принесло бы ощутимые выгоды.

Вторая проблема касается подушевого финансирования. Вводимая сейчас повсеместно, эта схема, наряду с многочисленными преимуществами, имеет и ряд особенностей, связанных с доступностью медицинской помощи. Дело в том, что при финансировании учреждений первичного звена по подушевым нормативам поставщикам услуг ПМСП выгодно направлять пациентов в медицинские учреждения следующего уровня или ограничивать их доступ к существующим услугам. Размер подушевой оплаты не зависит ни от количества посещений, ни от количества выданных направлений. Учитывая ограниченность охвата населения услугами специализированной помощи и широкое использование личных платежей граждан для оплаты оказываемых медицинских услуг, направления к другим специалистам или в другие учреждения могут стать препятствием для доступа пациентов к медицинской помощи как по финансовым, так и нефинансовым причинам и сильно повлиять на доступность медицинской помощи для малоимущих групп населения.

Схема финансирования специализированной медицинской помощи в Узбекистане вполне отвечает стремлению правительства перенести бремя затрат на внебюджетные источники (см. главу 3). Бюджетное финансирование вторичной и третичной медицинской помощи обеспечивается только для льготных категорий населения и пациентов, страдающих определенными заболеваниями, критерии выбора которых с материальным положением пациентов напрямую не связаны (см. раздел 3.2). При отсутствии системы плательщиков третьей стороны основная часть поступлений приходится на прямые платежи. В этой связи доступность специализированной медицинской помощи для льготных категорий существенно выше, чем для остального населения. Поскольку информация о неудовлетворенных в настоящее время потребностях населения в специализированной медицинской помощи отсутствует, то проведение оценки ее доступности представляется затруднительным.

Реформирование здравоохранения в Узбекистане предусматривает концепцию бесплатной и общедоступной экстренной помощи, которую должна обеспечивать широкая сеть учреждений экстренной помощи (см. главу 7). Несмотря на то что данные об объеме государственного финансирования, выделяемого на оказание экстренной помощи, найти довольно трудно, отдельные сведения позволяют

предположить, что учреждения экстренной помощи оснащены относительно неплохо. Лекарственное обеспечение учреждений экстренной помощи считается гораздо лучшим, чем в учреждениях первичного и вторичного звеньев государственного сектора, которые должны предоставлять населению бесплатную помощь по программе государственных гарантий.

Похоже, что в узбекской системе здравоохранения реализация принципа «бесплатной и общедоступной экстренной помощи» привела к ряду нежелательных последствий. В частности, поскольку услуги вторичной и третичной медицинской помощи, как правило, являются платными и гражданам приходится оплачивать эту помощь за собственный счет (так как системы плательщиков третьей стороны, которые возмещали бы больницам их расходы, нет), а объем лекарственного обеспечения ограничен, то это создает ложные стимулы для использования услуг экстренной помощи. В результате пациенты вместо медицинских учреждений соответствующего звена обращаются в службы экстренной помощи. Это приводит не только к потере эффективности, но и, вероятно, ограничивает доступность экстренной помощи для тех, кто в ней действительно нуждается.

Несмотря на то что пока на долю ДМС приходится незначительная часть финансирования здравоохранения, ожидается, что объем этого рынка будет расти быстрыми темпами, поскольку благодаря ДМС можно обеспечить покрытие тех рисков, которые иным образом не застрахованы. Это может привести к неравенству в доступности медицинской помощи, связанному с уровнем дохода.

Введение платы за медицинские услуги часто называют способом предотвращения морального риска в финансируемых государством системах здравоохранения. Однако эта плата может также стать препятствием для использования медицинских услуг теми, кто в них нуждается. И хотя благодаря быстрому введению системы платных услуг в Узбекистане удалось преодолеть моральный риск, присущий бесплатной советской системе здравоохранения, по-видимому, это привело также и к нежелательному сокращению спроса на медицинские услуги.

Имеющиеся данные позволяют предположить, что введение платы за медицинские услуги может ограничивать доступ к необходимой медицинской помощи, являясь значительным финансовым бременем для малоимущих слоев населения. Это особенно верно в случае Узбекистана, где право на льготное медицинское обслуживание не связано напрямую с уровнем дохода пациента, хотя некоторые

косвенные показатели материального положения, например инвалидность или наличие определенных хронических заболеваний, действительно являются критериями, дающими пациентам право на льготы. Однако в странах с переходной экономикой – в том числе и в Узбекистане – измерить фактический уровень дохода граждан бывает затруднительно.

8.3. Вопросы равноправия

Равноправие стало одним из ключевых элементов оценки систем здравоохранения. В данном разделе в узбекской системе здравоохранения вопросы равноправия рассматриваются в двух направлениях: вертикальном и горизонтальном.

Обеспечение вертикального равноправия

В настоящее время ядром системы здравоохранения Узбекистана является государственная, финансируемая за счет налогов система, а доля частного сектора является незначительной. Косвенное налогообложение приводит к увеличению неравенства в экономическом положении, следовательно, с точки зрения принципа вертикального равноправия, является регрессивным: в пропорциональном отношении богатые платят меньше, чем бедные. Прямое же налогообложение способствует обеспечению вертикального равноправия, так как богатые в пропорциональном отношении платят больше, чем бедные. Можно сказать, что узбекская система здравоохранения находится ближе к тому концу шкалы, где принцип вертикального равноправия обеспечивается в наименьшей степени. Это обусловлено тем, что государственные расходы на здравоохранение обеспечиваются за счет пропорциональных поступлений в государственный бюджет от различных источников, при этом на долю прямых налогов приходится 18% государственного бюджета, а на долю косвенных (в том числе ресурсных) – 47% (см. главу 3).

Не способствует обеспечению вертикального равноправия и наличие платных медицинских услуг в частном и государственном секторах. Частный сектор функционирует независимо от государственного, и в частном секторе выручка не используется непосредственно на субсидирование медицинского обслуживания малоимущих.

И хотя теоретически до 20% услуг частного сектора должны быть доступны для льготных категорий населения, которые впоследствии должны получать возмещение своих расходов из средств госбюджета (Президент Республики Узбекистан, 1998), на практике все государственные средства поступают в государственные медицинские учреждения. Поскольку косвенных субсидий в Узбекистане нет, то для малоимущих слоев населения услуги частного сектора, как правило, недоступны. Пациенты обращаются в частный сектор, чтобы получить более высокое качество обслуживания, хотя качество самой медицинской помощи там не обязательно выше, чем в государственном секторе.

В государственном секторе же, напротив, доходы от платных услуг косвенно субсидируют медицинскую помощь малоимущим. Основная масса этих доходов инвестируется в материально-техническую базу медицинских учреждений, что в равной степени выгодно как бедным, так и богатым пациентам. Прогрессивный индекс Каквани, служащий оценкой прогрессивности или регрессивности налогообложения, для Узбекистана вычислить невозможно.

Обеспечение горизонтального равноправия

В Узбекистане, как в стране с переходной экономикой, существует как официальный, так и неофициальный сектор экономики. Оценки размеров теневого сектора узбекской экономики в разных источниках различны. Если говорить только об официальном секторе с едиными ставками государственных налогов, то узбекская система здравоохранения может считаться системой горизонтального равноправия – лица с одинаковым уровнем дохода платят одинаковую сумму на здравоохранение. Однако наличие частного сектора здравоохранения, платных услуг в государственном секторе и теневого сектора экономики делает эту систему менее справедливой. И поскольку эти факторы трудно оценить количественно, то определить место узбекской системы здравоохранения в шкале горизонтального равноправия также довольно трудно.

8.4. Качество медицинской помощи

Системы здравоохранения, обеспечивающие высококачественную медицинскую помощь, содействуют улучшению состояния здоровья населения и укреплению доверия общества по отношению к системе.

В общем, воспринимаемое качество помощи может как способствовать, так и препятствовать ее доступности.

В Узбекистане обеспечение качества медицинской помощи стало одним из государственных приоритетов, и со второй половины 1990-х гг. в целях модернизации и реорганизации первичного, вторичного и третичного звеньев медицинской помощи, а также служб скорой помощи был мобилизован значительный объем внешних и внутренних ресурсов (см. главы 3 и 7). И хотя достоверные данные о том, в какой мере эти инвестиции повлияли на доступность медицинской помощи отсутствуют, можно надеяться, что вложения в инфраструктуру, оборудование и подготовку кадров способствовали улучшению доступности качественного медицинского обслуживания, что в свою очередь обусловило повышение доверия общества к системе здравоохранения в целом.

Однако для обеспечения улучшений в состоянии здоровья населения (что, в конечном счете, и является основной целью любой системы здравоохранения) одних только инвестиций в медицинское оборудование, подготовку кадров и реорганизацию недостаточно. Ключевым элементом для достижения этой цели является клиническая практика. Современная медицина перешла от практики, основывающейся на мнениях и личном опыте отдельных специалистов, к практике, в основе которой лежит сочетание системного анализа и заключений, учитывающих как ситуативные, так и индивидуальные факторы. Можно предположить, что по качеству медицинской помощи бывший СССР значительно отставал от стран Западной Европы, даже с учетом различий в ресурсах здравоохранения (Rowland 1991). И хотя достоверных данных о качестве медицинской помощи в Узбекистане нет, повсеместно признается, что оно нуждается в существенных улучшениях, а некоторые применяемые в настоящее время методы, например опасные и ненужные инъекции, даже вредны для здоровья.

В этом направлении недавно были предприняты определенные шаги, самым важным из которых является создание Центра доказательной медицины. Этот центр уже выпустил несколько клинических руководств, составленных на основе международных рекомендаций (см. раздел 4.2). Кроме того, международные организации реализовали ряд инициатив, направленных на повышение осведомленности лиц, отвечающих за разработку политического курса; к таким инициативам можно отнести проведение под руководством проекта ЮСЭЙД «ЗдравПлюс» региональной международной конференции по вопросу повышения качества медицинской помощи, которая состоялась в Ташкенте в 2004 г.

Для целей дальнейшего повышения качества медицинской помощи в узбекской системе здравоохранения особую важность представляют три элемента. Во-первых, необходимо расширить возможности Центра доказательной медицины, как в качественном отношении, так и в количественном, поскольку в настоящее время там работает всего шесть человек. Во-вторых, центр мог бы не ограничиваться принятием международных клинических руководств, но заниматься также оценкой медицинских технологий и проводить программы в области повышения качества. В-третьих, одной из ключевых составляющих инициатив по повышению качества должно стать изменение устоев врачебной практики. В инициативах по повышению качества должны быть отражены все три составляющих качества медицинской помощи: содержание (клинические руководства и протоколы), оказание помощи (процессы) и мониторинг и оценка (результаты). В узбекской системе здравоохранения, где механизмы административного контроля достаточно развиты, можно было бы довольно быстро ощутить выгоды грамотно спланированных и реализованных инициатив по повышению качества, благодаря которым улучшился бы доступ к качественному медицинскому обслуживанию. В настоящее время для этого открылись большие возможности, так как Всемирный банк и Азиатский банк развития выделили кредиты на модернизацию первичного звена здравоохранения. Три проекта в области повышения качества клинической помощи, начатые в Ферганской области в 2003 г., представляют хорошую платформу для выявления более общих проблем системы здравоохранения и их решения, а также для расширения инициативы по повышению качества медицинской помощи в общенациональном масштабе.

8.5. Эффективность системы здравоохранения

Структурная эффективность

При оценке структурной эффективности системы здравоохранения важны три элемента:

- количественная и качественная оценка потребностей населения в медицинской помощи должна производиться на уровне системы здравоохранения;

- необходимо иметь точные данные о расходах на здравоохранение и о распределении ресурсов: сколько, как и где именно происходит расходование ресурсов на здравоохранение;
- должны быть соответствующие медицинские услуги, с помощью которых можно удовлетворить потребности населения, и эти услуги должны использоваться эффективно.

В последние годы стали проводиться количественные оценки удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи, и эти оценки могут использоваться для определения ее стандартов. Например, в соответствии с современными стандартами качества, больные диабетом должны ежегодно проходить осмотр сетчатки глаза, каждые полгода – осмотр у стоматолога; если они старше 30 лет – регулярно принимать аспирин, и т. п. Если число диабетиков известно, то такие стандарты позволяют оценить потребности в медицинской помощи этой группы населения в отношении ведения диабета, а это в свою очередь поможет создать систему здравоохранения, которая в состоянии удовлетворить эти потребности – например, в том, что касается численности офтальмологов и стоматологов. В Узбекистане такие методы оценки потребностей не применяются. Вместо этого при распределении ресурсов за основу берутся более общие косвенные показатели потребностей населения в медицинской помощи.

Так как в государственном и частном секторах процессы распределения ресурсов осуществляются по-разному, то и структурная эффективность этих секторов тоже разная. В государственном секторе распределение ресурсов производится в плановом порядке, в соответствии с установленными стандартами и протоколами, зачастую основывающимися на географических и демографических показателях. В частном секторе же определяющими факторами являются рыночные силы.

С точки зрения структурной эффективности распределение государственных ресурсов в Узбекистане в первичном, вторичном и третичном звеньях медицинской помощи происходит по-разному. В государственном секторе ПМСП оно чаще всего привязано к численности обслуживаемого контингента (см. главы 6 и 7). В целом, численность населения является одним из косвенных показателей потребностей в медицинской помощи, так как в территориальных образованиях Узбекистана распределение таких переменных, как доход населения и уровень образования, является относительно

равномерным с географической точки зрения. Исключения составляют такие крупные города, как Ташкент, где в некоторых богатых кварталах проживает больше зажиточного населения с различными потребностями в медицинской помощи и разными подходами к ее потреблению.

Финансирование вторичного и третичного звеньев стационарной медицинской помощи по-прежнему производится на основании соответствующих нормативов, уровня производственных затрат и расходов прошлых лет (см. раздел 3.6). По идее, такой способ финансирования должен способствовать оказанию медицинской помощи, в большей степени отвечающей потребностям населения, т. е. обеспечивать более высокую структурную эффективность. Однако это возможно только в том случае, если отсутствуют стимулируемый врачами спрос, личные платежи граждан и иные барьеры, препятствующие доступу населения к медицинской помощи.

В частном секторе и в четырех пилотных центрах высокоспециализированной медицинской помощи (см. главы 6 и 7) определяющими факторами распределения ресурсов являются рыночные силы. В этих случаях ресурсы выделяются в соответствии с фактическим спросом, но не в соответствии с потребностями населения в медицинской помощи, что приводит к низкой структурной эффективности.

В узбекской системе здравоохранения структурная эффективность зависит также от затрат на здравоохранение на разных уровнях. По данным Министерства здравоохранения, государственные расходы на финансирование стационарной помощи с середины 1990-х гг. значительно сократились – с 75,9% всех государственных расходов в 1995 г. до 51,1% в 2004 г. За первые девять месяцев 2005 г. расходы на финансирование стационарной помощи составили 44,6% (из личной беседы с сотрудником Министерства здравоохранения). С учетом сокращения затрат на стационарную помощь, государственные средства были направлены в первичное звено здравоохранения. Поскольку большая часть потребностей населения в медицинской помощи может и должна удовлетворяться на уровне первичного звена, то такое перераспределение средств должно было обеспечить более высокую структурную эффективность.

Структурную эффективность узбекской системы здравоохранения можно оценить только в общих чертах, но более точную ее оценку произвести трудно, поскольку необходимые для этого данные

отсутствуют. Регулярные оценки потребностей населения в медицинской помощи в Узбекистане не проводятся, и данных о качестве медицинской помощи нет.

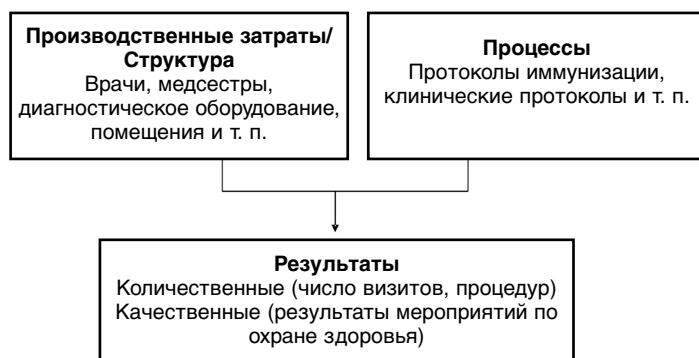
Результативность системы здравоохранения

По идее, систему здравоохранения можно описать как производственный процесс, т. е. в терминах производственных затрат, процессов и результатов (см. рис. 8.1). Говоря о результативности узбекской системы здравоохранения, следует учитывать два аспекта результатов ее деятельности: количественный и качественный.

Количественный аспект

С этой точки зрения описать результативность гораздо легче, так как здесь речь пойдет только о количественных показателях – например, о числе посещений, операций, консультаций или визитов врачей на дом. В советской системе здравоохранения для целей планирования и оценки в основном использовались именно эти виды показателей эффективности. Так, например, в СССР собирали данные о числе визитов в день в расчете на каждого врача и о числе врачей или медсестер на определенное количество больничных коек. Этот количественный подход по-прежнему используется в Узбеки-

Рис. 8.1. Производственный процесс в системе здравоохранения



Источник: схема составлена авторами обзора.

стане как основной способ измерения эффективности системы здравоохранения.

На момент составления данного обзора данных о результативности отдельных организаций или системы здравоохранения в целом не было. Тем не менее некоторые предположения о произошедших в последнее время изменениях сделать все-таки можно. Вероятно, две инициативы, реализованные после провозглашения независимости, способствовали повышению результативности стационарной помощи в государственном секторе. Речь идет о введении платежей пациентов за стационарную помощь и о новых протоколах лечения. Введение платы за стационарную помощь привело к значительному снижению повышенного спроса на стационарные услуги, которое являлось результатом укоренившейся с советских времен точки зрения, в соответствии с которой стационарная помощь традиционно считалась более высокого качества и была более предпочтительной по сравнению с услугами первичного звена. Снижение спроса также являлось следствием увеличивающейся неплатежеспособности населения в связи с переходным экономическим периодом.

Второй инициативой, которая могла способствовать повышению результативности стационарной помощи, является разработка Министерством здравоохранения новых протоколов лечения, в соответствии с которыми были ограничены продолжительность госпитализации и время, необходимое на проведение диагностических обследований в условиях стационара. В советской системе продолжительность госпитализации была высокой, и зачастую, прежде чем начать лечение пациента, много дней уходило на одни только диагностические обследования. Средняя продолжительность пребывания в стационаре была сокращена с 12 дней в 2000 г. до 10,6 дня в 2005 г. (UNDP Uzbekistan & Uzbek State Committee on Statistics, 2006).

Результативность первичного звена здравоохранения, вероятно, также повысилась после реформ благодаря введению новых механизмов финансирования, основанных на подушевых нормативах, которые обеспечивают заинтересованность медицинских кадров в повышении эффективности работы при проведении консультаций и иммунизаций. Косвенными показателями повышения результативности можно считать увеличение числа амбулаторных посещений и повышение уровней иммунизации (World Bank, 2005).

Качественный аспект

Качественный аспект касается результатов мероприятий по охране здоровья как результата деятельности системы здравоохранения в целом. Такой подход более всего уместен при оценке достижения главной цели системы здравоохранения – улучшения состояния здоровья населения. Число посещений и операций не обязательно напрямую связано с улучшением результатов мероприятий по охране здоровья, и ценность этих показателей бывает лишь относительной.

С точки зрения качества оценки результативности могут отличаться в зависимости от вида результатов мероприятий по охране здоровья. В узбекской системе здравоохранения результативность может быть различной применительно к инфекционным и неинфекционным заболеваниям. В области контроля инфекционных заболеваний в советской системе здравоохранения были разработаны и соблюдались четкие протоколы и организационные показатели, которые в Узбекистане остаются в силе до сих пор. Несмотря на трудные экономические условия, в стране достигнуты высокие уровни иммунизации и вакцинации против ряда инфекций. Так, например, уровни иммунизации против столбняка, кори и дифтерита в Узбекистане сопоставимы с аналогичным средним показателем по ЕС 15 (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Однако в том, что касается борьбы с такими инфекционными заболеваниями, как туберкулез и ВИЧ/СПИД, и большинством неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистыми и болезнями органов дыхания), результаты мероприятий по охране здоровья очень низки по сравнению с теми, которые достигнуты в странах Западной Европы. Так, в 2003 г. уровень заболеваемости туберкулезом в Узбекистане был в 8 раз выше, чем в странах ЕС 15, стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от болезней печени и цирроза был выше в 4 раза, а стандартизованный по возрасту коэффициент смертности от болезней системы кровообращения и ИБС в возрастной группе 0–64 года был почти в пять раз выше среднего показателя по ЕС 15 (WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). И хотя на эти показатели оказывают влияние очень многие факторы, не имеющие отношения к здравоохранению, по-видимому, они все же свидетельствуют о низкой результативности системы здравоохранения в Узбекистане. Кроме того, официальные показатели заболеваемости неинфекционными болезнями в Узбекистане, скорее всего, занижены, что связано с ограничением доступа к медицинской помощи (которое обусловлено

в том числе введением личных платежей граждан за медицинские услуги и отсутствием лекарств) и неправильной диагностикой (т. е. низким качеством медицинской помощи).

В развитых системах здравоохранения свою роль в улучшении результатов мероприятий по охране здоровья, связанных с этими заболеваниями, сыграли разработка и реализация соответствующих клинических процессов и протоколов. В Узбекистане также реализован ряд аналогичных инициатив, в том числе программа «Интегрированное ведение болезней детского возраста». Повышению результативности узбекской системы здравоохранения может способствовать укрепление, расширение и совершенствование этого подхода в целях разработки, реализации и мониторинга клинических процессов и результатов мероприятий по охране здоровья.

9. Заключение

После распада СССР все бывшие советские республики приступили к созданию новых, независимых политических и экономических систем, а также новых систем здравоохранения. В Узбекистане основные реформы здравоохранения начались во второй половине 1990-х гг. В 1996 г. вступил в силу закон «Об охране здоровья граждан», в котором было изложено видение новой системы здравоохранения страны. В соответствии с этим в Узбекистане были произведены серьезные преобразования, организационные изменения и финансовые реформы системы здравоохранения. Благодаря твердой приверженности правительства курсу реформ многих из поставленных целей удалось достичь. Однако в узбекской системе здравоохранения по-прежнему имеет место ряд серьезных проблем.

Важным элементом реформ стало введение программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению. Эта мера была нацелена на то, чтобы в условиях дефицита ресурсов использовать их для решения наиболее приоритетных задач, а также в целях повышения действенности, эффективности, доступности и качества медицинской помощи. Однако в странах с переходной экономикой, где бюджет здравоохранения сравнительно невелик, значительная часть населения может оказаться не обеспеченной основными медицинскими услугами. В Узбекистане для большинства населения ряд основных услуг, в том числе вторичная и третичная медицинская помощь и медикаментозная помощь при амбулаторном лечении, не вошел в программу государ-

ственных гарантий. Это породило много проблем – в частности, увеличение нагрузки на службу экстренной помощи, которая оснащена сравнительно неплохо и услуги которой официально являются бесплатными. В настоящее время служба экстренной помощи, по-видимому, выполняет функцию системы социальной защиты; но при этом она испытывает перегрузку в связи с большим наплывом пациентов, что приводит к неэффективному использованию ресурсов. Пациенты, нуждающиеся во вторичной или третичной медицинской помощи или лекарствах при амбулаторном лечении, но не относящиеся к льготным категориям, чаще склонны поступать в службу экстренной помощи на более поздних стадиях заболевания, что связано с осложнениями и, вероятнее всего, необходимостью более дорогостоящего обслуживания. В целом вероятнее, что доступ к вторичной и третичной медицинской помощи за последние годы ухудшился, и одним из серьезных препятствий к доступу к медицинской помощи и лекарствам, особенно для малоимущих групп населения, являются личные платежи граждан (как официальные, так и неофициальные).

В то время как в результате децентрализации в государственном секторе эффективность работы отдельных учреждений здравоохранения возросла, на системном уровне отсутствие координации привело к неэффективности в определенных сферах, связанных, например, с дублированием лабораторных диагностических исследований и медицинских услуг. Однако при грамотном подходе к этому вопросу успехи в области компьютеризации и механизмы обеспечения качества способствовали бы устранению имеющихся недостатков. Повсеместное введение платных услуг и практика неофициальных платежей породили стимулы для увеличения количества медицинских услуг, вне зависимости от того, нужны ли они пациенту на самом деле или нет.

Еще одной проблемой узбекской системы здравоохранения является качество, и в этом направлении были предприняты значительные усилия по повышению информированности руководителей и организаторов здравоохранения. Благодаря проектам, проводимым при поддержке международных организаций, растет местный потенциал в области повышения качества медицинской помощи и предоставления высококачественных медицинских услуг. В этой связи важнейшими являются три элемента: (1) доступность для всех медицинских работников новейшей медицинской информации, (2) проведение программ непрерывного медицинского образования, в которых особое внимание уделяется навыкам самообразования,

и (3) проведение программ по повышению качества, предусматривающих непрерывный мониторинг соответствующих показателей.

В настоящее время доступ к новейшей медицинской информации в Узбекистане затруднен по трем причинам. Во-первых, доступ к Интернету и другим источникам медицинской информации (например, к международным рецензируемым научным журналам) есть только у крупных поставщиков медицинских услуг и образовательных учреждений. Во-вторых, даже при наличии Интернета медицинская информация зачастую бывает недоступна, так как доступ к соответствующим ресурсам является платным, а поставщики медицинских услуг и медицинские работники не могут себе позволить внести абонентскую плату (или плату за подписку на нужное издание). Помочь решить эту проблему может расширение спектра бесплатных ресурсов – например, в рамках Инициативы по обеспечению доступа к результатам исследований в области здравоохранения посредством Интернета (HINARI) или проектов британского Национального института качества медицинской помощи (NICE). Третьим и наиболее серьезным барьером является языковой. Большинство медицинских работников в Узбекистане плохо знают английский язык, и поэтому их возможности по части доступа к источникам новейшей медицинской информации сильно ограничены. Одним из путей скорейшего решения этой проблемы может стать создание местных медицинских интернет-ресурсов, но с точки зрения долгосрочных стратегий повышения качества важнейшим вопросом является включение в учебные планы медицинских вузов углубленного курса английского языка.

Были предприняты некоторые шаги по включению в процессы лицензирования и переаттестации медицинских работников пунктов, касающихся самообразования. Планируемая система непрерывного медицинского образования, в которой предполагается учитывать наличие у медицинских работников соответствующих документов об образовании (portfolio) и других показателей самообразования, может способствовать повышению качества медицинской помощи. Кроме того, разрабатывается ряд специальных программ, направленных на скорейшее повышение качества по определенным заболеваниям и направлениям. Неотъемлемым элементом этих программ должен быть непрерывный мониторинг соответствующих показателей качества.

В соответствии с концепциями постоянного повышения качества и обучения в течение всей жизни, в систему преддипломного и последипломного медицинского образования следует включить обучение методам доказательной медицины и методам самообразования.

Проблему высокой стоимости доступа к новейшей медицинской информации можно обойти путем более широкого использования интернет-ресурсов (в частности, PubMed) и других электронных источников информации (например, образовательного программного обеспечения).

Следует предусмотреть выделение большего объема ресурсов на проведение исследований в области медицинских услуг, которые позволят лучше оценить реформы, более эффективно использовать ресурсы и обеспечить более информированное принятие решений. Это упростит переход к подходам по принятию решений, основанных на доказательствах, и будет способствовать развитию местного кадрового потенциала.

Одной из необходимых предпосылок для перехода к принятию решений, основанных на доказательствах, является сбор данных, предусматривающий в том числе качественные аспекты медицинской помощи – например, проведение регулярных исследований удовлетворенности пациентов и обеспечение соблюдения правил надлежащей клинической практики. С учетом дефицита ресурсов, сбор данных первоначально может быть ориентирован только на определенные приоритетные области – например, охрана здоровья матери и ребенка или онкологические заболевания. Пока что информационная система здравоохранения является перегруженной и носит фрагментированный характер.

Еще одним элементом узбекской системы здравоохранения, которого процесс реформ пока не коснулся, является система санитарно-эпидемиологического надзора. Этим обусловлено сильнейшее отставание Узбекистана в области борьбы с неинфекционными болезнями, факторами риска, связанными с образом жизни, и социально-экономическими факторами, оказывающими негативное влияние на здоровье.

После того как в Узбекистане были введены платные медицинские услуги и другие рыночные механизмы, поставщики медицинских услуг, по-видимому, стали иногда использовать в своих интересах имеющийся в медицине факт информационной асимметрии. Несмотря на то что медицинские услуги относятся к категории тех, которые входят в сферу компетенции Агентства по защите прав потребителей, каких-либо специальных схем по защите от мошенничества или ненадлежащего лечения в Узбекистане нет. Создание такой схемы могло бы способствовать повышению эффективности и качества здравоохранения в стране и внести свой вклад в защиту прав пациентов.

10. Приложения

10.1. Библиография

Aleshina N, Redmond G (2003). *How high is infant mortality in central and eastern Europe and the CIS?* Florence, Innocenti Research Centre (Innocenti Working Paper No. 99).

Asian Development Bank (2004). *Report and recommendation of the President to the Board of Directors on a Proposed Loan and Technical Assistance Grant to the Republic of Uzbekistan for the Woman and Child Health Development Project*, August 2004. Tashkent, Asian Development Bank (<http://www.adb.org/Documents/RRPs/UZB/rrp-uzb-36509.pdf>, accessed 25 April 2007).

Belli P, Gotsadze G, Shahriari H (2004). Out-of-pocket and informal payments in the health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1): 109–123.

Кабинет министров Республики Узбекистан (1994). *Постановление Кабинета министров от 6 августа 1994 г. № 404 «О неотложных мерах по улучшению снабжения и распределения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в республике»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (1995). *Постановление Кабинета министров № 181 от 25 мая 1995 г. «О государственном контроле качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов лечебно-профилактического питания»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (1997). *Постановление Кабинета министров от 2 декабря 1997 г. № 532 «О совершенствовании системы финансирования лечебно-профилактических учреждений»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (1998). *Постановление Кабинета министров № 236 от 1 июня 1998 г. «О мерах по ускорению реализации проекта реформ первичного звена здравоохранения в рамках займа Международного банка реконструкции и развития»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (1999а). *Постановление Кабинета министров № 18 от 14 января 1999 г. «О совершенствовании управления в системе здравоохранения Республики Узбекистан» (с изменениями и дополнениями, внесенными Постановлением № 150 от 1 мая 2002 г. и Постановлением № 53 от 31 января 2003 г.)*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (1999б). *Постановление Кабинета министров № 414 «О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций» от 3 сентября 1999 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (2001). *Постановление Кабинета министров № 68 «О государственной программе “Мать и ребенок” от 5 февраля 2001 года*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (2002). *Постановление Кабинета министров № 200 «О мерах по дальнейшему развитию компьютеризации и внедрению информационно-коммуникационных технологий» от 6 июня 2002 года*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (2003). *Постановление Кабинета министров № 90 от 27 февраля 2003 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.

Кабинет министров Республики Узбекистан (2006). *Постановление Кабинета министров № 207 от 2 октября 2006 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.

Cashin C (2001). *Access to health care in rural Ferghana oblast, Uzbekistan*. Tashkent, Study prepared by ZdravPlus for USAID.

CIA (2006). World Fact Book [web site]. Washington, D.C., Central Intelligence Agency (<https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/index.html>, accessed 23 April 2007).

Информационно-коммуникационные технологии Узбекистана (2006). *Подведены итоги работы сферы связи и информатизации за девять месяцев 2006 года*. Ташкент, УзинфоКом (http://ru.info-com.uz/more.php?id=A1880_0_1_0_M, по состоянию на 30 декабря 2006 г.).

Fierman W (1997). Political development in Uzbekistan: democratization? In: Dawisha K, Parrott B, eds. *Conflict, cleavage, and change in central Asia and the Caucasus*. Cambridge, Cambridge University Press: 360–408.

Gilmore AB, Collin J, McKee M (2006). British American Tobacco's erosion of health legislation in Uzbekistan. *British Medical Journal*, 332(7537):355–358.

Ilkhamov FA, Jakubowski E, Hakioff S (ed.) (2001). *Health care systems in Transition: Uzbekistan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Institute of Health (2006). *Statistical data on activities of health facilities in Uzbekistan in 2005*. Tashkent, Institute of Health of Uzbekistan.

IRIN/PlusNews (2006). *Uzbekistan: Interview with Aziz Khudoberdiev, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. 21 April 2006. New York, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (<http://www.irinnews.org/report.aspx?reportid=34240>, accessed 23 April 2007).

Kamatsuchi M (2006). *Macroeconomic growth barriers in Uzbekistan. Nutritional focus*. World Bank Health, Nutrition, Population Unit, Human Development Network (HDNHE). Washington, D.C., World Bank.

Каримов С. И. и др. (1998). *Проблемы и перспективы здравоохранения в Узбекистане*. Ташкент, Мир экономики и права.

Кучкаров Д., Хайдаров А. и др. (2004). *Местные бюджеты через призму проблем*. Экономическое обозрение, 6:4–13.

Langenbrunner J, Salikhova F, Karimova D (2006). *Physician payment reform in Uzbekistan: early results and impact analysis*. Washington, D.C., World Bank (Draft).

Lippeveld T [unpublished paper, 2002]. *Trip report: Health information systems and M&E for primary health care in Uzbekistan* [unpublished report]. 27 July 2002, Tashkent.

Measure DHS (1997). *Uzbekistan Demographic Health Examination Survey (UHES) 1996*. Calverton, MD, Measure Demographic and Health Surveys (http://www.measuredhs.com/pubs/search/search_results.cfm, accessed 23 April 2007).

Measure DHS (2004). *Uzbekistan Health Examination Survey (UHES) 2002*. Calverton, MD, Measure Demographic and Health Surveys (http://www.measuredhs.com/pubs/search/search_results.cfm, accessed 23 April 2007).

MDS (2004) [web site]. Tashkent, Medical Diagnostics Services (www.mds.uz, accessed 10 September 2004).

Министерство финансов Республики Узбекистан (2006) [веб-сайт]. (www.mf.uz, по состоянию на 28 декабря 2006 г.).

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (1996). *Постановление № 687 от 1 октября 1996 г.* Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (1998). *Службы общественного здравоохранения и здоровье населения в Республике Узбекистан, 1997*. Ташкент, Управление медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2000). *Методическое руководство по добровольному медицинскому страхованию. № 18 от 8 февраля 2000 г.* Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2001). *Постановление № 521 от 28 ноября 2001 г. об утверждении положения о технических требованиях по хранению, распространению, обороту и регистрации наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров*. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2002). *Постановление № 6/25 от 28 июня 2002 г.* Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2003а). *Постановление № 96 от 3 марта 2003 г.* Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2003б). *Постановление № 508 от 18 ноября 2003 г.* Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2004а). *Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 535 от 6 декабря 2004 г. «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».*

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2004б). *Отчет о заседании Коллегии Министерства здравоохранения [неопубликованный документ].* Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан (2006). *Отчет Центра лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов.* Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.

Nishino Y (2002). *A Qualitative Assessment of People's Interactions with Health Institutions: Formal and Informal Payments and Individual Histories of Coping with Economic Burdens.* Washington, D.C., World Bank (Background paper to the Uzbekistan Living Standards Assessment Report No. 25923-UZ).

Olson, CD (2003). *Health management information systems (HMIS) draft technical report.* Asian Development Bank Working Group, 25 November 2003. Tashkent, Asian Development Bank.

Project Hope (2007) [web site]. Millwood, VA, Health Opportunities for People Everywhere (www.projecthope.org, accessed 25 April 2007).

Президент Республики Узбекистан (1998). *Указ Президента Республики Узбекистан № УП-2107 от 10 ноября 1998 г. «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».* Ташкент, Республика Узбекистан.

Президент Республики Узбекистан (2002). *Указ Президента Республики Узбекистан от 20 февраля 2002 года № УП-3029 «О совершенствовании организации научно-исследовательской деятельности».* Ташкент, Республика Узбекистан.

Президент Республики Узбекистан (2003). *Указ Президента Республики Узбекистан от 26 февраля 2003 года № УП-3214 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Президент Республики Узбекистан (2005a). *Постановление Президента Республики Узбекистан от 6 декабря 2005 г. «О совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Президент Республики Узбекистан (2005b). *Указ Президента Республики Узбекистан от 14 июня 2005 г. № УП-3619 «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы правовой защиты субъектов предпринимательства»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Президент Республики Узбекистан (2005c). *Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-117 от 8 июля 2005 г. «О дополнительных мерах по дальнейшему развитию информационно-коммуникационных технологий»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Президент Республики Узбекистан (2006). *Постановление Президента Республики Узбекистан от 7 августа 2006 года № ПП-436 «О мерах по совершенствованию координации и управления развитием науки и технологий»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Республика Узбекистан (1992). *Конституция Республики Узбекистан*. Ташкент, Республика Узбекистан [вступила в силу 8 декабря 1992 г.].

Республика Узбекистан (1993a). *Закон «О Кабинете министров Республики Узбекистан», принятый 6 мая 1993 г.* Ташкент, Республика Узбекистан (<http://www.gov.uz/ru/ctx.scm?sectionId=4926&contentId=5013>, accessed 25 April 2007).

Республика Узбекистан (1993b). *Закон «О судах», раздел 4, 3 сентября 1993 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.

Республика Узбекистан (1993c). *Закон «О судах», раздел 63, 3 сентября 1993 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.

Республика Узбекистан (1996). *Закон Республики Узбекистан от 29.08.1996 г. № 265-I «Об охране здоровья граждан»*. Ташкент, Республика Узбекистан.

Республика Узбекистан (2002). *Закон «Об обращениях граждан», 13 декабря 2002 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.

Республика Узбекистан (2005). Закон «О внесении изменений и дополнений в Налоговый кодекс Республики Узбекистан», принятый Законодательной палатой парламента 1 декабря 2005 г. и утвержденный сенатом 3 декабря 2005 г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Республика Узбекистан (2006). Закон № ЗРУ-74 «О внесении изменений и дополнений в Налоговый кодекс Республики Узбекистан», 29 декабря 2006 г. Ташкент, Республика Узбекистан.

Республика Узбекистан (2007а). Портал государственной власти Республики Узбекистан [веб-сайт]. Ташкент, Республика Узбекистан (<http://www.gov.uz/en/ctx.scm?sectionId=119&contentId=1947>, по состоянию на 25 апреля 2007).

Республика Узбекистан (2007б). Портал государственной власти Республики Узбекистан [веб-сайт]. Ташкент, Республика Узбекистан (<http://www.gov.uz/en/ctx.scm?sectionId=119&contentId=1929>, по состоянию на 25 апреля 2007).

Rowland D (1991). Soviet health care from two perspectives. *Health Affairs*, 10(3):71–86.

Streveler D (2004). *Strategic evaluation of health management information systems in Uzbekistan. Consultancy report*. Tashkent, World Bank.

UNAIDS (2005). Eastern Europe and Central Asia Fact Sheet, UNAIDS Epidemic Update 2005 [web site]. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_en/Epi05_07_en.pdf, accessed 23 April 2007).

UNAIDS/WHO (2004). UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, Uzbekistan Update 2004 [web site]. Geneva, Joint United Nations Programme on ВИЧ/СПИД & World Health Organization working group on global HIV/AIDS and STI surveillance (<http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/EFS2004/index.asp?strSelectedCountry=UZ>, accessed 23 April 2007).

UNDP Uzbekistan (2006a). Development Assistance Database of Uzbekistan [web site]. Tashkent, United Nations Development Programme Uzbekistan (www.dad.uz, accessed 30 December, 2006).

UNDP Uzbekistan (2006b). *Health for all: a key goal for Uzbekistan in the new millennium*. Tashkent, United Nations Development Programme Uzbekistan.

UNDP Uzbekistan & Uzbek State Committee on Statistics (2006). *Statistical Bulletin 4: Health care in Uzbekistan: facts and figures*. Tashkent, United Nations Development Programme Uzbekistan (<http://www.undp.uz/publications/publication.php?id=63>, accessed 23 April 2007).

UNFPA (2006). *State of world population 2006*. New York, United Nations Population Fund.

UNIC (2006) [web site]. Tashkent, Uzbekinvest National Export-Import Insurance Company (www.unic.gov.uz/eng, accessed 28 December 2006).

UNICEF (2000). *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), Republic of Uzbekistan 2000*. New York, United Nations Children's Fund (<http://www.childinfo.org/MICS2/newreports/uzbekistan/uzbekistan.PDF>, accessed 23 April 2007).

UNICEF (2006). Country statistics [web site]. New York, United Nations Children's Fund (http://www.unicef.org/infobycountry/uzbekistan_statistics.html, accessed 27 December 2006).

United Nations Cartographic Section (2007) [web site]. Map of Uzbekistan, No. 3777, Rev. 6. New York, United Nations Cartographic Section DPKO (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/uzbekist.pdf>, accessed 23 April 2007).

University of St Andrews (1999). Abu Ali al-Husain ibn Abdallah ibn Sina [Avicenna] [web site]. St Andrews, University of St Andrews MacTutor History of Mathematics archive (<http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Mathematicians/Avicenna.html>, accessed 10 September, 2004).

УЗА (2006а). *Совместный пресс-релиз Правительства и Центрального банка Республики Узбекистан и миссии Международного валютного фонда*, 14 декабря 2006. Ташкент, Национальное информационное агентство Узбекистана (<http://www.uza.uz/business/index.php?id1=15410>, по состоянию на 27 декабря 2006).

УЗА (2006б) *Количество абонентов сотовой связи в Узбекистане превысило 300 тысяч, 27 декабря 2003*. Ташкент, Национальное информационное агентство Узбекистана (<http://uza.uz/tech/index.php?id1=136>, по состоянию на 30 декабря 2006).

Uzreport Business Information Portal (2004). *Outcomes of the implementation of the “Procter and Gamble” programmes in Uzbekistan*. Tashkent, Uzreport Business Information Portal (www.uzreport.com, accessed September 27 2004).

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2004). WHO Statistical Information System (WHOSIS) (Mortality and health status) [web site]. Causes of death – estimates. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whosis/en/>, accessed 25 April 2007).

WHO (2005). WHO Statistical Information System (WHOSIS) [web site]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whosis/en/>, accessed 27 October 2005).

WHO (2006). WHO Statistical Information System (WHOSIS) [web site]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whosis/en/>, accessed 25 April 2007).

WHO Regional Office for Europe (2007). Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) [база данных вне Интернета]. Копенгаген, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (данные на январь)

World Bank (2003). *Uzbekistan Living Standards Assessment*. Washington, D.C., World Bank (Report No. 25923-UZ).

World Bank (2004a). *Millennium Development Goals for health in Europe and central Asia*. Relevance and policy implications. Washington, D.C., World Bank (World Bank Working Paper No. 33).

World Bank (2004b). *Project appraisal document for the Health II Project*. Tashkent, World Bank (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/08/23/000090341_20040823100109/Rendered/PDF/284850UZ.pdf, accessed 25 April 2007).

World Bank (2005). *Implementation and completion report on the first Health project in Uzbekistan*. Tashkent, Uzbekistan (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/07/06/000090341_2005_0706121820/Rendered/PDF/32410.pdf, accessed 25 April 2007).

World Bank (2007). *World development indicators*. Washington, D.C., World Bank.

10.2. Полезные ссылки

Андижанский государственный медицинский институт

<http://www.andmi.uz>

Аптека.uz

<http://www.apteka.uz>

Eurasianet – Узбекистан

<http://www.eurasianet.org/resource/uzbekistan/index.shtml>

Взаимоотношения Евросоюза с Узбекистаном

http://ec.europa.eu/comm/external_relations/uzbekistan/intro/index.htm

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
(веб-страница Узбекистана)

<http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=UZB>

Портал государственной власти Республики Узбекистан

<http://www.gov.uz>

Клиника «МДС»

<http://www.mds.uz>

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

<http://www.gov.uz/en/section.scm?sectionId=2330>; <http://www.mzr.uz/>

Министерство финансов Республики Узбекистан

<http://www.mf.uz>

Институт «Открытое общество» – Узбекистан

<http://www.soros.org/about/foundations/uzbekistan>

Координатор ОБСЕ по Узбекистану

<http://www.osce.org/tashkent/>

Ташкентская медицинская академия

www.tma.uz

Школа общественного здравоохранения при Ташкентской медицинской академии

www.sph.uz

Ташкентский фармацевтический институт

<http://www.pharmi.uz>

ЮНЭЙДС (страница, посвященная Узбекистану)

http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/uzbekistan.asp

ЮНИСЕФ (страница, посвященная Узбекистану)

<http://www.unicef.org/uzbekistan/>

ПРООН (страница, посвященная Узбекистану)

www.undp.uz

ВОЗ (страница, посвященная Узбекистану)

<http://www.who.int/countries/uzb/en/>

Миссия Всемирного банка в Узбекистане

<http://www.worldbank.org.uz>

База данных ПРООН по Узбекистану

www.dad.uz

Проект «ЗдравПлюс»

<http://www.zplus.kz/>

10.3. Основные законодательные акты

Закон Республики Узбекистан «О принятии Конституции Республики Узбекистан» от 8 декабря 1992 г.

Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119 «Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи», 1992 г.

Закон Республики Узбекистан «О Кабинете министров Республики Узбекистан» от 6 мая 1993 г.

Закон Республики Узбекистан «О судах» от 3 сентября 1993 г.

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 404 от 6 августа 1994 г. «О неотложных мерах по улучшению снабжения и распределения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в республике».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 181 от 25 мая 1995 г. Постановление Кабинета министров № 181 от 25 мая 1995 г. «О государственном контроле качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов лечебно-профилактического питания».

Закон Республики Узбекистан № 265-I «Об охране здоровья граждан» от 29 августа 1996 г.

Постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 687 от 1 октября 1996 г.

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 532 от 2 декабря 1997 г. «О совершенствовании системы финансирования лечебно-профилактических учреждений».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 236 от 1 июня 1998 г. «О мерах по ускорению реализации проекта реформ первичного звена здравоохранения в рамках займа Международного банка реконструкции и развития».

Указ Президента Республики Узбекистан № УП-2107 от 10 ноября 1998 г. «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 100 от 9 марта 1999 г. «О реализации проекта реформ первичного звена здравоохранения в Ферганской области».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 414 от 3 сентября 1999 г. «О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций».

Закон Республики Узбекистан «О психиатрической помощи», принятый парламентом в 2000 г.

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 68 от 5 февраля 2001 года «О государственной программе “Мать и ребенок”».

Постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 521 от 28 ноября 2001 г. об утверждении положения о технических требованиях по хранению, распространению, обороту и регистрации наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров.

Указ Президента Республики Узбекистан от 20 февраля 2002 года № УП-3029 «О совершенствовании организации научно-исследовательской деятельности».

Постановление Кабинета министров № 77 от 4 марта 2002 г. «О мерах по усовершенствованию организации научно-исследовательской деятельности».

Указ Президента Республики Узбекистан от 31.05.2002 г. № УП-3080 «О дальнейшем развитии компьютеризации и внедрении информационно-коммуникационных технологий».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 200 от 6 июня 2002 г. «О мерах по дальнейшему развитию компьютеризации и внедрению информационно-коммуникационных технологий».

Постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 6/25 от 28 июня 2002 г.

Закон Республики Узбекистан № 402-П от 30 августа 2002 г. «О донорстве крови и ее компонентов».

Закон Республики Узбекистан «Об обращениях граждан», в редакции от 13 декабря 2002 г.

Указ Президента Республики Узбекистан от 26 февраля 2003 года № УП-3214 «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 90 от 27 февраля 2003 г.

Постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 96 от 3 марта 2003 г.

Постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 508 от 18 ноября 2003 г.

Постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 535 от 6 декабря 2004 г.

Постановление Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 30 от 25 января 2005 г. «О государственной программе “Год здоровья”».

Указ Президента Республики Узбекистан № УП-3619 от 14 июня 2005 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы правовой защиты субъектов предпринимательства».

Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-117 от 8 июля 2005 г. «О дополнительных мерах по дальнейшему развитию информационно-коммуникационных технологий».

Закон «О внесении изменений и дополнений в Налоговый кодекс Республики Узбекистан», принятый Законодательной палатой парламента 1 декабря 2005 г. и утвержденный сенатом 3 декабря 2005 г.

Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-229 от 1 декабря 2005 г. «О совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 276 от 21 декабря 2005 г. «Об утверждении усовершенствованной системы оплаты труда медицинских работников».

Постановление Президента Республики Узбекистан от 7 августа 2006 г. № ПП-436 «О мерах по совершенствованию координации и управления развитием науки и технологий».

Постановление Кабинета министров Республики Узбекистан № 207 от 2 октября 2006 г.

Закон Республики Узбекистан от 29 декабря 2006 г. № ЗРУ-74 «О внесении изменений и дополнений в Налоговый кодекс Республики Узбекистан».

10.4. Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные

национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 30 странам – членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет Индикаторы мирового развития, которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительствами. С января 2007 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входили 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 глав:

1. **Введение.** Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. **Организационная структура.** Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и опи-

сываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.

3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
5. **Материальные и трудовые ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
6. **Предоставление услуг.** В этой главе основное внимание уделяется потокам пациентов, организации и оказанию услуг, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативному уходу, психиатрической помощи, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию особых групп населения.
7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также

вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения.

9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
10. **Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Подготовка обзора «Системы здравоохранения: время перемен» представляет собой довольно сложный процесс. Он включает следующие этапы:

- составление и редактирование обзора. Зачастую для этого требуется несколько «итераций»;
- передача обзора на рассмотрение международных (национальных) экспертов и в Министерство здравоохранения страны. Авторы обзора должны принять к сведению замечания Министерства здравоохранения, но не обязаны включать их в окончательную редакцию обзора;
- передача обзора на рассмотрение редакторов и международной многопрофильной редакционной коллегии;
- подготовка окончательной редакции обзора, включая этапы технического редактирования и набора текста;
- распространение (распечатка, публикация в электронном формате, переводы и издание).

Редактор обзора оказывает его авторам всяческую поддержку на протяжении всего процесса подготовки и, находясь с ними в постоянном контакте, обеспечивает, чтобы все этапы этого процесса проходили максимально гладко и эффективно.

10.5. Сведения об авторах

Мохир Ахмедов окончил Второй Ташкентский медицинский институт (который в настоящее время переименован в Ташкентскую медицинскую академию). Там же прошел курс интернатуры по специальности «Внутренние болезни». Имеет степень магистра общественного здравоохранения, которую получил в Калифорнийском университете (Лос-Анджелес). В настоящее время сотрудничает с

различными международными организациями в качестве консультанта по системам и политике здравоохранения и является старшим преподавателем Школы общественного здравоохранения при Ташкентской медицинской академии.

Равшан Азимов окончил Медицинский институт в Ташкенте. Кандидат медицинских наук по специальности «Фармакология». По окончании института работал на различных научных и административных должностях во Втором Ташкентском медицинском институте: был заместителем декана, заведующим отделом международных связей, заведующим кафедрой общественного здоровья и менеджмента. В настоящее время является доцентом недавно образованной Школы общественного здравоохранения при Ташкентской медицинской академии.

Василя Алимова является заместителем начальника Управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Кандидат медицинских наук по специальности «Неврология».

Бернд Речел является научным сотрудником Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Почетный преподаватель Лондонской школы гигиены и тропической медицины, где ведет курс по политике здравоохранения. Имеет степень кандидата наук по специальности «российские и восточноевропейские исследования», которую получил в Университете Бирмингема (Великобритания).

Обзоры серии

«Системы здравоохранения: время перемен»

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.euro.who.int/observatory, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету *EuroObserver* и журнал *Eurohealth*. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу info@obs.euro.who.int



Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001e, 2006e)
Азербайджан (2004g)
Албания (1999, 2002a,g)
Андорра (2004)
Армения (2001g, 2006)
Бельгия (2000, 2007)
Болгария (1999, 2003b, 2007)
Босния и Герцеговина (2002g)
Бывшая Югославская Республика Македония (2000)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000e, 2004e,g)
Грузия (2002d,g)
Дания (2001, 2007)
Израиль (2003)

Исландия (2003)
 Испания (2000h)
 Италия (2001)
 Казахстан (1999g)
 Канада (2005)
 Кипр (2004)
 Кыргызстан (2000g, 2005g)
 Латвия (2001)
 Литва (2000)
 Люксембург (1999)
 Мальта (1999)
 Монголия (2007)
 Нидерланды (2004g)
 Новая Зеландия (2001)
 Норвегия (2000, 2006)
 Польша (1999, 2005)
 Португалия (1999, 2004, 2007)
 Республика Молдова (2002g)
 Российская Федерация (2003g)
 Румыния (2000f)
 Словакия (2000, 2004)
 Словения (2002)
 Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999g)
 Таджикистан (2000)
 Туркменистан (2000)
 Турция (2002g,i)
 Узбекистан (2001g, 2007)
 Украина (2004g)
 Финляндия (2002)
 Франция (2004c,g)
 Хорватия (1999, 2007)
 Чешская Республика (2000, 2005g)
 Швейцария (2000)
 Швеция (2001, 2005)
 Эстония (2000, 2004g,j)

Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. В тех случаях, когда это указано, они доступны также на других языках:

a албанский
b болгарский
c французский
d грузинский
e немецкий
f румынский
g русский
h испанский
i турецкий
j эстонский

ДЛЯ ЗАМЕТОК



.be



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

«Системы здравоохранения: время перемен» — это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения.

ISSN 2072-3555