

European

Observatory

on Health Care Systems



Health Care Systems in Transition

Узбекистан



Европейская обсерватория по системам здравоохранения – это плод партнерского сотрудничества Европейского регионального бюро ВОЗ, правительств Греции, Норвегии и Испании, Европейского инвестиционного банка, Института “Открытое общество”, Всемирного банка, Лондонской школы экономики и политических наук и Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Системы здравоохранения в переходный период

Узбекистан

2001 г.

Авторы:

Farkhad A. Pkhamov и Elke Jakubovski

Под редакцией:

Steve Hajioff

НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЗНАНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

К 2005 году все государства-члены должны располагать более эффективными научно-исследовательскими, информационными и коммуникационными системами в области здравоохранения для приобретения, практического использования и распространения знаний в поддержку стратегии достижения здоровья для всех

Ключевые слова

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЛАНИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – вопросы организации и управления
УЗБЕКИСТАН

©Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2001 г.

Настоящий документ может свободно рецензироваться или реферироваться, но не для коммерческих целей. Обращения с просьбой разрешить перепечатку документа частично или полностью следует направлять в секретариат Европейской обсерватории по системам здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Европейская обсерватория по системам здравоохранения приветствует такие обращения.

Обозначения, используемые в настоящем документе, и приведенные в нем материалы не отражают какое-либо мнение Европейской обсерватории по системам здравоохранения или участвующих в ее работе организаций о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города либо района или их органов власти либо взгляды о делимитации их границ. Названия стран или территорий, используемые в этом документе, соответствуют названиям, известным в период подготовки издания данной публикации на языке оригинала.

Взгляды, выраженные в настоящем документе, – это взгляды его составителей, и они не обязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам здравоохранения или организаций-участниц.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Греции

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономики и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Содержание

Стр.

Предисловие	
Выражение признательности	
Введение и краткая историческая справка	
Вступительный обзор	
Историческая справка	
Организационная структура и управление	
Организационная структура системы здравоохранения	
Планирование, регулирование и управление	
Децентрализация системы здравоохранения	
Финансирование и расходы в области здравоохранения	
Основная система финансирования и охвата населения	
Медицинская помощь: предоставляемые услуги и их нормирование	
Дополнительные источники финансирования	
Расходы в области здравоохранения	
Система медицинского обслуживания	
Первичная медицинская помощь и службы общественного здравоохранения	
Медицинская помощь вторичного и третичного уровней	
Социальное обеспечение и социальная помощь	
Кадровые ресурсы и их подготовка	
Фармацевтические препараты и оценка технологии здравоохранения	
Распределение финансовых ресурсов	
Создание бюджетов третьей стороны и распределение ресурсов	
Финансирование больниц	
Оплата труда медперсонала	
Реформы здравоохранения	
Цели и задачи	
Содержание реформ	
Осуществление реформ	
Выводы	
Библиография	
Приложение I	

DFID Министерство международного развития Великобритании

Выражаем признательность Министерству международного развития
Великобритании за оказанное содействие

Предисловие

Обзоры “Системы здравоохранения в переходный период” (СЗПП) представляют собой доклады по странам, в которых дается аналитическое описание их систем здравоохранения и реализуемых или разрабатываемых инициатив, относящихся к реформированию здравоохранения. Обзоры СЗПП являются как важнейшим продуктом Европейской обсерватории по системам здравоохранения, так и ключевым элементом ее работы.

Обсерватория является плодом уникального партнерского сотрудничества Европейского регионального бюро ВОЗ, правительств Греции, Норвегии и Испании, Европейского инвестиционного банка, Института “Открытое общество”, Всемирного банка, Лондонской школы экономики и политических наук и Лондонской школы гигиены и тропической медицины. Важнейшая задача этого сотрудничества – поддержать использование основанных на фактических данных подходов при выработке политики, основываясь при этом на результатах всестороннего и тщательного анализа динамики развития систем здравоохранения в Европейском регионе.

Цель инициативы по подготовке обзоров СЗПП – предоставить соответствующую сравнительную информацию в распоряжение ответственных работников, работа которых связана с разработкой, развитием и реформированием систем здравоохранения как в странах Европы, так и за ее пределами. Обзоры СЗПП – это строительные блоки, которые могут быть использованы для того, чтобы:

- приобрести точные и подробные знания о различных подходах к финансированию, организации и оказанию медицинской помощи;
- дать точное описание процесса и содержания программ реформирования здравоохранения и их осуществления;
- подчеркнуть общие проблемы и области, нуждающиеся в более глубоком анализе;
- использовать их в качестве средства распространения информации о системах здравоохранения и обмена опытом о различных стратегиях реформирования между лицами, определяющими политику, и аналитиками в различных странах Европейского региона.

Обзоры СЗПП подготавливаются экспертами самих стран в сотрудничестве с директорами по научным исследованиям и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Для того чтобы обеспечить максимальную сопоставимость данных по различным странам, при подготовке обзоров были использованы стандартные матрица и вопросник, которые, в частности, содержат подробные рекомендации и конкретные вопросы, определения и примеры, могущие оказаться весьма полезными в процессе подготовки обзора СЗПП. Количественные данные о службах здравоохранения получены из

различных источников, прежде всего из созданной Европейским региональным бюро ВОЗ базы данных “Здоровье для всех”, медико-санитарных данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и базы данных Всемирного банка.

Подготовка обзоров СЗПП связана с рядом методологических трудностей. Многие страны располагают лишь относительно небольшим объемом информации о системе здравоохранения и воздействии реформ. Наибольший объем информации, включенной в обзоры СЗПП, основан на материалах, представленных отдельными экспертами в соответствующих странах и прошедших внешнюю экспертную оценку. Тем не менее, некоторые заявления и суждения могут быть лишены определенной доли субъективизма. Кроме того, отсутствие единой согласованной терминологии, охватывающей все разнообразие имеющихся в Европейском регионе систем здравоохранения, означает возможность высказывания расходящихся мнений, связанных с пониманием и интерпретацией тех или иных явлений. Для того чтобы устранить эту проблему, была подготовлена группа общих определений, однако некоторые разногласия все же могут оставаться. Проблемы такого рода неизбежны при любой попытке сравнительного изучения систем здравоохранения.

Обзоры СЗПП представляют собой источник описательной, современной и сравнительной информации о системах здравоохранения, которая должна помочь лицам, формулирующим политику, извлечь полезные уроки из ключевых примеров опыта, имеющего непосредственное отношение к ситуации в их собственной стране. Эти обзоры также являются источником всеобъемлющей информации, на которой можно основывать более глубокий сравнительный анализ планируемых и проводимых реформ. Издание этой серии публикаций планируется на длительную перспективу. В рамках этой работы будут охвачены все страны Европейского региона, а собранные материалы будут обновляться через регулярные промежутки времени, что позволит осуществлять долгосрочный мониторинг за проводимыми реформами и их последствиями. С обзорами СЗПП можно также ознакомиться на веб-сайте Обсерватории (<http://www.observatory.dk>).

Выражение признательности

Обзор “Системы здравоохранения переходный период” (СЗПП) в Узбекистане был написан Фархадом А. Ильхамовым (Начальник Управления лечебно-медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан) и Шке Jakubowski (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) на основе предыдущего неопубликованного проекта обзора, подготовленного Парахатом Менлекуловым. Редактором обзора является Steve Najioff (Лондонская школа гигиены и тропической медицины).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения выражает благодарность Gulin Gedik (Европейское региональное бюро ВОЗ), John C. Langenbrunner (Всемирный банк), Нате Менабде (Европейское региональное бюро ВОЗ), Андрею Лобанову (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Руфату Янсупову (Бюро связи ВОЗ, Узбекистан) за рецензирование обзора, а также Министерству здравоохранения Узбекистана за оказанную поддержку.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения – это плод партнерского сотрудничества Европейского регионального бюро ВОЗ, правительств Греции, Норвегии и Испании, Европейского инвестиционного банка, Института “Открытое общество”, Всемирного банка, Лондонской школы экономики и политических наук и Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Бригаду Обсерватории, занимающуюся подготовкой обзоров СЗПП, возглавляет руководитель секретариата Josep Figueras и научные директора Martin McKee, Elias Mossialos и Richard Saltman. За техническую координацию работы отвечает Suszy Lessof. Редакторами данной серии публикаций являются Reinhard Busse, Anna Dixon, Judith Healy, Laura MacLehose, Ana Rico, Sarah Thomson и Ellie Tragakes. Научным директором, ответственным за подготовку обзора СЗПП по Узбекистану, являлся Martin McKee. Группа, возглавляемая Myriam Andersen и состоящая из Anna Maresso, Caroline White, Wendy Wisbaum и Shirley и Johannes Frederiksen, отвечала за административную поддержку, дизайн и выпуск публикации.

Мы хотим выразить особую благодарность Европейскому региональному бюро ВОЗ за базу данных “Здоровье для всех”, содержащую информацию по службам здравоохранения, ОЭСР за данные по службам здравоохранения в странах Западной Европы и Всемирному банку за данные по расходам на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Мы также хотели бы выразить благодарность сотрудникам национальных статистических бюро, предоставившим соответствующие данные.

Введение и краткая историческая справка

Вступительный обзор

Узбекистан – не имеющая выходов к морю страна, расположенная в Центральной Азии. Ее территория общей площадью 447 400 км², представляющая собой песчаные пустыни, дюны и долины рек, с севера, востока и запада окружена четырьмя другими бывшими советскими республиками – Казахстаном, Кыргызстаном, Таджикистаном и Туркменистаном. На юге Узбекистан граничит с Афганистаном, а на севере омывается южной частью Аральского моря. Климат на большей части территории страны является засушливым и характеризуется длительным и жарким летом и мягкой зимой. Узбекистан имеет самую высокую численность населения из всех республик Центральной Азии. В июле 1999 года общая численность населения Узбекистана составляла 24,1 миллиона человек (2). Около 80% населения составляют узбеки. Кроме того, в стране проживают русские (5,5%), таджики (5%), казахи (3%), каракалпаки (2,5%) и другие этнические группы (4%). Около 88% населения - мусульмане, 9% населения исповедуют православие, а 3% - прочие религии. Государственным языком Республики Узбекистан, на котором говорит большая часть населения (74,3%), является узбекский, однако среди городских жителей и деловых кругов широко распространен русский язык. Уровень грамотности взрослого населения составляет около 99%. Столица страны - Ташкент, крупнейший город Центральной Азии с населением 2,5 миллиона человек.

Организация государственной власти

Узбекистан - демократическое государство, главой которого является президент. В декабре 1992 года Верховный совет (Олий Мажлис) принял Конституцию, в Статье 1 которой говорится, что “Узбекистан - суверенная демократическая республика” (3). Президент и правительство осуществляют строгий контроль за соблюдением политической и религиозной свободы. Создан президентский комитет государственного контроля для обеспечения согласия в самом правительстве (3). Одним из основных принципов, провозглашенных Конституцией, является защита прав человека.

Рис.1 Карта Узбекистана¹



Источник: US Central Intelligence Agency (1).

Главным органом исполнительной власти является Кабинет министров. Его возглавляет президент, являющийся также главой государства. Он назначает и освобождает от должности премьер-министра, его первого заместителя, заместителей премьер-министра, всех членов Кабинета министров, генерального прокурора Республики Узбекистан и его заместителей, а также глав администрации (*хокимов*) 12 областей (*вилоятов*) и города Ташкента с последующим утверждением их Верховным советом. Президент также назначает и освобождает от должности судей областных, районных, городских и хозяйственных судов. Таким образом, президент осуществляет контроль за деятельностью государственных органов законодательной, исполнительной и судебной власти.

В организационном плане главой Кабинета министров является премьер-министр. Верховный совет представляет собой однопалатный орган законодательной власти, учрежденный в 1994 году. В соответствии с Конституцией, он состоит из 250 депутатов, избираемых по территориальным избирательным округам сроком на пять лет. Со времени его создания им было принято около 250 законов.

Право законодательной инициативы принадлежит президенту Республики Узбекистан, председателю Верховного совета Республики Каракалпакстан, Верховному Совету Республики Узбекистан, Кабинету министров, Конституционному суду, Верховному суду, Высшему хозяйственному суду и

¹ Карты, представленные в настоящем документе, не отражают какого-либо мнения секретариата Европейской обсерватории по системам здравоохранения или ее партнеров о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города либо района или их органов власти, либо взгляды о демаркации их границ.

Генеральному прокурору Республики Узбекистан. Кабинет министров издает “президентские указы, постановления и распоряжения”, имеющие обязательную силу на всей территории республики без утверждения их Верховным советом. Законы могут также подготавливаться министерствами и направляться в соответствующие парламентские комитеты, которые изучают их, вносят необходимые изменения и представляют Верховному совету на рассмотрение. Все законодательные акты должны соответствовать Конституции Республики Узбекистан. В результате стремительных перемен в экономике и общественной жизни возникла необходимость в изменении примерно 30% ранее принятых законов, которые были пересмотрены (4).

Каждый из десяти заместителей премьер-министра отвечает за деятельность определенного министерства или отрасли, включая здравоохранение, образование и культуру. Заместители премьер-министра осуществляют контроль за соблюдением и исполнением всех законов. Некоторые министерства находятся под прямым контролем президента. К ним относятся Министерство иностранных дел, Министерство обороны и Министерство внутренних дел. Под прямым контролем президента и премьер-министра находится также Национальная служба безопасности.

Государственным органом судебной власти является Верховный суд, члены которого назначаются президентом и утверждаются Верховным советом.

Правом голоса обладают все граждане Республики Узбекистан, достигшие возраста 25 лет (3). Основными политическими партиями в Республике Узбекистан являются: Народно-демократическая партия, Ватан тараккиёти (Прогресс Отечества), Адолат (Справедливость) и Фидокорлар (Самоотверженные). Все партии в Верховном Совете поддерживают президента Ислама Каримова. Таким образом, в состав Верховного совета входят члены нескольких политических партий, работающих в условиях согласия с президентом.

Ислам Каримов является главой государства с 24 марта 1990 года, когда он был назначен президентом Верховным советом. 29 декабря 1991 года он был избран на всенародных выборах первым президентом независимой Республики Узбекистан сроком на пять лет. 26 марта 1995 года всенародный референдум подавляющим большинством голосов (99,6%) продлил полномочия президента Каримова. 9 января 2000 года Ислам Каримов был переизбран президентом Республики Узбекистан.

Региональные органы власти возглавляют хокимы, которые назначаются непосредственно президентом (3). В состав Республики Узбекистан входят 12 областей (*вилоятов*), Каракалпакская Автономная Республика и город Ташкент. Каждая область делится на административные единицы, называемые районами (*туманами*).

Историческая справка

История Центральной Азии уходит в глубь веков - в 10 веке до нашей эры кочевые племена с территории современного Ирана заняли Центральную Азию. Пять веков спустя она стала частью персидской империи, здесь возникли первые города, через Бухару и Самарканд были проложены торговые пути. Через Центральную Азию по

знаменитому Великому Шелковому пути осуществлялась оживленная торговля между Европой и Китаем. В 4-ом веке до н.э. Центральная Азия была завоевана Александром Македонским, основателем Термеза, одного из древнейших городов Узбекистана. В 600-ом году на смену македонцам пришли арабы, которые дали местному населению письменность и обратили их в ислам. К 900 году в Центральной Азии возникло несколько независимых мусульманских государств. В период с 874 по 999 гг. в стране правили персидские Саманиды, которые сделали столицей город Бухару. Это был период расцвета исламского искусства, культуры и науки. Торговля через Великий шелковый путь также переживала период бурного развития. В 1220 году Бухара была захвачена монголами под предводительством Чингисхана, стремившегося к господству над Великим шелковым путем. Монгольское нашествие сопровождалось массовым убийствами, которые унесли жизни около 5 миллионов человек.

Последним завоевателем этого региона был Тамерлан. В 1380 году он завоевал Мавераннахр и затем двинулся на юг - в Персию и Индию, на запад - в Россию и на восток - в Китай. В 1395 году он захватил Москву и сделал Самарканд, ныне расположенный на территории Узбекистана, самой величественной столицей древней Азии. Продолжателем традиций в области науки и искусства явился его внук, который превратил Самарканд и Бухару в центры искусств, поэзии, философии, архитектуры и астрологии.

В пятнадцатом веке узбеки объединили другие племена, сокрушили власть персов, и в 1500-1510 гг. распространили свои владения на большую часть Центральной Азии. Вскоре после этого персы вновь захватили власть и сохраняли ее до 1722 года.

Появление в Центральной Азии в начале 18 века первых русских купцов также способствовало развитию Узбекистана. В результате экспансионистской политики российских царей в 19 веке государства Центральной Азии были аннексированы, и к 1876 году Бухара и Коканд, в числе прочих, были вынуждены стать российскими протекторатами с иными формами административного устройства и правления. В начале двадцатого века эпоха царской России закончилась. В 1918 году, после революции в России, в состав нового советского государства вошла Туркестанская Автономная Советская Социалистическая Республика. В 1924 году была образована Узбекская Советская Социалистическая Республика.

История Узбекистана как независимого государства началась 31 августа 1991 года, когда после неудачной попытки прокоммунистического переворота в Москве республиканское правительство провозгласило независимость, и Узбекистан вошел в состав Содружества Независимых Государств. В декабре 1991 года Ислам Каримов, первый секретарь Коммунистической партии Узбекистана (в последующем Народно-демократической партии), был избран президентом.

В прежние века вопросами оказания медико-санитарной помощи занимались *табибы*, парикмахеры-самоучки, которые предоставляли населению Центральной Азии первичную медико-санитарную и хирургическую помощь. Одним из

наиболее известных ученых и *табибов* являлся Авиценна, родившийся в Бухаре и внесший значительный вклад в развитие основ медицинских знаний. Общественная система здравоохранения ограничивалась системой бань и канализационных сооружений, называемой *хива*. С началом колонизации Российской империей в восемнадцатом веке стали создаваться военные госпитали и аптеки. В начале двадцатого века, после открытия Туркестанского государственного университета, начало развиваться медицинское образование. В годы советской власти все медицинские учреждения и аптеки были национализированы и создана единая централизованная система здравоохранения. Эта государственная система обеспечивала всем советским гражданам получение бесплатной медицинской помощи в любом пункте обращения, включая службы охраны здоровья матери и ребенка и борьбы с инфекционными болезнями.

До 1991 года система здравоохранения в Узбекистане регулировалась законодательством и нормативными актами СССР, предусматривавшими единую структуру служб медико-санитарной помощи, централизованное планирование и руководство их деятельностью. Медико-санитарная помощь предоставлялась бесплатно в любом пункте обращения на основе принципа всеобщей доступности служб здравоохранения. Министерство здравоохранения Узбекистана осуществляло руководство системой здравоохранения на основе принципов, устанавливаемых Министерством здравоохранения СССР в Москве, через централизованную иерархическую структуру с вертикальной организацией от республиканского уровня до областных и городских управлений и далее до районного уровня. Министерство здравоохранения занималось вопросами технической организации служб медико-санитарной помощи, оздоровления окружающей среды, снабжения фармацевтическими препаратами, подготовки медицинских кадров, а также вопросами планирования и финансирования, которые централизованно контролировались из Москвы. Территория республики была разделена на области, где имелись областные управления здравоохранения, подотчетные как руководству области, так и Министерству здравоохранения республики. Руководство районными службами здравоохранения возлагалось на главного врача районной больницы, деятельность которого, в свою очередь, контролировалась областным управлением здравоохранения. Финансирование служб здравоохранения осуществлялось за счет отчислений средств из государственного бюджета на основе норм, установленных Министерством здравоохранения в Москве. В структуре системы здравоохранения относительно большое внимание уделялось службам вторичной и третичной медико-санитарной помощи, и, в целом, имелась широкая сеть медико-санитарных учреждений.

Проблемы в области здравоохранения в советский период часто связывают с тем, что ресурсы и структура системы здравоохранения не были ориентированы на местные нужды населения Узбекистана, что характеризовалось относительно высоким процентом врачебных кадров и большим количеством больничных коек при низких показателях состояния здоровья населения.

Демография и показатели здоровья

Численность населения Узбекистана непрерывно возрастала на протяжении многих десятилетий (Таблица 1). Наиболее высокие темпы роста наблюдались в период с 60-х по 90-е годы прошлого века, когда численность населения увеличилась в два с половиной раза, а прирост численности населения составлял приблизительно 3% в год. Такие высокие темпы роста обусловлены высоким уровнем рождаемости в сочетании с низкой общей смертностью (Таблица 1). Уровень рождаемости колеблется в широких пределах между разными этническими группами (среди этнического узбекского населения он выше), но различия в этом показателе между сельским и городским населением относительно невелики (1). Высокий уровень рождаемости приводит к омоложению структуры населения: в 1995 году почти 46% населения относилось к возрастной категории младше 18 лет, а доля лиц старше 65 лет составляла лишь 4,2%.

Как и в других республиках Центральной Азии, с 1991 года демографическая ситуация в Узбекистане начала изменяться. В результате экономического кризиса в 1991-1995 гг. произошло снижение уровня жизни населения, что могло явиться одной из причин уменьшения уровня рождаемости и коэффициента брачности, так как стало невозможно содержать большие семьи. Однако этому могло способствовать и принятие более целенаправленной политики в области планирования семьи, провозглашенной президентом. Рост эмиграции в период с 1991 по 1994 гг. также мог сыграть определенную роль в этом отношении (5). Некоторые источники связывают падение рождаемости с более активными усилиями правительства, направленными на ограничение размеров семьи (2). В целом, коэффициент рождаемости снизился с 4,1 в 1991 году до 3,6 в 1995 году, при этом число живорожденных на 1000 населения за этот же период уменьшилось с 35,1 до 29,0 (Таблица 1). Общий коэффициент смертности в Узбекистане относительно низок, что объясняется возрастной структурой населения. В 1990-1994 гг., период экономического кризиса в Узбекистане, уровень смертности возрос с 6,1 до 6,6 на 1000 человек населения, однако в 1998 году снизился до 5,9 (Таблица 1). Частично это может быть связано со снижением смертности детей в возрасте до 1 года.

Таблица 1. Демографические показатели, 1989–1998 гг.

Показатель	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Население (в млн.) ^a	20.0	20.4	20.6	21.7	21.9	22.5	22.9	23.3	23.8	24.0
% населения младше 18 лет ^b	NA	47.0	47.0	47.0	47.0	47.0	47.0	47.0	47.0	46.0
% населения в возрасте 65 лет и старше	4.1	4.0	4.0	4.0	4.1	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2
Число живорожденных на 1000 населения ^a	33.4	33.9	35.1	32.7	31.1	28.7	29.0	27.5	25.6	23.1
Смертность на 1000 населения ^a	6.3	6.1	6.3	6.5	6.6	6.6	6.4	6.3	5.8	5.9

Снижение рождаемости в сочетании с ростом смертности привели к уменьшению темпов роста численности населения с 2,4% в 1992 году до 1,9% в 1997 году (1). Тем не менее, рост численности населения в абсолютных цифрах оставался высоким, в особенности в сельских районах. Правительство и органы здравоохранения Республики Узбекистан стоят перед необходимостью решения серьезных проблем, связанных с ростом численности населения страны, которая, при сохранении текущих темпов роста, согласно прогнозам, к 2038 году возрастет вдвое (6).

В 1995 года средняя ожидаемая продолжительность жизни в Узбекистане составляла 67,9 лет, что сопоставимо со средними значениями этого показателя в других Новых независимых государствах (ННГ), ранее входивших в состав СССР, и республиках Центральной Азии, однако примерно на 10 лет ниже средней ожидаемой продолжительности жизни в странах Европейского Союза (ЕС). Женщины в Узбекистане живут, в среднем, на 5,6 лет дольше, чем мужчины, и изменения этого показателя за последнее время были весьма незначительными. Разрыв между показателями ожидаемой продолжительностью жизни в Узбекистане и странах Западной Европы у детей после достижения ими возраста 15 лет сокращается, однако в странах ЕС этот показатель продолжает улучшаться, в то время как ожидаемая продолжительность жизни в Узбекистане постепенно снижается. Эта тенденция характерна для всех государств Центральной Азии. Точные причины этого явления неизвестны, хотя одним из способствующих факторов может служить ухудшение состояния окружающей среды: в частности, нехватка воды, загрязнение водных ресурсов и воздуха. Другие факторы могут быть связаны с последствиями распада СССР, к ним относятся: уменьшение среднего уровня доходов населения, усиление неравенства в уровне доходов, отсутствие гарантии занятости, безработица и снижение показателей деятельности служб социальной помощи. Влияние таких изменений социально-экономической ситуации в последующие годы может еще более усилиться, поскольку они оказывают большее воздействие на детей и подростков, чем на лиц старших возрастных групп.

Показатели преждевременной смертности в Узбекистане невысоки; в то же время показатели младенческой и материнской смертности на протяжении последних нескольких десятилетий вызывают серьезные опасения. Уровень смертности детей грудного возраста в Узбекистане - один из наиболее высоких в ННГ. В 1998 году он составлял 22,3 на 1000 живорожденных, хотя этот показатель был ниже среднего уровня для государств Центральной Азии (Таблица 2). Основные причины младенческой смертности неизвестны. Уровень смертности детей грудного возраста был высоким еще в годы советской власти. Это может быть связано с высоким уровнем рождаемости: частые роды нередко приводят к ухудшению состояния здоровья матери, обычно вызывая анемию и рост частоты случаев заболеваний, не связанных с репродуктивной функцией. Это часто оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье ребенка на стадии развития

плода и при родах, что приводит к высокому проценту детей с низкой массой тела при рождении и высоким показателям младенческой смертности. Кроме того, в Узбекистане продолжают использоваться определения, принятые в СССР, когда живорожденными не считались недоношенные дети и дети с низкой массой тела при рождении, погибшие в течение первых 7 дней жизни. Существует мнение, что при использовании такого определения живорожденных, принятого в СССР, истинный уровень младенческой смертности занижается примерно на 20%. Данные исследований, проведенных в других республиках Центральной Азии, показывают, что общей проблемой может являться неполная регистрация всех случаев, в результате чего истинные уровни смертности могут быть на 60% выше официальных (7,8). После получения независимости уровень младенческой смертности снизился с 35,5 на 1000 живорожденных в 1991 году до 22,7 в 1997 году. Это, в свою очередь, может быть частично связано с уменьшением уровня рождаемости и частоты аборт. Уровень смертности детей в раннем младенческом возрасте (количество детей в возрасте до одной недели, погибших за год) с 1989 года снизился на 46%. В 1997 году коэффициент смертности новорожденных составлял 4,7 на 1000 живорожденных.

Аналогичная тенденция наблюдается в отношении материнской смертности (Таблица 2). В 1989 году было зарегистрировано 42,8 смертей на 100 000 живорожденных, что почти в шесть раз больше, чем в странах Западной Европы. В 1995 году, после получения независимости, этот показатель снизился до 19,3 на 100 000 живорожденных. Это может объясняться тем, что правительство на протяжении всех этих лет придавало приоритетное значение вопросам охраны здоровья матери и ребенка. Данные по годам показывают, что снижение этого показателя происходит быстрыми темпами, что вызывает сомнение в их достоверности. Отмечаются большие различия в показателях материнской смертности между разными географическими регионами, а также между сельскими и городскими районами. Наиболее высокие уровни материнской и младенческой смертности отмечаются в районах с наименьшим уровнем доходов - в Каракалпакстане и Хорезмской области (1). В 1995 году наиболее распространенной причиной смертности в течение 42 часов после родов было кровотечение (3,0 на 100 000 живорожденных), на втором месте по частоте случаев регистрировались гипертензивные нарушения. Институт акушерства и гинекологии провел анализ случаев смертности в период с 1993 по 1996 гг. Было установлено, что в большинстве случаев смертельный исход был вызван некавалифицированными действиями медицинского персонала, нехваткой средств для переливания крови и лекарственных препаратов, а также ошибками в диагностике и методах лечения матерей (9).

Считается, что основными факторами снижения частоты абортов в клиниках Узбекистана являются рост осведомленности женщин о существовании служб планирования семьи и их важном значении, а также пропаганда традиционных и современных средств контрацепции. Частота абортов снизилась с 31,0 на 100 живорожденных в 1990 году до 11,2 в 1998 году (Таблица 2).

Структура заболеваемости в Узбекистане проявляет черты, присущие как развивающимся (инфекционные болезни), так и промышленно развитым странам (сердечно-сосудистые болезни и рак). Решение задач, связанных с этими

болезнями, ложится двойным бременем на службы здравоохранения.

Инфекционные болезни остаются серьезной проблемой в Узбекистане, несмотря на расширение охвата вакцинацией против туберкулеза, коклюша, кори, дифтерии, столбняка и полиомиелита. За последние несколько лет в Узбекистане было несколько вспышек инфекционных заболеваний, включая туберкулез и вирусный гепатит.

Заболеваемость туберкулезом в период с 1993 по 1997 гг. возросла почти на 50%, достигнув уровня 54,5 случаев на 100 000 населения. Этот показатель ниже среднего уровня для республик Центральной Азии или стран ННГ в целом. Уровень регистрируемости случаев заболевания туберкулезом колеблется в широких пределах, что свидетельствует о неэффективности систем выявления и регистрации случаев этой болезни и недостоверности имеющихся данных (10). Особо серьезный характер ситуация приобрела в Каракалпакстане, где, по имеющимся оценкам, заболеваемость туберкулезом достигла уровня 200 случаев на 100 000 населения.

Согласно имеющимся данным, в 1996 году лишь 62% сельского населения и 73% городского населения имели доступ к источникам доброкачественного водоснабжения (2). Широко распространены желудочно-кишечные инфекции и вирусный гепатит, в особенности гепатит А: в 1997 году число лиц с диагнозом гепатита в Узбекистане было в три раза выше, чем среднее значение для ННГ и в 26 раз выше, чем среднее значение для стран ЕС. После эпидемии дифтерии в 1994 году эта болезнь является эндемической (11).

Таблица 2. Показатели здоровья, 1989–1998 гг.

Показатели	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Ожидаемая продолжительность жизни женщин при рождении ^a	72.3	72.9	72.2	71.7	70.7	70.2	70.7	71.6	70.8	71.2
Ожидаемая продолжительность жизни мужчин при рождении ^a	66.2	66.3	65.8	65.6	65.1	64.7	65.0	65.0	66.0	66.1
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных) ^a	38.1	34.3	35.1	37.6	32.8	29.2	26.3	24.7	23.1	22.3
Смертность детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорожденных) ^a	53.6	47.8	48.0	51.5	48.9	47.4	42.8	39.1	36.4	35.7
Материнская смертность (на 100 000 живорожденных) ^b	42.8	34.1	33.3	30.1	24.5	17.4	19.3	12.0	10.3	8.7
Число аборт на 100 живорожденных ^a	NA	31.0	26.1	23.7	NA	NA	13.5	12.1	11.9	11.2
СКС от ишемической болезни сердца на 10 000 населения, все возрастные группы ^a	390.2	379.3	390.0	411.7	465.2	528.1	476.1	448.6	426.5	470.6
СКС от цереброваскулярных болезней на 10 000 населения, все возрастные группы ^a	157.6	164.4	175.2	181.9	190.4	232.2	209.2	201.1	183.5	178.2
СКС от хронических болезней печени и цирроза на 100 000 населения, все возрастные группы ^a	NA	NA	36.3	38.1	44.7	49.6	49.3	49.5	47.1	46.1

СКС от внешних причин
на 10 000 населения,
все возрастные группы^a

68.2 71.1 71.7 59.3 55.8 52.8 54.4 60.7 56.9 53.5

Источник: ^a База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех"; ^b База данных ЮНИСЕФ TransMONEE.

СКС: Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности. NA: данные отсутствуют.

Хронические неинфекционные болезни могут быть связаны с сидячим образом жизни. Борьба с неинфекционными болезнями в Узбекистане осложняется недостаточной доступностью служб здравоохранения и отсутствием квалифицированного персонала в отдаленных районах республики. Общая экологическая ситуация в Узбекистане связана с быстрым ростом производства хлопка на протяжении последних тридцати лет. Активное развитие хлопководства в годы советской власти привело к истощению водных ресурсов. Для орошения хлопковых полей были изменены русла рек Амударья и Сырдарья, что привело к высыханию бассейна Аральского моря. Кроме того, использование удобрений и пестицидов вызвало загрязнение воды и падение плодородия почвы, привело к прогрессирующему ухудшению качества питьевой воды, особенно в сельской местности. Засоление почвы и интенсивное использование пестицидов могут также нанести вред здоровью населения.

В то время как смертность от cerebrovasкулярных болезней в странах ЕС снижается, в Узбекистане за период с 1989 года этот коэффициент вырос на 32,8%. Аналогичные тенденции наблюдаются в отношении желудочно-кишечных заболеваний и хронических болезней печени. Стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от хронических болезней печени и цирроза в 1995 году составлял 49,3 на 100 000 населения, что превышало средние показатели для стран ЕС (15,1 на 100 000), ННГ (30,8 на 100 000) и других республик Центральной Азии (39,5 на 100 000). Одной из причин этого может служить широкое распространение вирусного гепатита. Определенную роль также может играть потребление алкоголя, однако имеющихся данных для оценки его величины недостаточно. Количество сигарет, потребляемых в Узбекистане на душу населения в год, возросло с 493 в 1992 году до 864 в 1997 году. Это может привести в будущем к росту частоты случаев заболеваний, связанных с курением, первым предвестником чего может служить значительный рост заболеваемости ишемической болезнью сердца за последние несколько лет.

Социально-экономические показатели

Первые несколько лет переходного периода сопровождались значительными экономическими трудностями. Реальная заработная плата уменьшилась в результате снижения уровня национального дохода и высоких темпов инфляции, реальный валовой внутренний продукт (ВВП) снизился.

Узбекистан - один из крупнейших производителей и экспортеров хлопка в мире, на его долю приходится 6% общего мирового объема производства хлопка (12). Несмотря на неблагоприятные условия для культивирования хлопка в 1996 году, эта статья экспорта оставалась основным источником поступления твердой валюты для Узбекистана; на долю хлопка приходилось около 40% всего объема национального экспорта. В 1998 году за счет экспорта хлопка было получено 1,2

миллиардов долларов США (13,14). В годы советской власти большая часть ресурсов Узбекистана направлялась на развитие производства хлопка как монокультуры. Позднее объемы производства хлопка уменьшились, что было вызвано, в числе прочих причин, ростом производства зерна. Узбекистан богат полезными ископаемыми, такими как золото, природный газ, уран, серебро, медь и другие металлы.

По имеющимся данным, ВВП на душу населения в Узбекистане в 1997 году составил 611 долларов США, что ставит это государство в ряд стран с уровнем экономического развития ниже среднего. С 1991 года, когда Узбекистан стал независимым государством, экономика страны в целом столкнулась с многочисленными трудностями. Некоторые из них, такие как разрыв внешнеэкономических связей, снижение объемов производства, инфляция, отток рабочей силы в результате эмиграции и прекращение бюджетных субсидий из Москвы, были общими для всех ННГ.

После получения независимости правительство старалось сохранить административно-командную экономику советского типа, основанную на субсидиях и жестком контроле за уровнем производства и ценами. В то же время, в 1992-1993 гг. были предприняты определенные меры по реформированию экономики, включая приватизацию, введение новых налогов и частичную либерализацию цен и валютного рынка. В конце 1993 года в программу приватизации были включены жилищный фонд, мелкие промышленные предприятия и предприятия сферы услуг. Можно считать, что в результате такого осторожного подхода к реформам в сочетании с самообеспеченностью энергетическими ресурсами и повышением эффективности горнодобывающей промышленности и сельского хозяйства удалось предотвратить экономический кризис и спад производства в первые годы существования независимого государства. С 1991 по 1993 гг. реальный ВВП в Узбекистане снизился менее чем на 14%, в то время как в других бывших советских республиках он снизился, в среднем, почти на 40% (12).

Однако в связи с ростом темпов инфляции и выходом из рублевой зоны в 1993 году, правительство было вынуждено изменить свою финансово-бюджетную политику. Были ограничены объемы потребительских субсидий и бюджетной поддержки предприятий, что позволило снизить темпы инфляции с рекордно высокого уровня 1568% в 1994 году до 54% в 1996 году (Таблица 3). В течение 1995 и в начале 1996 года экономическая ситуация улучшалась, и после периода отрицательного роста с 1996 года реальный ВВП начал расти (Таблица 3). Поскольку в Узбекистане, как и во всех других ННГ, широко распространена практика ведения бизнеса с использованием неофициальных денежных расчетов, истинный уровень ВВП может оказаться более высоким. Этим обстоятельством могут объясняться расхождения между результатами разных оценок ВВП.

Таблица 3. Макроэкономические показатели, 1989–1997 гг.

Показатель	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
ВВП на душу населения (в долл. США) ^a	NA	NA	NA	NA	232	251	442	590	611
ВВП с учетом ППС в долл. США на душу населения ^b	NA	3 115	2 790	2 650	2 510	2 438	2 376	NA	NA

Прирост ВВП за год (%) ^а	3.1	1.6	-0.1	-11.1	-2.3	-4.2	-0.9	1.6	1.0
Уровень инфляции за год (%) ^а	NA	3	82	645	534	1 568	305	54	72
Государственные расходы в % от ВВП ^а	NA	46.1	52.7	43.4	38.8	33.3	37.6	36.2	30.0
Официальный уровень безработицы (%) ^б	NA	NA	NA	0.2	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5

Источники: ^а Европейский банк реконструкции и развития (15); ^б База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех"; ^с База данных ЮНИСЕФ TransMONEE.

ППС: паритет покупательной способности. NA: данные отсутствуют.

Национальная валюта, сум, была введена в обращение в ноябре 1993 года. С этого времени валютный курс колебался в широких пределах: официальный обменный курс за 1 доллар США составлял 9,9 сума в 1994 году, 29,8 в 1995 году, 40,2 в 1996 году, 66,4 в 1997 году, 94,7 в 1998 году и 112 в 1999 году (для целей пересчета валют в данном обзоре применялся обменный курс за 1999 год). Значительные объемы операций совершались на черном рынке. С 1996 года государство ужесточало меры валютного контроля для предотвращения ажиотажного спроса на доллары, оттока капитала и усиления давления на отечественных производителей за счет расширения импорта.

Поскольку применявшиеся методы не всегда сопоставимы, различные источники экономической информации содержат противоречивые данные о государственном финансировании. Государственные расходы в процентном отношении от ВВП, включая внебюджетные фонды и чистое кредитование, снизились с 52,7% в 1991 году до 30,0% в 1997 году. Доля частного сектора в ВВП возросла до 66% по сравнению с 50% в 1995 году.

В первые годы переходного периода уровень безработицы в сельских районах повысился в связи с более высокими темпами прироста населения в сельской местности по сравнению с городами и сокращением численности работников сельского хозяйства. Из 8,7 миллионов рабочих и служащих в стране 3,5 миллиона (40%) заняты в сельском хозяйстве. В годы советской власти государство поддерживало уровень занятости, создавая условия, стимулирующие сельское население расширять производство хлопка. С 1996 года осуществляются специальные программы создания рабочих мест в сельской местности. Официальный уровень безработицы в 1990-е годы составлял менее 1% (Таблица 3), хотя по данным альтернативных оценок он был выше (5,3% по методике Международной организации труда). Одной из форм безработицы являются принудительные отпуска или сокращение продолжительности рабочей недели (11,16). Кроме того, многие люди, не имеющие постоянной работы, скрывают от налогообложения крупные суммы доходов, полученных от незарегистрированной трудовой деятельности. По этой причине официальные данные об уровне безработицы следует интерпретировать с осторожностью.

Паритет покупательной способности (ППС) не одинаков на всей территории страны. Восточная часть Узбекистана, в особенности город Ташкент, экономически более развита, чем остальные районы (13,14). В реальных цифрах процент населения, живущего ниже черты бедности (4 долларов США в день на душу населения, ППС), за переходный период возрос незначительно (24% в 1987-1988 гг. и 29% в 1993-1994 гг.) в связи с инфляцией цен на потребительские товары и

сокращением бюджетных ассигнований, направляемых на выплату пособий по социальному обеспечению и заработной платы в государственном секторе. В других ННГ рост этого показателя был очень значительным. С другой стороны, считается, что зарегистрированный реальный уровень доходов в стране в 1991-1994 гг. снизился вдвое, и это снижение среднего уровня доходов не отражает увеличивающегося разрыва в распределении доходов и возрастающих объемов незарегистрированных доходов.

Организационная структура и управление

Организационная структура системы здравоохранения

Основное участие в организации системы здравоохранения в Узбекистане и управлении ею принимают президент, Кабинет министров, Верховный совет, Министерство здравоохранения, Министерство финансов, областные и районные органы здравоохранения, а также сеть медицинских учреждений (Рис. 2).

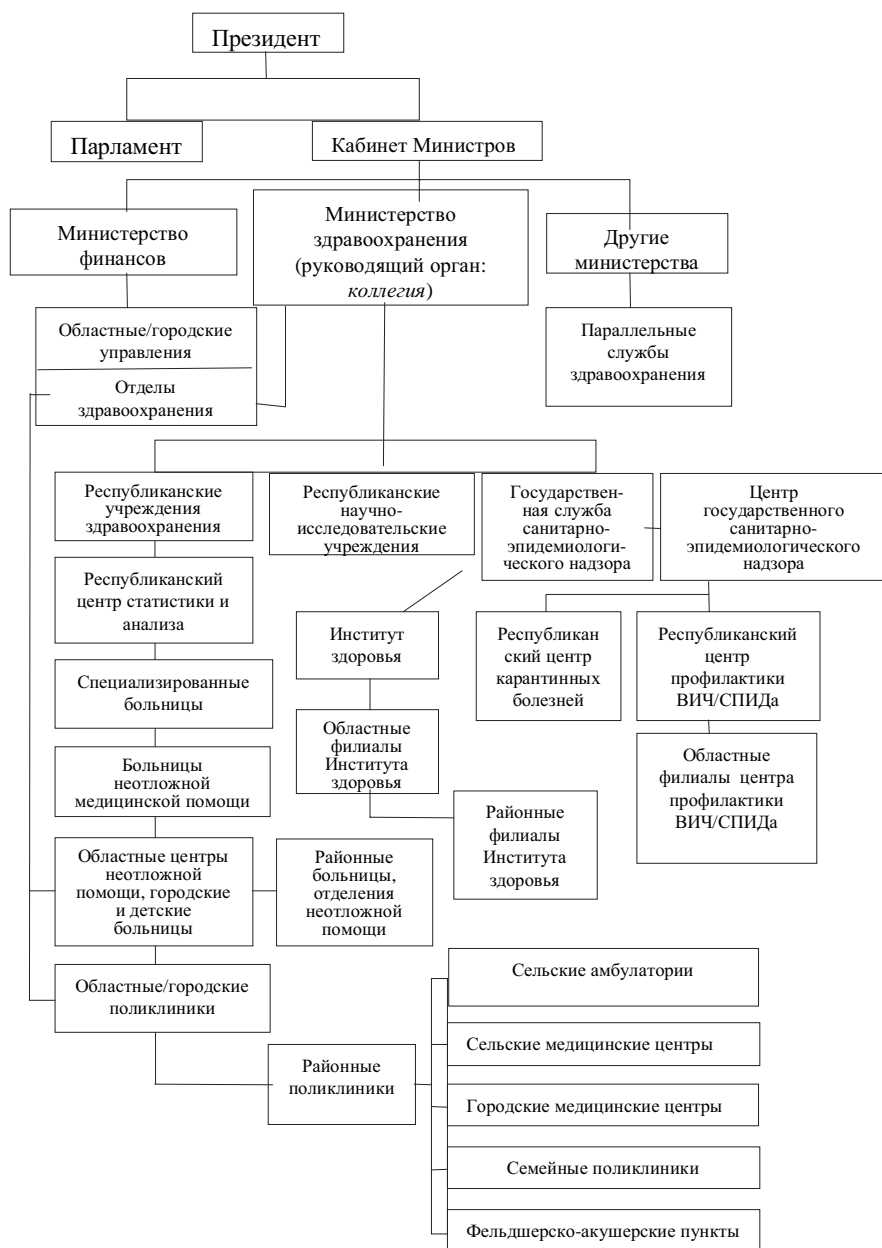
Кабинет министров, возглавляемый президентом, отвечает за разработку национальной политики в области здравоохранения. Он принимает решения о финансировании программ медико-санитарной помощи и научно-исследовательских работ в области медицины, осуществляет контроль за состоянием окружающей среды, обеспечивает соблюдение единых стандартов сбора и обработки информации по вопросам здравоохранения, а также координирует и контролирует деятельность всех государственных органов по охране здоровья.

Верховный совет принимает законодательные акты по вопросам здравоохранения, утверждает бюджет национальных служб здравоохранения Узбекистана и осуществляет контроль за его исполнением. В обсуждении проектов законов в области здравоохранения принимает участие комитет Верховного совета по социальным вопросам и занятости.

Главную роль в организации, планировании и управлении системой здравоохранения играет Министерство здравоохранения, являющееся “структурным подразделением Кабинета министров” (4). Краткое описание функций отдельных управлений и отделов Министерства здравоохранения приводится ниже. Центральным органом Министерства здравоохранения, ответственным за принятие решений, является *коллегия*. В состав *коллегии* входят министр здравоохранения, заместитель министра, представитель правительства, имеющий статус наблюдателя на заседаниях *коллегии*, советник министра, руководитель отдела здравоохранения при администрации города Ташкента и председатель Общества Красного Полумесяца.

Министерство финансов подготавливает бюджет для утверждения Верховным советом и распределяет средства по регионам, включая ассигнования на развитие служб здравоохранения и капиталовложения.

Рис. 2. Организационная структура системы здравоохранения



На региональном уровне каждая из 12 областей и город Ташкент управляются административным органом, называемым *хокимият*, главой которого является губернатор (*хоким*), назначаемый президентом. Региональные органы власти образуют новую систему регионального управления, которая заменила бывшие районные и городские исполнительные комитеты (*исполкомы*), являвшиеся частью советской системы власти в годы коммунистического правления. Финансовые

отделы этих органов осуществляют сбор значительной доли государственных доходов, часть которых остается в их распоряжении. Региональные власти осуществляют руководство службами медико-санитарной помощи через отделы здравоохранения. Степень автономности колеблется в зависимости от региона.

Следующим иерархическим уровнем системы управления является администрация района (*тумана*), которую возглавляет местный *хоким*. Районные органы власти получают все более широкие полномочия по управлению средствами социальной помощи и руководству службами здравоохранения и социального обеспечения.

На уровне общин функционируют местные общинные советы самоуправления (*махалла*) (3). Общинные советы выполняют задачи, связанные с местным управлением и оказанием социальной помощи.

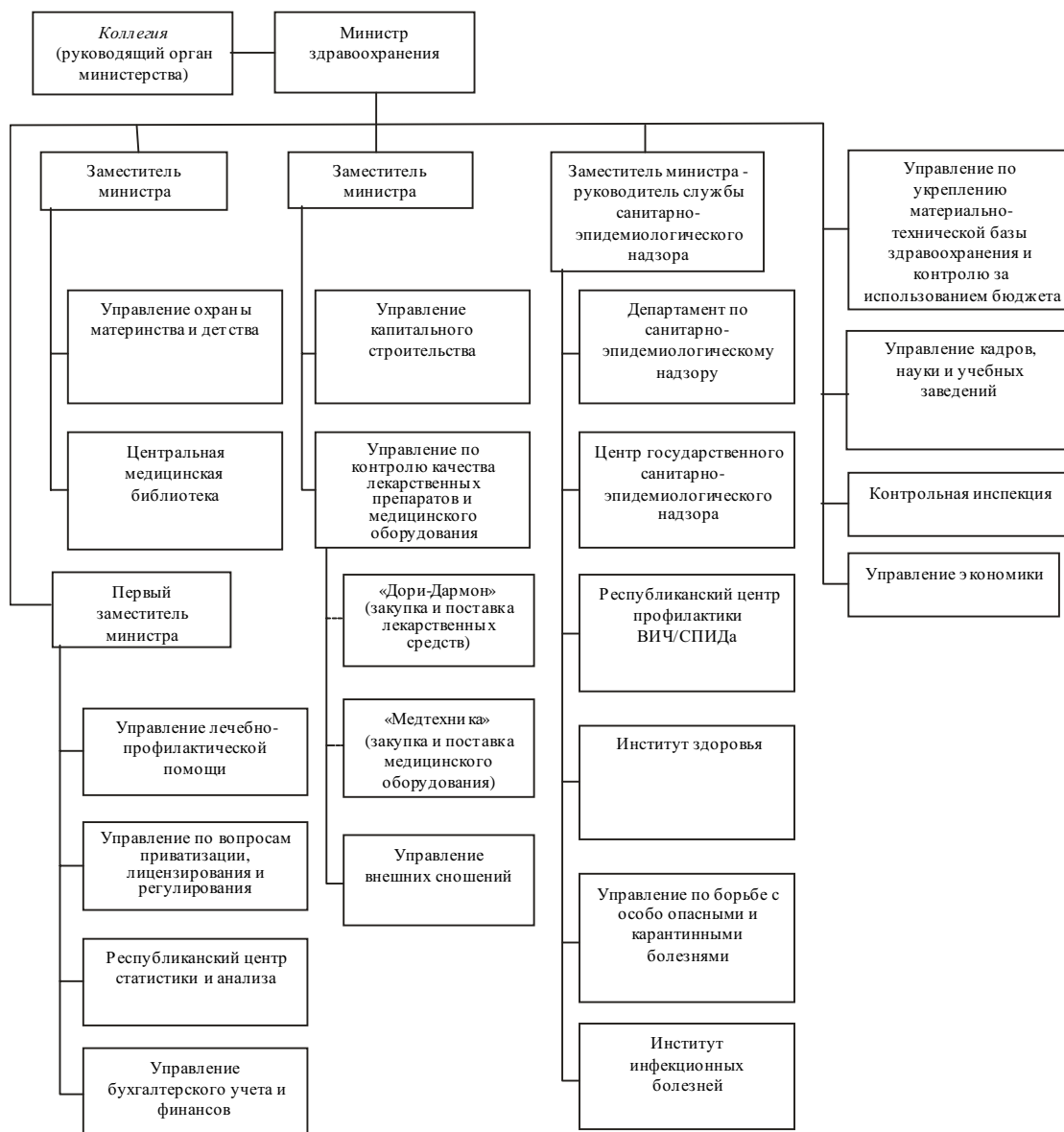
В состав государственной системы здравоохранения входят также научно-исследовательские учреждения, включая семь государственных медицинских институтов и медицинский факультет Нукусского университета, другие специализированные учреждения здравоохранения и 253 санитарно-эпидемиологические станции республиканского, областного и районного уровней.

Министерство здравоохранения

Министерство здравоохранения разрабатывает законодательные и нормативные акты в области здравоохранения, устанавливает стандарты качества работы медико-санитарных служб и определяет объем предоставляемых ими услуг, осуществляет контроль качества медико-санитарной помощи, устанавливает приоритетные направления медицинских исследований, осуществляет мониторинг состояния здоровья населения, разрабатывает учебные программы для подготовки медицинских специалистов, выдает лицензии и сертификаты учреждениям медико-санитарной помощи и координирует вопросы предоставления международной помощи на нужды здравоохранения. Министерство здравоохранения направляет деятельность Министерства здравоохранения Каракалпакской Автономной Республики и осуществляет контроль за деятельностью областных, городских и районных отделов здравоохранения.

За последние несколько лет структура Министерства здравоохранения Узбекистана (Рис.3) неоднократно менялась. По сравнению с первыми годами независимости, было значительно сокращено количество отделов и сотрудников, что компенсируется выполнением определенного объема работ на контрактной основе внешними консультантами. Названия отделов часто менялись, в результате чего в официальных источниках информации они могут также именоваться по-разному.

Рис. 3. Организационная структура Министерства здравоохранения



Управление лечебно-профилактической помощи является одним из основных подразделений, которое отвечает за вопросы общего руководства и контроля за деятельностью служб здравоохранения. Это управление занимается разработкой методических рекомендаций по профилактике и лечению болезней. Управление по вопросам приватизации, лицензирования и регулирования выдает лицензии врачам и юридическим лицам негосударственного сектора на ведение медицинской деятельности, включая стоматологию. Управление охраны материнства и детства руководит деятельностью служб охраны здоровья матери и ребенка и осуществляет

контроль за предоставлением медико-санитарной помощи в этой области. Управление капитального строительства осуществляет программы по развитию материально-технической базы лечебных учреждений, включая оснащение их оборудованием и строительство новых объектов. Управление по контролю качества лекарственных препаратов и медицинского оборудования создано в 1995 году для контроля качества лекарственных средств и наделено как исполнительными, так и регулирующими функциями. Основной задачей Департамента по санитарно-эпидемиологическому надзору является общий контроль за санитарно-эпидемиологической ситуацией в республике и борьба с инфекционными болезнями. В его функции входит также осуществление контроля за деятельностью всех санитарно-эпидемиологических учреждений. Управление кадров, науки и учебных заведений занимается вопросами обучения и подготовки медицинского персонала, изучения потребностей в медицинских кадрах и планирования. Это управление совместно с Министерством просвещения и Министерством высшего и специального образования также разрабатывает программы подготовки медицинских кадров. В задачи Контрольной инспекции Министерства здравоохранения входит осуществление контроля за проведением реформ в области здравоохранения, организация юридического контроля за системой закупки фармацевтических препаратов и экспертиза юридической и отчетной документации, подготавливаемой другими управлениями министерства.

Закупкой и поставкой лекарственных средств занимается агентство “Дори-Дармон”. Значительная часть акций этой частично приватизированной компании по-прежнему находится в собственности государства. Поставки медицинского оборудования осуществляются агентством “Медтехника”, имеющим аналогичную структуру собственности.

Министерство финансов

Министерство финансов участвует в переговорах по бюджетным вопросам, подготавливает бюджет системы здравоохранения для утверждения Верховным советом и утверждает сметы расходов на капиталовложения для служб здравоохранения. Министерство финансов имеет собственную сеть областных управлений.

Параллельные службы здравоохранения

Параллельные службы здравоохранения занимаются оказанием медико-санитарной помощи сотрудникам ряда организаций, предприятий и министерств, включая Кабинет министров, Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Управление железнодорожного транспорта, Управление гражданской авиации и национальную авиакомпанию. Союз писателей и художников также располагает собственной сетью служб здравоохранения. Около 75 крупных промышленных предприятий имеют собственные медицинские подразделения. Все параллельные службы здравоохранения находятся в ведении Министерства здравоохранения,

которое осуществляет контроль за методами лечения, применяемыми учреждениями параллельной системы здравоохранения. Вопросами руководства и распределения ресурсов занимаются сами медицинские учреждения и организации, к которым они относятся.

Частные организации и службы здравоохранения

Большинство аптек и стоматологических клиник в настоящее время являются частными коммерческими организациями. Однако лишь небольшое число крупных больниц и поликлиник стали осуществлять свою деятельность на коммерческой основе. К концу 1999 года приблизительно 1850 врачей получили лицензии на право заниматься частной практикой. Теоретически только эти врачи имеют право заниматься частной медицинской практикой. Официальные данные об истинных объемах частной врачебной практики в Узбекистане отсутствуют.

Профсоюзы, профессиональные ассоциации и медицинские общества

В годы советской власти членство в профсоюзах было обязательным. Профсоюзы должны были осуществлять контроль за соблюдением социально-экономических прав и интересов рабочих и служащих и находились под сильным влиянием работодателей. Деятельность профсоюзов финансировалась за счет налогов на фонд заработной платы. Конституция Республики Узбекистан 1992 года (Статья 34) дает гражданам Узбекистана право объединяться в профессиональные союзы, политические партии и другие общественные объединения и декларирует, что членство в профессиональных союзах является добровольным (Статья 59) (3). Существуют профсоюзы для медицинских работников высшего и среднего звена. Согласно Конституции, профессиональные союзы, политические партии, научные общества и профессиональные ассоциации имеют статус общественных объединений. Некоторые из них являются полуправительственными организациями, пользующимися организационной и финансовой поддержкой государства.

В Узбекистане имеется несколько ассоциаций медицинских специалистов. В годы советской власти такие ассоциации существовали почти в каждой области медицины. Большинство из них не имеют официального статуса или представительства в органах, отвечающих за выработку политики в области здравоохранения. Крупнейшими профессиональными объединениями медицинских специалистов являются Ассоциация врачей, Ассоциация стоматологов, Ассоциация психиатров и Ассоциация дерматологов и венерологов. Ассоциация медицинских сестер была создана в 1997 году в рамках Ассоциации среднего медицинского персонала и фармацевтов, насчитывающей около 20 000 членов, включая 4800 медицинских сестер.

Добровольные организации

Точное количество неправительственных организаций (НПО), действующих в Узбекистане, в том числе в области здравоохранения, неизвестно (10). По результатам телефонного опроса, проведенного в 1999 году, не менее 45 НПО занимаются деятельностью, связанной с охраной здоровья (10). Как правило, НПО официально не рассматриваются в качестве партнеров для развития социальной сферы, в связи с чем координация деятельности между правительственными и добровольными организациями носит ограниченный характер (1). Само понятие НПО воспринимается с некоторым опасением. Взаимоотношения между НПО и государством не всегда четко определены. Частично это может быть связано с отсутствием конкретных положений о НПО в действующем законодательстве. Национальный центр по правам человека в Узбекистане, Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе и другие международные организации совместно выступили с инициативой о проведении обзора деятельности НПО и подготовили предложения по разработке национального законодательства о НПО (2).

Планирование, регулирование и управление

Охрана здоровья в Узбекистане являются неотъемлемой частью государственной социальной политики, охватывающей вопросы занятости, формирования доходов, социальной защиты, пенсионного обеспечения, образования, защиты прав женщин и прав потребителей. Организация системы здравоохранения основана на интегрированной модели Семашко, согласно которой предоставление большей части медико-санитарной помощи обеспечивает государство (все службы здравоохранения функционируют в рамках государственной системы), а работники здравоохранения являются государственными служащими.

Главным органом, занимающимся вопросами планирования, руководства и регулирования служб здравоохранения, является Министерство здравоохранения. Национальные программы в области здравоохранения, включая реформирование системы медико-санитарной помощи, утверждаются Кабинетом министров и обычно разрабатываются Министерством здравоохранения. В период после получения независимости первоочередными задачами программ в области здравоохранения являлись охрана здоровья матери и ребенка, профилактика инфекционных болезней, охрана окружающей среды и развитие системы первичной медико-санитарной помощи.

В рамках Министерства здравоохранения вопросами общего руководства системой здравоохранения занимается, в основном, Управление лечебно-профилактической помощи при поддержке Управления экономики (финансового планирования) и Управления кадров, науки и учебных заведений (кадрового планирования). В настоящее время в Министерстве здравоохранения создается отдел планирования (Управление по укреплению материально-технической базы здравоохранения и контролю за использованием бюджета), в задачи которого будет входить также разработка методики планирования и расчета соответствующих

показателей для правильного распределения бюджетных средств (17). Министерство здравоохранения устанавливает плановые нормативы для распределения финансовых ресурсов и руководства деятельностью учреждений здравоохранения на региональном уровне. Количество лечебных учреждений и медицинских кадров на душу населения колеблется в широких пределах в зависимости от региона, и это же касается уровня расходов на нужды здравоохранения и показателей состояния здоровья населения. Существуют опасения, что планирование на основе оценки потребностей в области здравоохранения в разных регионах проводится не систематически и что официальные отчеты нередко могут отражать желаемое, а не реальное положение дел (2).

Руководство службами здравоохранения в регионах осуществляется соответствующими региональными управлениями. Они распределяют ресурсы между учреждениями здравоохранения на основании нормативов, устанавливаемых Министерством здравоохранения. Региональные управления отвечают за выработку стратегий развития системы здравоохранения на региональном уровне, и каждая область определяет собственную программу работ по приоритетным направлениям в рамках национальных программ в данном регионе. Региональные управления должны разрабатывать стратегические планы действий на пятилетний период и оперативные планы на каждый год. Они отвечают также за обеспечение своих регионов лекарственными средствами и медицинским оборудованием, предоставление населению медико-санитарной помощи на должном уровне и располагают собственными санитарно-эпидемиологическими службами и службами оказания помощи при чрезвычайных ситуациях. Кроме того, региональные управления отвечают за предоставление реабилитационной помощи инвалидам, привлечение финансовых средств и социальную защиту населения.

Децентрализация системы здравоохранения

Децентрализация системы здравоохранения в Узбекистане осуществляется поэтапно. Процесс принятия решений на общенациональном уровне будет оставаться централизованным, чтобы избежать препятствий в проведении реформ и обеспечить гарантированный доступ к службам здравоохранения в условиях нерегулируемых рыночных отношений (18). Децентрализация, в основном, проявляется в передаче полномочий на использование бюджетных средств с республиканского на региональный уровень, при сохранении строго вертикальной структуры и необходимости придерживаться общенациональных принципов и норм для принятия решений на региональном уровне. Министерство здравоохранения осуществляет строгий контроль за соблюдением принципов планирования, разработанных центральными органами. Кроме того, степень автономии региональных управлений здравоохранения колеблется в значительных пределах в зависимости от региона, что может объясняться разными уровнями экономического развития и эффективности производства. В некоторых областях

могут менее эффективно использоваться возможности изыскания собственных ресурсов для автономного управления местными службами здравоохранения. Для достижения плановых показателей такие регионы могут также в большей степени полагаться на поддержку центра.

Приватизация

За период существования независимого государства во многих областях был совершен быстрый переход от государственной к частной собственности. Было приватизировано около 75 000 предприятий (2).

Роль частного сектора в предоставлении медико-санитарной помощи и финансировании служб здравоохранения с 1991 года постепенно возрастала. Это делалось с целью изыскания альтернативных источников финансирования и повышения качества и эффективности работы служб здравоохранения (17).

Однако приватизация понимается преимущественно как выдача лицензий на занятие частной практикой и получение платы за услуги от предприятий и физических лиц. Таким образом, нередко рабочим определением приватизации служит разрешение на получение платы. В отношении учреждений, приватизированными считаются все независимые организации государственного сектора, функционирующие на принципах самофинансирования, а также коммерческие организации. В этом случае понятие приватизации также связывается с официальным разрешением на получение платы.

Первый этап приватизации, в ходе которого были приватизированы 2200 аптеки, магазины оптики и вспомогательные службы в некоторых медицинских учреждениях, начался в 1993 году. В 1994 году была осуществлена частичная приватизация компании “Фармация”, являвшейся монополистом в области распределения лекарственных средств, вместе с ее региональными подразделениями, в результате чего было образовано акционерное общество “Дори-Дармон”, занимающееся оптовой торговлей фармацевтической продукцией. Аптеки, ранее входившие в состав “Фармации”, были приватизированы либо путем продажи их частным фармацевтам, либо за счет создания корпораций. Фармацевты через акционерные компании владеют 30% акций компании “Дори-Дармон”. Еще 35% продолжают находиться в собственности государства, а оставшаяся часть акций принадлежит физическим лицам. Таким образом, эта компания все еще находится под контролем государства.

На втором этапе приватизации была предпринята попытка увеличить количество частных больниц и поликлиник, общее число которых в 1999 году составило 1526.² Больше распространение получила практика создания частных подразделений при больницах или поликлиниках, функционирующих в рамках государственной системы здравоохранения, которые занимаются предоставлением услуг, не входящих в официальный перечень видов медико-санитарной помощи, предоставляемой государственными учреждениями бесплатно. Остается неясным как осуществляется контроль за работой частных учреждений здравоохранения и качеством услуг, которые они предоставляют. Все частные медицинские учреждения обязаны предоставлять не менее 20% услуг в рамках государственной

системы здравоохранения. Таким образом, не менее 20% общего объема таких услуг оплачивается государством.

С 1995 года Министерство здравоохранения начало выдачу официальных лицензий на частную медицинскую практику. Количество выданных лицензий возросло с 504 в 1995 году до около 2500 в 1999 году. Большинство частнопрактикующих врачей являются стоматологами, педиатрами и терапевтами. Для получения лицензии необходимо иметь стаж работы по специальности не менее 5 лет и письменное согласие местного губернатора, региональных санитарно-эпидемиологических служб и местных органов власти. Плата за лицензию невелика. Только лицензированные частнопрактикующие врачи имеют право заниматься предоставлением услуг на коммерческих условиях, принимая плату непосредственно от потребителей услуг и не получая государственной зарплаты. Некоторые станции дезинфекции при санитарно-эпидемиологических службах были приватизированы и функционируют в качестве самостоятельных подразделений в рамках государственной системы здравоохранения. Сектор частных услуг вырос с уровня 1,7% государственного бюджета на нужды здравоохранения в 1991 году до 5,8% в 1995 году, а объем медико-санитарной помощи, предоставляемой частным сектором, увеличился до примерно 10% от общего объема таких услуг.

В рамках пилотного проекта в 1995 году были приватизированы семь фельдшерских пунктов. Приватизация фельдшерско-акушерских пунктов продолжает вызывать споры. Прекращение выдачи государственной заработной платы этой категории медицинских работников может затруднить доступ к службам основной первичной медико-санитарной помощи для жителей сельских районов. У сельских жителей обычно не хватает средств для оплаты медицинских услуг.

Считается, что частные учреждения лучше оснащены оборудованием и предоставляют медико-санитарную помощь более высокого качества. В то же время государство осуществляет довольно слабый контроль за качеством предоставляемых услуг. Процедура получения лицензии на занятие частной практикой не предусматривает регулирования качества и стоимости медицинских услуг, предоставляемых частным сектором. Частнопрактикующие врачи не обязаны вести статистический учет результатов лечения пациентов и не должны составлять финансовых отчетов. Местные санитарно-эпидемиологические станции ежегодно проверяют соблюдение санитарно-гигиенических норм в помещениях и зданиях, где работают частнопрактикующие врачи.

² Разные источники приводят разные данные о численности частных учреждений, что объясняется различиями между определениями понятия "частная организация здравоохранения".

Финансирование и расходы в области здравоохранения

Основная система финансирования и охват населения

Финансирование

Сектор здравоохранения находится в числе отраслей народного хозяйства наиболее пострадавших от экономического кризиса за период после получения независимости. Основным источником финансирования этого сектора остается государственный бюджет. Объем государственных расходов на нужды здравоохранения поддерживается на уровне около 4,5% от ВВП. Основными источниками поступления средств в государственный бюджет, общий объем которого составляет приблизительно 460 миллиардов сумов в год (около 4,1 миллиардов долларов США), являются торговля и налогообложение.

Большая часть налоговых поступлений приходится на долю подоходного налога, налога на прибыль предприятий и налога на реализацию отечественных товаров и услуг (Таблица 4).

Таблица 4. Налоговые поступления в процентах от ВВП, 1993–1998 гг.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Налог на прибыль предприятий	7.5	6.1	8.5	9.9	7.2	6.1
Подоходный налог с физических лиц	2.8	2.6	2.8	3.6	4.0	3.7
Налог на добавленную стоимость	9.3	5.0	5.7	6.4	7.5	9.8
Акцизные сборы	5.7	7.3	8.3	10.1	6.0	6.1
Налоги на собственность, землю и природные ресурсы	0.2	0.4	1.5	1.7	2.4	3.9
Прочие налоговые и неналоговые поступления	7.7	5.9	6.8	1.9	2.2	1.7

Источник: Международный валютный фонд (12).

В 1999 году 32% всех налоговых поступлений было получено на счет налога на добавленную стоимость, доля акцизных сборов снизилась до 17%, а поступления за счет подоходного налога с физических лиц и налога на прибыль предприятий возросли до 16%. На долю налога на землю приходится 5%, а 17% бюджетных доходов получены за счет других источников. 12% доходов государства приходится на долю государственного пенсионного фонда.

Государственный бюджет складывается из доходов, собираемых централизованно на республиканском уровне, и отчислений из нескольких региональных бюджетов, включая Каракалпакскую Автономную Республику, 12 областей и город Ташкент. Доля доходов, собираемых централизованно, снизилась с 58% от общей суммы доходов в 1991 году до 47% в 1997 году; соответственно, доля поступлений из региональных бюджетов увеличилась с 42% до 53%.

Имеющаяся информация об источниках доходов носит ограниченный характер. По оценкам Министерства финансов, в 1998 году на нужды

здравоохранения было ассигновано около 38 миллиардов сумов (340 миллионов долларов США), т.е. 8,8% всего государственного бюджета. В 1999 году на нужды здравоохранения (за исключением расходов на капиталовложения, которые включены в другой раздел бюджета) было выделено 56 миллиардов сумов (500 миллионов долларов США), что соответствовало 9,6% государственного бюджета. В 2000 году планировалось увеличить долю бюджетных средств, направляемых на нужды здравоохранения, до 10,5%.

Добровольное медицинское страхование в настоящее время не играет никакой роли в финансировании системы здравоохранения в Узбекистане.

Большая часть доходов системы здравоохранения получена за счет прямых платежей потребителей этих услуг. Официальные данные об общей сумме затрат на медико-санитарную помощь могут быть занижены, так как они не учитывают размеров неофициальных платежей населения за услуги, которые широко распространены.

Молодежный фонд, контролируемый Кабинетом министров, оплачивает расходы на здравоохранение для детей и подростков.

Согласно официальной статистике, около 7% доходов системы здравоохранения приходится на долю параллельных служб здравоохранения, однако эти данные могут быть занижены, поскольку в некоторых областях, например в Навои, на их долю приходится 50% расходов. Точные данные отсутствуют.

Охват населения

Система здравоохранения в Узбекистане обеспечивает охват всего населения республики. Конституция 1992 года декларирует, что “каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание” (3). Закон об охране здоровья граждан Республики Узбекистан, принятый в 1996 году, подтверждает право граждан на получение медико-санитарной помощи и доступность служб здравоохранения для всего населения республики. Это касается всех служб здравоохранения, включая женские консультации, родильные дома, педиатрические службы, иммунизацию, планирование семьи, поликлиники и службы специализированной медицинской помощи.

За исключением некоторых групп населения и отдельных служб, получение медико-санитарной помощи требует дополнительных платежей. Некоторые группы пациентов, включая детей, инвалидов и другие группы повышенного риска, имеют право на получение лекарственных средств бесплатно или со скидкой (Министерство здравоохранения возмещает аптекам разницу в стоимости).

Медицинская помощь: предоставляемые услуги и их нормирование

Нормирование означает введение платы для потребителей за некоторые виды медицинских услуг и исключение из пакета услуг, предоставляемых за счет

государства, лекарственных средств для амбулаторных пациентов. Фармацевтические препараты остаются главным видом услуг, требующим дополнительной платы со стороны потребителей. В стационарах пациенты получают лекарственные средства бесплатно (хотя, на практике, некоторые больницы не располагают достаточными средствами для их предоставления). Большинство амбулаторных больных должны приобретать лекарственные средства самостоятельно, что может являться сдерживающим фактором для их обращения за амбулаторной помощью. Пациенты стремятся к получению помощи в стационарах, и в ряде случаев фармацевты побуждают их к этому, чтобы избежать от необходимости самим оплачивать стоимость лекарственных средств.

Количество служб здравоохранения, финансируемых в рамках государственной системы, будет постепенно уменьшаться до 2005 года. В результате, останется лишь гарантированный базовый пакет услуг, финансируемых государством, который будет включать следующие три категории (17): службы первичной медико-санитарной помощи, службы неотложной медицинской помощи и службы медико-санитарной помощи при некоторых состояниях, имеющих особое значение для здоровья населения и/или общества, как например большинство инфекционных болезней, психические расстройства, рак, болезни эндокринной системы, и по охране материнства.

Финансирование деятельности всех других служб, не относящихся к этим категориям, будет осуществляться за счет пациентов, работодателей или, в ряде случаев, страховых обществ. В новой системе более 60% служб медико-санитарной помощи будут функционировать вне рамок государственной системы здравоохранения (17). Несмотря на то, что сердечно-сосудистые заболевания и хронические болезни легких являются основными причинами преждевременной смертности в Узбекистане, включение их в гарантированный пакет услуг, финансируемых государством, не предусматривается.

Дополнительные источники финансирования

Платежи из собственных средств

Объемы платежей из собственных средств не поддаются количественной оценке, однако имеются основания полагать, что на долю неофициальных и официальных платежей из личных средств пациентов приходится большая часть расходов на медико-санитарную помощь.

Эти платежи можно разделить на четыре группы. Во-первых, государственные учреждения здравоохранения устанавливают официальную плату за услуги здравоохранения и некоторые другие услуги (например, за аренду зданий, транспортных средств и курсы повышения квалификации). Во-вторых, взимается полуофициальная плата за расходные материалы (например, за лекарственные средства и другие медицинские материалы). В-третьих, медицинские работники получают от пациентов неофициальные платежи в качестве вознаграждения за предоставляемые ими услуги. В-четвертых, частнопрактикующие врачи назначают плату за предоставляемые услуги и материалы, основную долю которых

составляют лекарственные средства.

Плата за услуги разрешена официально с 1991 года. Имеется три категории льгот, предоставляемых в отношении оплаты услуг. Полностью освобождены от платы семьи с низким уровнем доходов, вдовы, имеющие несколько детей, ветераны войны в Афганистане, жертвы аварии на Чернобыльской АЭС и хронические больные (включая больных диабетом, астмой или туберкулезом). Пациентам с профессиональными заболеваниями предоставляется скидка в размере 50%, а некоторым пенсионерам - 20%. Неизвестно, предоставляется ли скидка безработным.

Учреждения здравоохранения в Узбекистане в настоящее время имеют право устанавливать плату за предоставляемые услуги. Такой источник доходов получает все более широкое распространение, и многие организации здравоохранения устанавливают плату за материалы и услуги, пользующиеся повышенным спросом, что часто бывает вызвано нехваткой бюджетных средств. К таким платежам относятся оплата полной стоимости видов медико-санитарной помощи, не имеющих жизненно важного значения, например стоматологическая помощь и косметические операции, платежи за больничное питание и лекарственные средства, а также официальные платежи для покрытия части затрат. Пациентам часто дают список лекарственных средств и медицинских материалов, которые они должны взять с собой в больницу.

По официальным оценкам, объемы платежей из собственных средств в процентном отношении к бюджету на нужды здравоохранения возросли с 1,5% в 1990 году до около 7% в 1999 году. Истинный уровень распространенности и объем неофициальных платежей из личных средств пациентов неизвестны. Неофициальные платежи за услуги здравоохранения на протяжении многих лет были широко распространены во всех республиках Центральной Азии. Их количественная оценка затруднена, поскольку, несмотря на широкое распространение такой практики, она не разрешена официально. Многие работники здравоохранения получают от пациентов неофициальное вознаграждение (10).

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование в Узбекистане практически отсутствует. Возможность принятия государственной схемы добровольного страхования рассматривалась с 1995 года, однако этот вопрос до настоящего времени не решен. Частные страховые компании разрабатывают систему сберегательных счетов на нужды здравоохранения. Некоторые частные страховые компании также развивают одну из форм страхования с правом выбора учреждения, предоставляющего медико-санитарную помощь. В их собственности находится определенное число коек в специализированных стационарах, они располагают собственным медицинским персоналом и собственными службами экстренной медицинской помощи.

Внешние источники финансирования

Внешние источники вносят существенный вклад в финансирование системы здравоохранения в Узбекистане, однако оценить их долю участия в количественном выражении трудно. Кроме того, данные о счетах национальных служб здравоохранения отсутствуют. В число спонсоров входят Всемирный банк, ВОЗ, Агентство Соединенных Штатов Америки по международному развитию, ЮНИСЕФ, Программа развития Организации Объединенных Наций, Фонд народонаселения Организации Объединенных Наций, Азиатский банк развития, Европейский Союз, Международный Красный Крест, Министерство международного развития Великобритании и правительства ряда стран, включая Италию и Норвегию (осуществляющие взносы через ВОЗ), а также Японии и США, которые являются крупнейшими донорами на двусторонней основе.

Крупным донором является Программа Европейского Союза ТАСИС, размер донорской помощи которой в 1998-1999 гг. составил 32 миллиона долларов США. 1 миллион евро из этой суммы был передан в распоряжение ВОЗ для деятельности по укреплению здравоохранения в двух экспериментальных регионах. Всемирный банк предоставил заем на сумму 30 миллионов долларов США для финансирования проекта, предусматривающего развитие потенциала здравоохранения, укрепление рентабельных служб, особенно служб первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, усиление финансирования и совершенствование методов управления системой здравоохранения. Одним из участников проекта Всемирного банка по подготовке кадров является Фонд Великобритании по научной и технической информации.

Согласно имеющимся оценкам, на долю этих источников финансирования приходится 2,0-2,5% от общей суммы доходов системы здравоохранения.

Расходы в области здравоохранения

Общие расходы

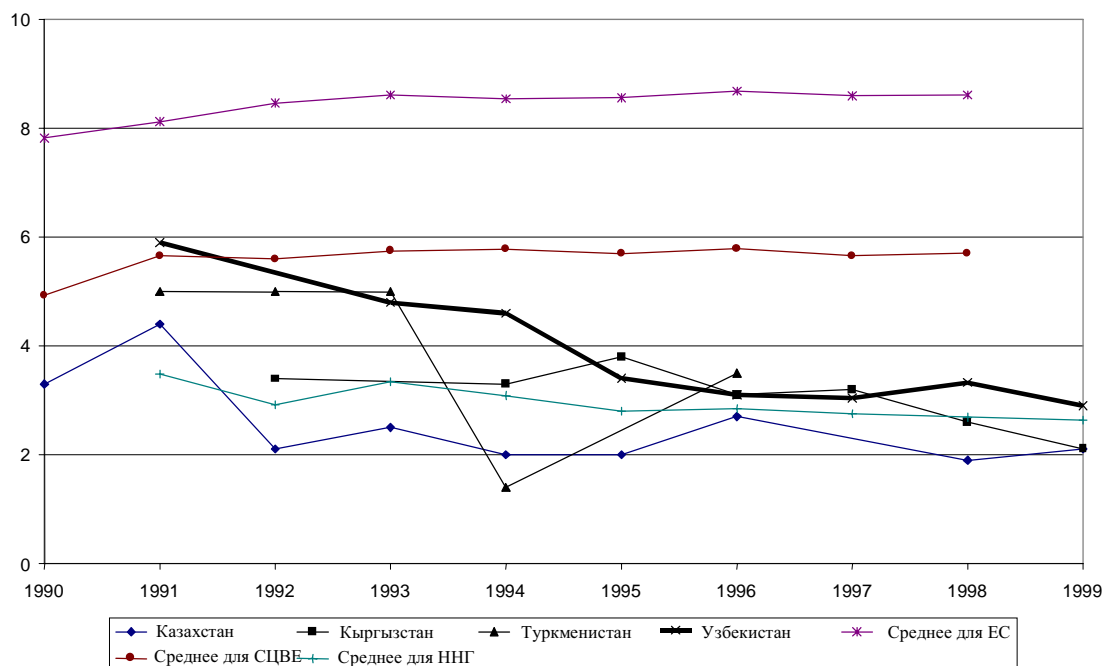
В переходный период в Узбекистане наблюдалась тенденция к снижению уровня расходов на здравоохранение. С 1991 года, когда он составлял 6,0% ВВП, что являлось самым высоким исходным показателем из всех республик Центральной Азии, их уровень постепенно снизился до 3,0% ВВП в 1997 году, но в 1998 году несколько вырос до 3,3% (Рис. 4).

Этот показатель является одним из самых низких в Европейском регионе, и официальные узбекские источники признают, что он ниже желаемого уровня (17) (Рис. 5). Сокращение объема государственных расходов произошло в результате падения ВВП, высокого уровня инфляции, прекращения субсидий из Москвы и сложностей со сбором налогов.

Информация о распределении расходов на здравоохранение по категориям

носит ограниченный характер (Таблица 5), и данные различных источников противоречат друг другу. Кроме того, все данные не вполне достоверны, поскольку они отражают только затраты государства, в то время как информация о расходах со стороны пациентов, включая неофициальные платежи, отсутствует.

Рис. 4. Расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в Узбекистане, некоторых других странах, ННГ и ЕС, 1990-1999 гг.



Вопросами распределения бюджета занимается Министерство финансов. Как и во многих других ННГ, расходы на здравоохранение выделены в отдельные статьи бюджета. Определение размеров затрат на отдельные виды медико-санитарных услуг, например на стационарное лечение, затруднительно. Бюджетные расходы распределяются по регионам. Учет капиталовложений ведется по другой статье бюджета. Составление суммарного отчета, включающего все звенья национальной системы здравоохранения, сопряжено с определенными трудностями. Кроме того, учет расходов на фармацевтические препараты иногда ведется отдельно, что затрудняет проведение сравнений с другими странами.

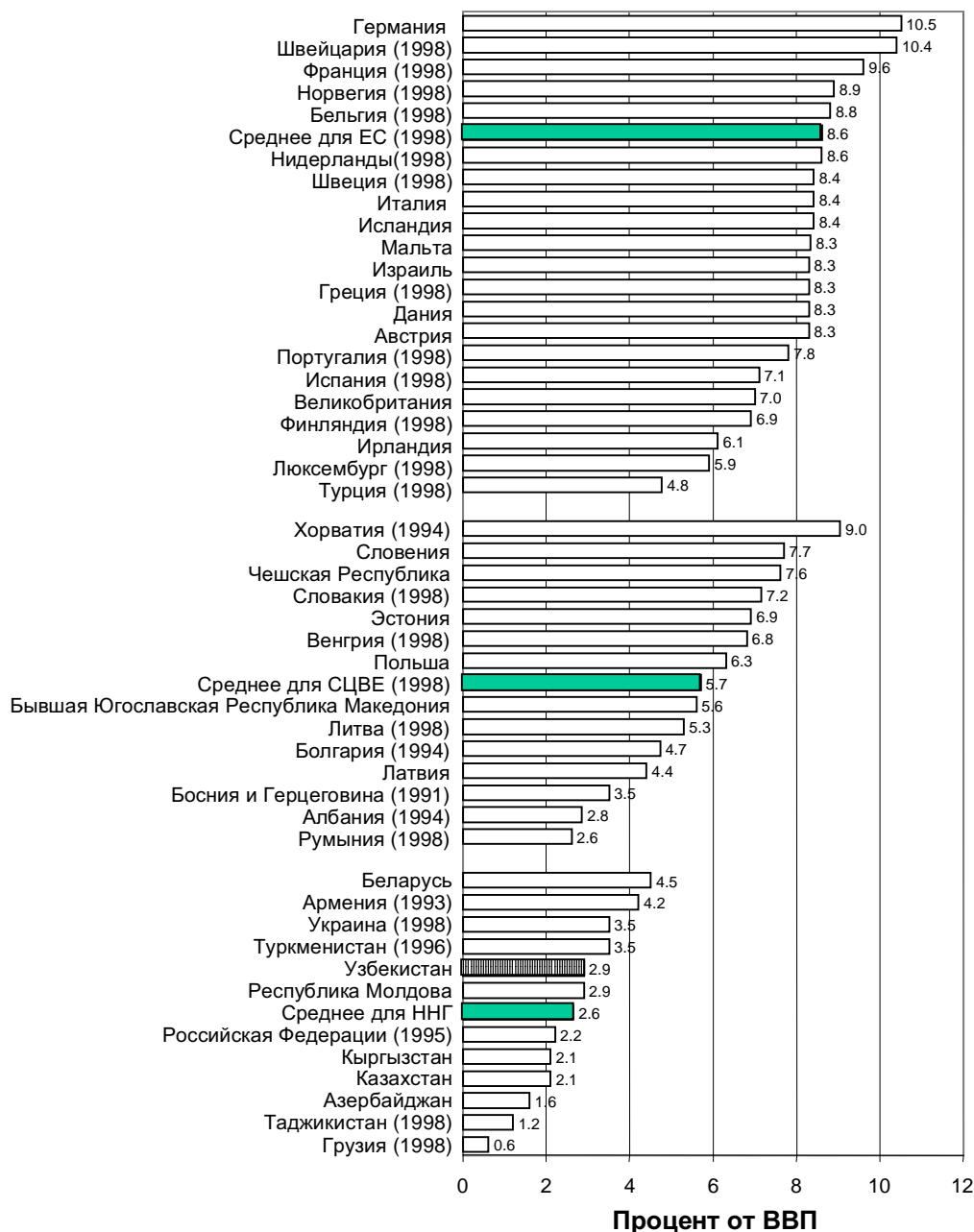
Таблица 5. Расходы на медико-санитарную помощь по категориям в процентах от всей суммы расходов на здравоохранение, 1990–1997 гг.

Категория расходов	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Стационарное лечение (%) ^b	NA	NA	NA	NA	NA	75.9	63.0	47.0
Фармацевтические препараты (%) ^b	NA	NA	NA	6.0	6.6	14.2	8.6	10.0
Капиталовложения (%) ^b	NA	NA	NA	6.4	5.0	10.6	1.6	1.7

Источники: ^a Международный валютный фонд (5); ^b База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”.

NA: данные отсутствуют.

Рис. 5. Общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП в странах Европейского региона ВОЗ в 1999 году (или в последнем году, по которому имеются данные).



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”. СЦВЕ - страны Центральной и Восточной Европы. ННГ - Новые Независимые Государства, ранее входившие в состав СССР.

В 1995 году большая часть расходов в больничном секторе приходилась на выплату заработной платы (30,4%), за ними следовали управленческие расходы (18,1%), расходы на питание (15,3%) и фармацевтические препараты (13,2%). Данные о составе оставшейся части расходов (23%) отсутствуют. Либерализация цен привела к изменению структуры расходов на службы здравоохранения (2). Доля бюджетных средств, направляемых на питание больных в стационарах, в период с 1992 по 1998 гг. возросла вдвое, что было в некоторой мере компенсировано сокращением государственных расходов на медицинское оборудование, инструменты и фармацевтические препараты.

20% расходов на фармацевтические препараты приходится на амбулаторную помощь, а 80% - на стационарное лечение.

Расходы на санитарно-эпидемиологическую службу составляют, в среднем, 4-6% региональных бюджетов.

Сдерживание затрат

Проведение полного обзора мер по сдерживанию затрат, предпринимаемых в Узбекистане, затруднительно. В 1991-1992 гг. Министерство здравоохранения изменило политику финансирования, предусматривавшую составление постатейных бюджетов. Амбулаторные и поликлинические учреждения финансировались в соответствии с количеством посещений, а больницы - исходя из количества пациентов, прошедших лечение. В конце 1992 года такая форма финансирования была прекращена.

В 1995 году Министерство здравоохранения провело ряд специальных мероприятий, направленных на снижение затрат. Эти меры включали введение института дневных стационаров и амбулаторных центров хирургии, что, по имеющимся оценкам, позволило сэкономить 4,4% бюджетных средств, ассигнуемых на нужды здравоохранения. Важную роль в снижении затрат сыграли такие меры, как привлечение внебюджетных средств, в основном за счет введения платы за услуги, приватизация учреждений здравоохранения и введение частной практики.

В период с 1991 по 1997 гг. в структуре расходов на стационарное и амбулаторное лечение произошли изменения. Объем средств, направляемых в стационары, уменьшился с 80% до примерно 50% всей суммы бюджетных расходов на здравоохранение (4). В 1991-1997 гг. общее число больничных коек было сокращено на 104 200 (41%) (4). Это было осуществлено за счет уменьшения количества коек в стационарах и закрытия ряда больниц, что должно было позволить снизить расходы на содержание больничного сектора.

Для компенсации такого сокращения больничного сектора в Узбекистане были введены новые формы дневной медицинской помощи, включая амбулаторные центры хирургии и прием пациентов в поликлинических центрах и больницах.

Система медицинского обслуживания

Первичная медико-санитарная помощь и службы общественного здравоохранения

Предоставление медико-санитарной помощи в городах и сельской местности организовано по-разному. Первичным пунктом обращения в сельских районах исторически являются пункты фельдшерско-акушерской помощи. Первичная медико-санитарная помощь (и некоторые виды вторичной медицинской помощи) в городах предоставляется поликлиниками. Второй уровень первичной помощи в сельских районах предоставляется сельскими поликлиниками (сельскими врачебными амбулаториями - СВА) или поликлиниками в городах и наиболее населенных сельских районах. Вторичная медицинская помощь предоставляется больницами нескольких типов. В каждом районе имеется центральная районная больница. В дополнение к этой районной системе здравоохранения в некоторых городах функционируют собственные больницы и диспансеры. В центральной больнице обычно имеется родильное отделение, отделение хирургии и детское отделение. Областные больницы имеют более широкие возможности для предоставления вторичной медицинской помощи на областном уровне. Имеются также специализированные больницы, которые нередко принадлежат крупным промышленным предприятиям или государственным ведомствам. Третичная медицинская помощь предоставляется учреждениями республиканского уровня. Высокоспециализированные больницы при научно-исследовательских институтах расположены в крупных городах. Система здравоохранения состоит из сети более 6000 медицинских учреждений первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи (Таблица 6).

Некоторые учреждения здравоохранения, особенно предоставляющие первично-санитарную помощь, не имеют систем центрального водоснабжения, отопления или канализации и испытывают острую нехватку медицинского оборудования. Это касается, в особенности, сельских пунктов, которые охватывают 62,5% населения.

Первичная медико-санитарная помощь

Фельдшерско-акушерский пункт, являющийся пунктом первичного обращения за медицинской помощью, является самым периферийным звеном служб медико-санитарной помощи для сельского населения в Узбекистане. Фельдшерско-акушерские пункты были созданы еще в годы советской власти, и они обеспечивают доступ к основным службам здравоохранения, поскольку почти для всего населения республики расстояние до ближайшего фельдшерско-акушерского пункта не превышает двух километров. Зона обслуживания фельдшерско-акушерского пункта включает от 600 до 3000 человек. Медицинский персонал

оказывает основную лечебную, дородовую и послеродовую помощь (помощь при родах обычно оказывается в стационарных условиях) и осуществляет некоторые мероприятия по укреплению здоровья населения, включая иммунизацию и медико-санитарное просвещение. В таких пунктах работают от одного до трех человек, обычно включая фельдшера и акушера. После получения независимости количество фельдшерско-акушерских пунктов было значительно сокращено, и в 1997 году их число составило 5251.

Таблица 6. Количество учреждений здравоохранения, 1996 и 1997 гг.

Учреждения здравоохранения	1996	1997
Общее число больниц	1 275	1 179
Региональные (областные) больницы (включая детские больницы)	28	25
Районные больницы (центральные районные больницы и районные больницы в сельских районах)	190	186
Сельские участковые больницы	420	321
Родильные дома	49	49
Стационарные отделения в поликлиниках	240	244
Другие специализированные больницы и учреждения	184	182
Поликлиники	3 098	3 790
Поликлинические отделения при больницах	871	890
Сельские медицинские центры	307	631
Частные стоматологические клиники	118	NA
Учреждения с отделениями реанимации и интенсивной терапии	396	NA
Станции переливания крови	29	23
Станции (отделения) скорой помощи	216	217
Санитарно-эпидемиологические станции	229	223
Медицинские службы при крупных промышленных предприятиях	61	75
Дневные стационары при поликлинических учреждениях	1 652	1 940
Отделения дневной медицинской помощи при больницах	812	873
Центры амбулаторной хирургии	183	219

Источник: Отдел статистики здравоохранения, Министерство здравоохранения (4).

NA: данные отсутствуют.

Следующим уровнем предоставления медико-санитарной помощи в сельских районах являются сельские врачебные амбулатории (СВА), штат которых обычно включает четырех врачей (терапевта, педиатра, акушера и стоматолога). Деятельность этих поликлиник контролируется руководителями районных служб здравоохранения.

Поликлиники обычно функционируют в городах и предоставляют услуги амбулаторной медицинской помощи от 60 000 до 80 000 человек каждая. Городские поликлиники обычно являются крупными учреждениями здравоохранения со штатом 10-20 человек и располагают собственными диагностическими и терапевтическими службами. В целом, в Узбекистане имеется 3790 поликлиник и клиник для амбулаторных пациентов при больницах, из которых 2900 имеют собственные здания, а 890 располагаются в больницах в виде поликлинических отделений. В штат поликлиники обычно входят терапевты, педиатры и другие специалисты. Существует три типа поликлиник - для взрослых, для детей и женские консультации. Поликлиники имеют диагностическое и лечебное оборудование, при этом между городскими и сельскими поликлиниками

имеются большие различия.

За исключением фельдшерско-акушерских пунктов, которые предоставляют первичную медико-санитарную помощь, традиционно не существовало строгого разделения на службы первичной и вторичной помощи. Целый ряд учреждений, включая поликлиники и некоторые больницы с амбулаторными отделениями, представляют услуги как первичной, так и вторичной медико-санитарной помощи.

Охрана здоровья матери и ребенка

Охрана здоровья матери и ребенка, в основном, осуществляется службами вторичной медико-санитарной помощи. Они осуществляют перинатальный, эмбриональный и послеродовой скрининг и проводят иммунизацию. Государственная программа дородовой и послеродовой вакцинации была принята в январе 1998 года. Амбулаторные отделения дородовой помощи были укреплены, в результате чего в 1997 году 67,5% беременных женщин прошли курс лечения в таких отделениях (4).

Станции скорой помощи

В Узбекистане имеется 217 станций скорой помощи. Станции скорой помощи могут быть самостоятельными или находиться при больницах. Они предоставляют экстренную медицинскую помощь 24 часа в сутки. В число их сотрудников входят врачи, фельдшеры и медсестры. Транспортировка пациентов при неотложных состояниях иногда затрудняется плохим техническим состоянием машин скорой помощи и их оборудования.

Новые формы организации первичной медико-санитарной помощи

В настоящее время по всей стране создаются сельские медицинские центры (сельские врачебные пункты - СВП), каждый из которых должен обслуживать от 4000 до 6000 человек (в отдаленных районах до 10000 человек). В 1997 году было создано 631 сельских врачебных пунктов, примерно 30% которых были построены заново, а остальные преобразованы из существующих служб. По сравнению с фельдшерско-акушерскими пунктами и сельскими врачебными амбулаториями, сельские врачебные пункты имеют в своем штате большее количество врачей (от одного до пяти), которые обычно являются специалистами в области общей терапии, педиатрии или гинекологии, а также от 4 до 8 единиц среднего или вспомогательного медицинского персонала. Все врачи-специалисты постепенно должны пройти трехмесячные курсы обучения для получения квалификации врачей общей практики. Предполагается, что первичная медико-санитарная помощь в сельских районах будет предоставляться преимущественно врачами общей практики. Медсестры также пройдут курс обучения в области первичной медико-санитарной помощи.

Планируется создание четырех уровней служб здравоохранения в сельских

районах (17): на первом уровне будет работать один врач, который будет обслуживать 1500-2500 жителей; на втором уровне будут работать два врача на 2500-3500 жителей; на третьем уровне не менее трех врачей будут предоставлять услуги медико-санитарной помощи 3500-5500 жителям, а на четвертом уровне будут функционировать сельские медицинские центры для обучения и повышения квалификации медицинского персонала, в которых будут работать 7-10 врачей.

В каждой области предусматривается иметь не более 1-2 учебных медицинских центров, которые будут служить центрами получения квалификации врачей и медсестер общей практики.

Услуги первичной медико-санитарной помощи, предоставляемые в сельских медицинских центрах, помимо основных диагностических и лечебных процедур, будут включать профилактику инфекционных болезней путем вакцинации (против полиомиелита, дифтерии, туберкулеза, коклюша, столбняка и кори (Рис. 6)) и охрану репродуктивного здоровья. Предполагается также, что сельские медицинские центры будут осуществлять надзор за лицами из групп повышенного риска и вести медико-санитарное просвещение для пропаганды здорового образа жизни (17). Помещения для сельских медицинских центров должны строиться по стандартным типовым проектам.

В долгосрочной перспективе сельские медицинские центры должны стать первичными пунктами обращения за медицинской помощью для сельского населения, заменив собой большинство фельдшерско-акушерских пунктов. В некоторых отдаленных регионах страны, в частности в горных районах, фельдшерско-акушерские пункты сохранятся.

В трех областях проводится эксперимент по реформированию служб первичной медико-санитарной помощи на базе создаваемых сельских медицинских центров. Планируется постепенно повысить уровень управленческой автономии врачей общей практики, работающих в экспериментальных сельских медицинских центрах. С этой целью в рамках этих экспериментальных проектов предусматривается также проведение обширных учебных мероприятий.

Темпы осуществления программы строительства и эксплуатации сельских медицинских центров в последнее время несколько замедлились, и все большее число старых сельских врачебных амбулаторий преобразуется в сельские медицинские центры. По имеющейся информации, треть сельских медицинских центров испытывают трудности с электроэнергией и/или водоснабжением.

Медицинская помощь вторичного и третичного уровней

Вторичная медицинская помощь предоставляется городскими поликлиниками, сельскими районными больницами, центральными районными, областными и городскими больницами, а также специализированными больницами. В Узбекистане имеется около 1179 больниц (1997 г.). Предоставление вторичной медико-санитарной помощи в городах и сельской местности организовано по-разному.

В городах большая часть базовой специализированной помощи предоставляется поликлиниками. Поликлиники оказывают как первичную, так и

вторичную медицинскую помощь посредством широкого круга специалистов (в сельских районах поликлиники реже оказывают вторичную помощь, которая обычно предоставляется на областном уровне). В Узбекистане имеется 3790 поликлиник.

В зоне обслуживания сельских районных больниц проживают 10 000-12 000 человек. В их штат входят педиатры, терапевты и акушеры. В каждой из них имеется от 15 до 75 коек (в среднем, около 45). Сельские районные больницы оказывают первую помощь и предоставляют основные виды услуг вторичной медицинской помощи. Они также обеспечивают помощь при беременности и родах.

В центральных районных больницах имеется 100-300 коек, и работают специалисты разного профиля. Некоторые из них располагают собственными поликлиниками. В 1997 году в Узбекистане было 186 центральных районных больниц.

Количество коек в областных и городских больницах, расположенных в областных центрах, колеблется от 600 до 1000, они располагают штатом специалистов разного профиля для предоставления вторичной медицинской помощи, включая более сложные виды специализированных услуг. В 1997 году в республике было 25 областных больниц (включая детские больницы).

Одним из приоритетных направлений в области здравоохранения в Узбекистане является охрана здоровья матери и ребенка. В республике имеется 49 родильных домов, которые являются основными учреждениями, оказывающими дородовую и послеродовую медицинскую помощь.

В 1997 году в Узбекистане имелось 244 специализированных клиник и поликлиник для лечения некоторых видов болезней и групп населения. К ним относятся детские больницы, туберкулезные диспансеры, венерологические диспансеры, неврологические и психиатрические клиники, а также больницы неотложной медицинской помощи.

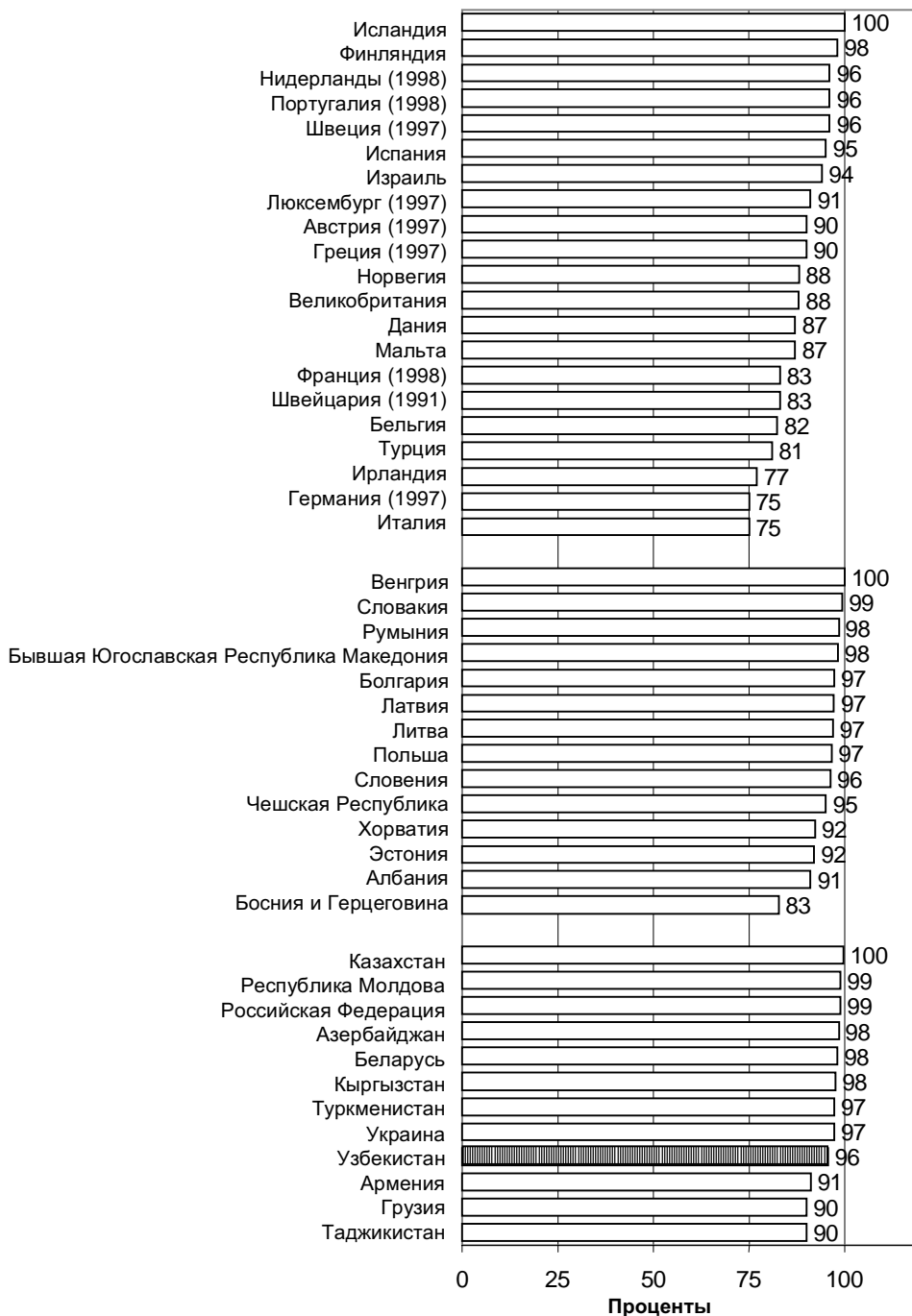
В 1992 году в Узбекистане была введена новая форма амбулаторной помощи: проведение специализированных курсов лечения. В рамках этой программы больницы и поликлиники предоставляют высокоспециализированную амбулаторную помощь пациентам с тяжелыми формами хронических заболеваний. Количество центров по проведению специализированных курсов лечения увеличилось с 32 в 1992 году до 10 800 в 1997 году (17). В центрах амбулаторной хирургии была также организована дневная медицинская помощь пациентам.

Третичная (высокоспециализированная) медицинская помощь предоставляется в крупных больницах и научно-исследовательских институтах республиканского уровня.

Службы амбулаторной помощи способны проводить до 7,1 консультаций на человека в год (Рис. 7). Развивается сеть служб, предоставляющих дневную медицинскую помощь в стационарах, количество которых выросло почти в три раза - с 669 в 1991 году до 1940 в 1997 году. Число больных, получивших лечение в дневных стационарах, увеличилось с 118 100 до 612 600. В 1980-е годы количество больничных коек возросло до 12 на 1000 населения, что являлось одним из самых высоких показателей в Европе (Рис. 8). В период с 1991 г. по 1998 г. этот показатель снизился (Таблица 7) до уровня ниже среднего для стран ЕС. Это

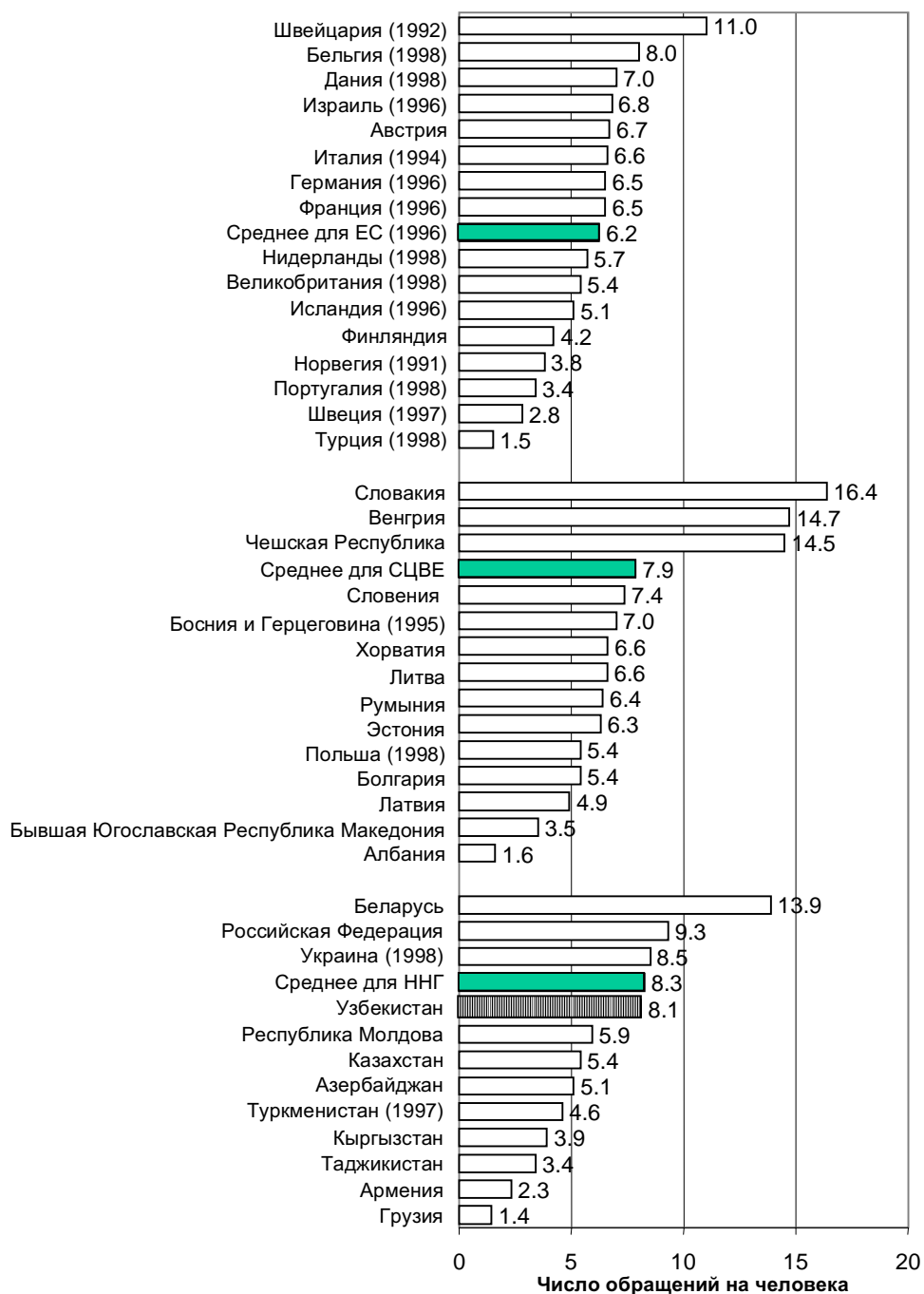
произошло в результате сокращения количества больничных коек на 104 200 в связи с введением новой формы лечения в дневных стационарах.

Рис. 6. Уровни иммунизации детей против кори в странах Европейского региона ВОЗ (1998 г. или последний год, по которому имеются данные)



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”

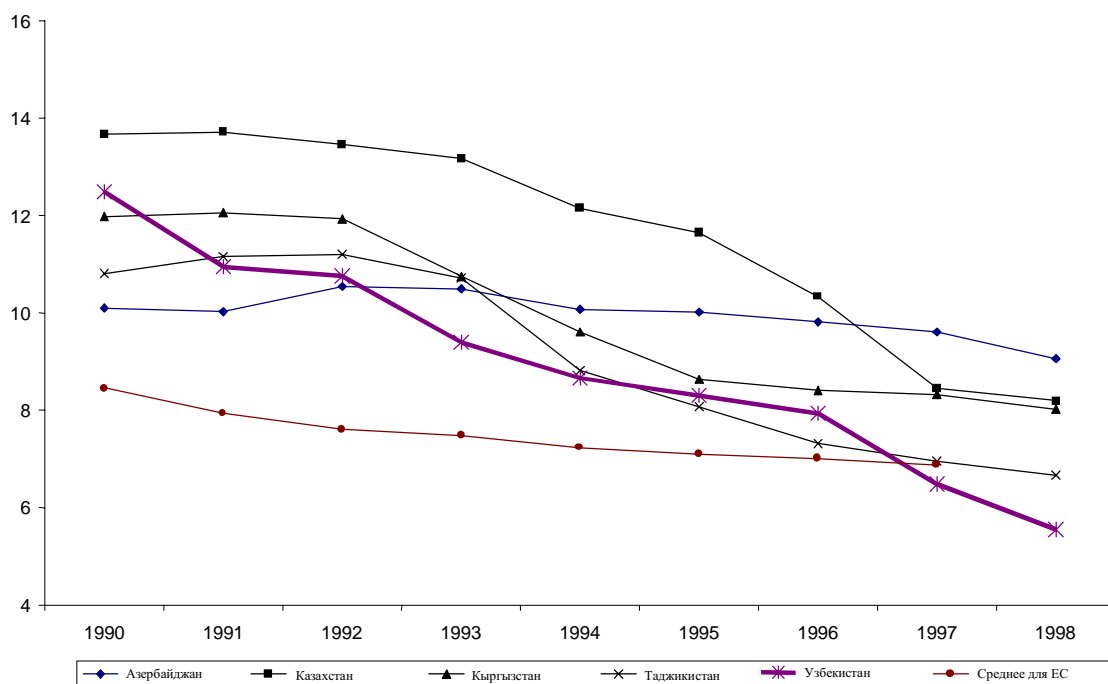
Рис. 7. Число амбулаторных обращений на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ (1999 г. или последний год, по которому имеются данные)



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”.

СЦВЕ: страны Центральной и Восточной Европы. ННГ: Новые Независимые Государства, ранее входившие в состав СССР

Рис. 8. Количество коек во всех больницах на 1000 населения в Узбекистане и некоторых других странах, 1990–1998 гг.



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”.

Количество обращений на душу населения в год

Широкая распространенность стационарной медицинской помощи частично объясняется недостаточной эффективностью деятельности амбулаторных служб здравоохранения. Об этом свидетельствуют высокие показатели госпитализации в год (в 1991 году они были эквивалентны 24% всего населения Узбекистана), большая продолжительность госпитализации (в среднем, 15 дней³), низкие показатели занятости больничных коек (менее 60%), а также тот факт, что почти 80% всего бюджета на нужды здравоохранения расходуется на больничный сектор и лишь оставшаяся часть - на амбулаторную и поликлиническую помощь и службы первичной медико-санитарной помощи. Пациенты часто направляются в больницы в связи с отсутствием необходимых лекарственных средств в аптеках, фельдшерско-акушерских пунктах или сельских медицинских центрах. Кроме того, при подготовке кадров и прохождении лечебной практики основное внимание уделяется методам вторичной медицинской помощи.

Уровни госпитализации традиционного остаются высокими, и пациенты часто направляются в больницы из-за нехватки средств или оборудования в амбулаторных учреждениях, в особенности в сельской местности (4). С 1989 года число госпитализаций и средняя продолжительность пребывания в больнице снижались (7). Согласно официальной статистике, показатель занятости коек возрос на 60% (17), однако данные о занятости коек в больницах неотложной помощи за этот период отсутствуют.

³ Согласно узбекской статистике, данные о средней продолжительности госпитализации приводятся по всем больницам. Отдельный учет по больницам неотложной помощи не ведется.

Таблица 7. Использование и эффективность деятельности стационарных лечебных учреждений, 1989–1998

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Количество больниц на 100 000 населения	6.7	6.6	6.7	6.2	6.1	5.9	5.8	5.5	5.1	4.5
Число госпитализаций на 100 человек в год	24.6	24.4	24.0	23.7	22.0	19.2	18.6	16.4	15.9	12.9
Средняя продолжительность госпитализации в днях	15.0	14.8	14.8	15.0	14.5	14.3	14.2	13.9	13.8	12.8

Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”.

Службы общественного здравоохранения

Санитарно-эпидемиологические службы в Узбекистане отвечают за вопросы гигиены окружающей среды, безопасности пищевых продуктов и борьбы с инфекционными болезнями. Они также оповещают Департамент по санитарно-эпидемиологическому надзору Министерства здравоохранения о случаях заболеваний особо опасными болезнями. Система санитарно-эпидемиологической службы имеет вертикальную структуру, организованную на республиканском, областном и районном уровнях. В Узбекистане имеются 253 санитарно-эпидемиологические станции, включая несколько учреждений, занимающихся только научно-исследовательской деятельностью. Некоторые предприятия, как например Управление железнодорожного транспорта, национальная авиакомпания и Национальная служба безопасности, располагают собственными санитарно-эпидемиологическими центрами.

На общенациональном уровне вопросами общего контроля за санитарно-эпидемиологической ситуацией в республике занимается Департамент по санитарно-эпидемиологическому надзору Министерства здравоохранения, который руководит деятельностью всех санитарно-эпидемиологических учреждений в Узбекистане. Этот департамент разделен на два основных сектора, что отражает дихотомический характер всей системы санитарно-эпидемиологического контроля. Задачей сектора санитарии является осуществление санитарных мер борьбы с

вредными факторами окружающей среды, вызванными промышленной деятельностью, включая вопросы гигиены, радиационного контроля, безопасности пищевых продуктов и прочие проблемы санитарии. В задачи сектора эпидемиологии входит профилактика заболеваний и борьба с инфекционными болезнями. В рамках данного сектора функционируют подразделения, занимающиеся вопросами вирусологии, паразитологии, борьбы с туберкулезом, венерическими заболеваниями, холерой, чумой и “особо опасными инфекциями”. Такое же разделение по направлениям деятельности предусмотрено на областном и районном уровне. Санитарные подразделения оборудованы физическими лабораториями для изучения вредных экологических факторов, таких как шум, вибрация и загрязнение окружающей среды на рабочих местах. Эпидемиологические станции имеют лаборатории для проведения бактериологических, вирусологических, иммунологических и паразитологических исследований, а также специальные лаборатории для профилактики и раннего выявления “особо опасных инфекций”. Пункты дезинфекции функционируют как самостоятельные подразделения. Районные санитарно-эпидемиологические станции осуществляют контроль за санитарными условиями, водоснабжением, пищевыми продуктами и обеспечивают проведение профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных болезней среди местного населения. Они работают под руководством санитарно-эпидемиологических центров областного уровня. Районные центры отвечают также за медико-санитарное просвещение среди населения, особенно в области охраны здоровья матери и ребенка, а также в школах, где основное внимание уделяется сезонным заболеваниям, вопросам вакцинации и питания.

В Узбекистане существуют серьезные проблемы в области гигиены окружающей среды. Высок уровень загрязнения источников водоснабжения. Это считается причиной широкой распространенности таких инфекционных заболеваний, как острые кишечные инфекции (346,7 случаев на 100 000 населения в 1997 году) и вирусный гепатит (56,9 случаев на 100 000 населения в 1997 году) (4). Другими инфекционными болезнями, уровень распространенности которых вызывает серьезную озабоченность, являются туберкулез (48,6 случаев на 100 000 населения в 1997 году) и сифилис (рост заболеваемости с 1,9 случая на 100 000 населения в 1991 год до 47,3 случаев на 100 000 населения в 1997 году). Официальная статистика свидетельствует о значительных колебаниях величины этих показателей в разных регионах: до десяти раз в отношении сифилиса и до трех раз в отношении туберкулеза (4).

В 1998 году в Узбекистане была создана вертикальная инфраструктура для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа, которая выделена из состава санитарно-эпидемиологических служб. Республиканский центр профилактики ВИЧ/СПИДа находится в Ташкенте и имеет филиалы в каждой области. Центр располагает иммунодиагностической лабораторией и стационаром для лечения больных. Он получает ежемесячные отчеты о зарегистрированных случаях заражения ВИЧ-инфекцией и заболевания СПИДом и служит эталонным центром тестирования крови для всей республики. Центр выполняет три основные функции: профилактика ВИЧ-инфицирования и заболевания СПИДом; эпидемиологический анализ ситуации в республике в отношении ВИЧ-инфицирования и СПИДа; и

лечение лиц с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Областные центры проводят преимущественно эпидемиологический надзор и диагностику ВИЧ-инфекции и СПИДа и осуществляют санитарное просвещение населения, в основном путем распространения брошюр с информацией о серьезности этого заболевания, путях передачи инфекции и возможностях профилактики. В Ташкентском Центре тестирование и консультирование пациентов осуществляется на анонимной основе и бесплатно.

В Узбекистане принята комплексная программа планирования семьи, которая включает санитарное просвещение женщин репродуктивного возраста по вопросам планирования семьи, осуществляемое поликлиниками. По имеющимся данным, количество аборт в период с 1990 по 1997 гг. снизилось с уровня около 40 до менее 13 на 1000 женщин (4).

В 1997 году была принята еще одна программа, направленная на ведение здорового образа жизни. В ней основное внимание уделяется профилактике и отказу от курения, пропаганде здорового питания и физической активности. Предполагается, что вновь созданный национальный Институт здоровья будет пропагандировать и контролировать деятельность по укреплению здоровья на общереспубликанском уровне. Институт здоровья был создан в 1998 г. на основании указа президента. Масштабы его деятельности и характер взаимодействия с другими центрами здравоохранения еще полностью не определены.

Социальное обеспечение и социальная помощь

Сектор социальной помощи в Узбекистане состоит из нескольких компонентов, координация деятельности которых осуществляется недостаточно эффективно. Министерство социальной защиты обеспечивает систему социальной защиты, а Министерство труда курирует вопросы социальной помощи. Средства на предоставление социальной помощи распределяются между районными и областными администрациями. Кабинет министров непосредственно осуществляет контроль за осуществлением специальной программы предоставления социальной помощи инвалидам.

В Узбекистане имеется развитая система социальной защиты, целью которой является поддержка наиболее уязвимых групп населения, особенно чтобы помочь им преодолеть неблагоприятные последствия переходного периода. Программа социальной помощи включает выплату пенсий, пособий по безработице, пособий для семей с низким доходом, пособий для семей с детьми в возрасте до 16 лет, пособий для матерей с детьми в возрасте до 2 лет и специальных пособий для ветеранов войны и инвалидов (5). Пособия для семей с низким уровнем доходов и матерей с детьми в возрасте до 2 лет предоставляются в рамках системы общинных советов (*махалла*).

С 1991 года реальные объемы программ социальной защиты уменьшились, однако в распоряжении Министерства труда по-прежнему имеется фонд занятости, за счет которого в течение шести месяцев выплачиваются пособия по безработице в размере предыдущей заработной платы; осуществляется социальное страхование, основной задачей которой является помощь пенсионерам; выплачиваются

потребительские субсидии; оказывается социальная помощь в виде пособий многодетным семьям и пособий на содержание ребенка; осуществляются прямые выплаты малоимущим семьям; осуществляется государственное финансирование систем здравоохранения и образования. В 1992 году объем этих программ составлял 24% ВВП. Малоимущие граждане, для удовлетворения нужд которых не достаточно одного пособия, предоставляемого в рамках общей системы социального обеспечения, могут получать дополнительную помощь из собственных фондов местной администрации.

Некоторые службы социальной помощи, как например для реабилитации инвалидов, находятся в ведении областных и районных органов власти; местные общинные советы также предоставляют некоторые виды помощи. Обычно в состав этих советов входят представители старших возрастных групп, советники председателя совета (*аксакала*), а также представители местных подразделений Министерства труда, налоговой инспекции и Министерства финансов. В республике имеется 12 тысяч общинных советов и один общенациональный центр. Число семей, получающих социальную помощь через такой общинный совет, колеблется от 150 до 1500. Председатель совета избирается общиной из числа кандидатов, утвержденных хокимом района.

Общинные советы выявляют лиц, живущих за чертой бедности. Малоимущие семьи имеют право на получение пособия в размере 1,5-3 минимального размера заработной платы в течение трех месяцев. При необходимости, этот срок может быть продлен еще на три месяца. Общинные советы также распределяют благотворительные пожертвования местных предприятий малоимущим лицам в виде денежных средств или в натуральной форме. Местные советы финансируются из областных фондов. В настоящее время общий объем социальных выплат малоимущим лицам составляет лишь 1,5% государственного бюджета, в связи с чем местные советы имеют возможность предоставлять помощь лишь наиболее бедным слоям населения. Критерии для получения такой помощи устанавливаются самим местным советом.

Больницы продолжают предоставлять реабилитационную помощь в рамках государственной программы в этой области, принятой в 1996 году. Эта программа включает осуществление профилактических мероприятий и проведение медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов.

Кадровые ресурсы и их подготовка

Общий обзор

В Узбекистане наблюдается относительный избыток врачебных кадров (Таблица 8, Рис. 10). Кроме того, большинство специалистов в области здравоохранения проживают в городах, а в сельских районах их число относительно невелико. В связи с традиционными особенностями учебных программ, Узбекистан испытывает нехватку врачей общего профиля при избытке кадров врачей-специалистов. Качество подготовки специалистов также вызывает некоторую озабоченность.

Таблица 8. Количество работников здравоохранения на 1000 населения, 1980–1998 гг.

	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Врачи	2.7	2.7	3.4	3.4	3.3	3.3	3.3	3.2	3.1	3.1	3.1
Стоматологи	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
Медсестры	7.8	9.0	10.5	11.0	10.8	10.9	9.4	9.6	10.1	10.1	10.1
Акушерки	0.8	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.7
Фармацевты	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1	0.07	0.04	0.03
Выпускники медицинских вузов	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	
Выпускники училищ сестринского дела	0.8	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.9	1.3	0.7	0.7

Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”.

Уменьшение официальной численности фармацевтов после 1993 года связано с приватизацией аптек, которые перестали учитываться в статистических данных медицинских учреждений, входящих в систему Министерства здравоохранения.

Существует множество проблем, включая нехватку учебных материалов и низкую заработную плату преподавательского состава. За последнее время произошел значительный отток кадров из государственной системы здравоохранения: около 30 000 работников здравоохранения, включая примерно 7000 врачей, перешли на другую работу. Коэффициент сокращения численности работающих уменьшился с 3% в 1990-1991 гг. до 5% в 1994-1995 гг. Частично это сокращение может быть связано с переходом медицинского персонала на работу в частный сектор (около 3000 врачей и 7000 медсестер). Другой причиной может являться эмиграция из республики этнического русского населения.

Специалисты в области здравоохранения высшей квалификации, включая врачей и фармацевтов, обязаны каждые пять лет проходить повторную аттестацию для подтверждения права на медицинскую практику. Деятельность всех медицинских специалистов регулируется законом и профессиональными ассоциациями.

Недавно правительство изменило систему приема в медицинские вузы и снизило соотношение количества студентов и преподавателей за счет уменьшения числа учащихся. За последние три года количество студентов, поступивших в медицинские вузы, снизилось почти на 40%. В то же время, увеличено количество учащихся, поступающих в училища для медицинских сестер. Целью такой политики является доведение соотношения врачей к медсестрам до 1:7. Кроме того, Совет деканов медицинских институтов радикально пересмотрел учебную программу с целью повышения уровня медицинского образования в Узбекистане.

Врачи

Численность врачей в Узбекистане ниже, чем в других республиках Центральной Азии. Число врачей на душу населения возросло до 1993 года, что было общей тенденцией для всего региона Центральной Азии, однако затем этот показатель начал снижаться, и с 1994 года его уровень ниже среднего значения для стран ЕС

(Рис. 9).

Обучение специалистов в области здравоохранения в Узбекистане проводится в семи медицинских институтах. В 1920 году был создан Туркестанский университет, в состав которого входил медицинский факультет. В 1930-е годы на его базе был создан медицинский институт. В 1960-е годы был открыт Самаркандский медицинский институт. Сегодня в Узбекистане имеется семь медицинских вузов, каждый из которых располагает лечебным, педиатрическим, стоматологическим, фармацевтическим и санитарно-гигиеническим факультетами. Четыре вуза имеют факультеты внутренних болезней. Все эти факультеты осуществляют подготовку специалистов соответствующего профиля.

Для поступления в эти медицинские учебные заведения необходимо пройти вступительные экзамены, в том числе по одному из иностранных языков. Длительность основного курса обучения составляет пять лет (ранее 6 лет), после чего выпускнику присваивается звание бакалавра медицины. Затем выпускники в течение двух лет проходят преддипломную врачебную практику, после чего получают диплом врача. Желаящие продолжить обучение имеют возможность поступить в аспирантуру. Стоимость базового курса обучения в медицинском вузе составляет 160 000 сумов (1430 долл. США), а преддипломной практики - 400 000 сумов (3570 долл. США). Студенты, сдавшие вступительные экзамены лучше других, освобождаются от платы за обучение.

Несколько медицинских институтов в Узбекистане предлагают новую программу последипломной подготовки врачей общей практики: первые врачи общей практики были выпущены в 1999 году. Большую помощь в осуществлении этой программы оказывает Министерство международного развития Великобритании. Для работы в новых центрах первичной медико-санитарной помощи врачи проходят трехмесячные курсы повышения квалификации, которые открыты при нескольких учебных заведениях. Подготовка врачей общей практики осуществляется фрагментарно в рамках разных учебных программ, проводимых по всей стране.

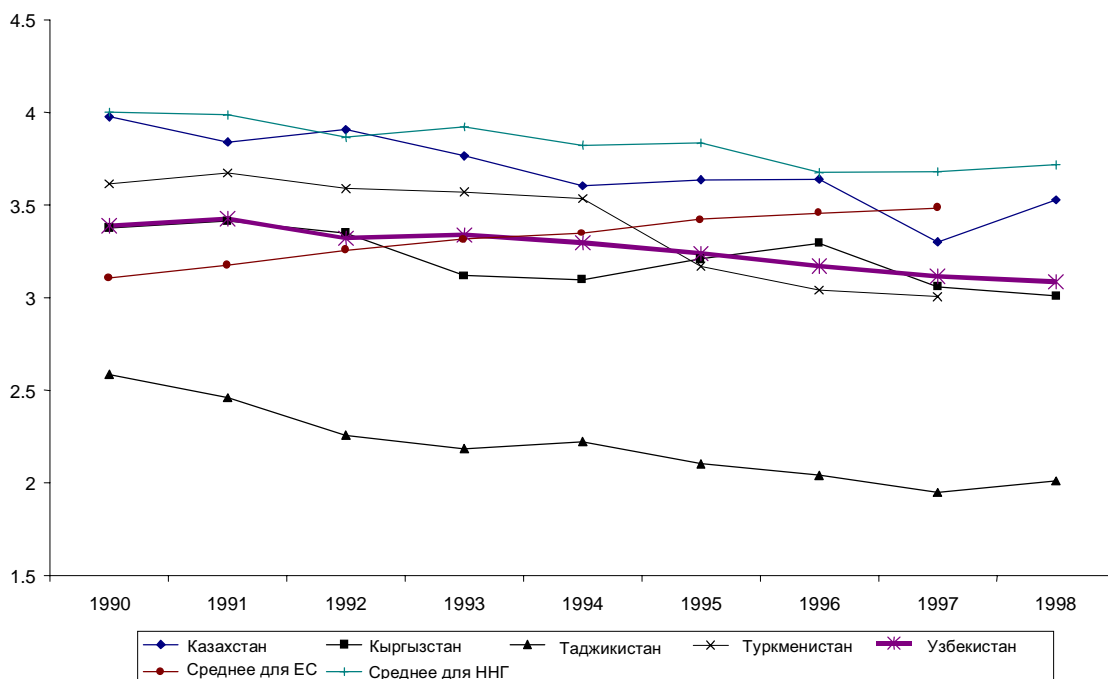
В таблицах 9 и 10 приводятся данные, соответственно, о количестве врачей и среднего медицинского персонала различной специализации.

Таблица 9. Число врачей различной специализации, 1997 г.

Область специализации	Число	На 10 000 населения
Внутренние болезни	17 555	7.5
Хирургия	8 789	3.8
Акушерство	5 365	2.3
Педиатрия	11 668	5.0
Офтальмология	889	0.4
Отоларингология	887	0.4
Неврология	1 252	0.5
Психиатрия	676	0.3
Дерматология и венерология	879	0.4
Стоматология	4 119	1.8
Санитарно-эпидемиологические службы	1 722	0.7

Источник: Отдел статистики здравоохранения, Министерство здравоохранения (4).

Рис. 9. Число врачей на 1000 населения в Узбекистане и некоторых странах, 1990–1998 гг.



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”.

Таблица 10. Численность среднего медицинского персонала различной специализации, 1997 г.

Область специализации	Число	На 10 000 населения
Фельдшеры	18 276	7.9
Акушерки	20 794	8.9
Медсестры в медицинских учреждениях	178 830	77.0
Вспомогательный персонал санитарно-эпидемиологических служб	3 662	1.6
Дезинфекторы, инструкторы	2 859	1.2
Лаборанты	11 620	5.0
Зубные техники	1 633	0.7
Рентгенолаборанты	1 682	0.7

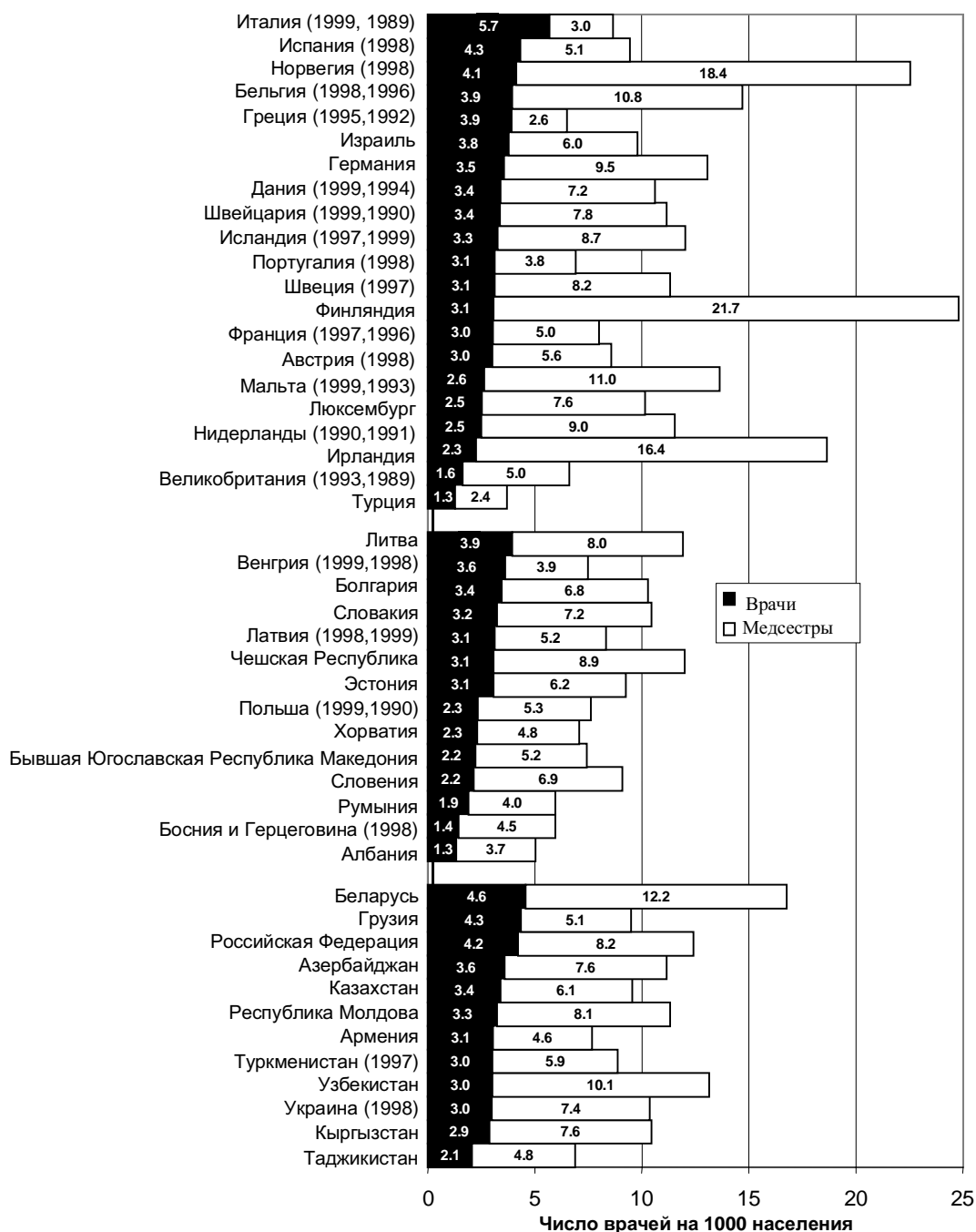
Источник: Отдел статистики здравоохранения, Министерство здравоохранения (4).

Персонал санитарно-эпидемиологических служб

В Узбекистане насчитывается около 13 000 работников санитарно-эпидемиологических служб, из них примерно 5000 являются квалифицированными

специалистами в области санитарии и эпидемиологии, а остальные представляют собой вспомогательный персонал.

Рис. 10. Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ (1999 г. или последний год, по которому имеются данные)



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ “Здоровье для всех”.

Стоматологи

В Узбекистане стоматологи проходят пятилетний курс обучения на факультетах стоматологии в медицинских институтах. Длительность курса обучения зубных техников составляет три года.

Медсестры и акушерки

В штат большинства учреждений здравоохранения входят медицинские сестры. Срок обучения медсестер в училище колеблется от двух (среднее специальное образование) до трех лет (высшее образование). Имеются курсы подготовки медсестер узкой специализации, например для работы в качестве операционной сестры.

За последние годы статус профессии медсестры и акушерки повысился. В Узбекистане введена должность старшей медсестры, а с 1999 года существуют программы высшего образования для медсестер. В первый год на этот факультет было принято около 200 студенток, желающих стать дипломированными медсестрами широкого профиля. Длительность курса высшего образования для медсестер - 3 года.

В 1990-е годы число дипломированных медсестер и акушерок на душу населения уменьшилось (Таблица 8). В числе прочих причин, это могло быть вызвано низким статусом данной профессии и низким уровнем заработной платы.

Фельдшеры

Фельдшеры являются работниками здравоохранения, уровень образования которых занимает промежуточное положение между уровнями образования медсестер и врачей. В программу их обучения входит сестринское дело и акушерство, а также методы диагностики и назначение лекарственных средств. Они работают в фельдшерско-акушерских пунктах и имеют право назначать некоторые лекарственные средства. В будущем фельдшеры будут работать в сельских медицинских центрах.

Фармацевты

За последние годы в рамках реформы сектора здравоохранения большое внимание уделялось вопросам перехода права собственности на аптеки и подготовки фармацевтов. В 1994 году все аптеки были приватизированы, а фармацевты стали одной из первых профессиональных групп в Узбекистане, которым было

разрешено работать в частном секторе. Сокращение официального числа фармацевтов с 1993 года (Таблица 8) связано с приватизацией аптек, которые перестали включаться в статистические данные по учреждениям здравоохранения, входящим в систему Министерства здравоохранения. В то же время, Ташкентский фармацевтический институт, центральное учебное заведение по подготовке фармацевтов, внес значительные изменения в учебную программу. Планируется, что при подготовке фармацевтов будет уделяться больше внимания вопросам фармакотерапии и обеспечения качества, и она будет включать практические занятия, основанные на решении конкретных задач. Институт начал проводить краткие курсы повышения квалификации и изучает возможность введения системы непрерывного профессионального образования. Особое внимание уделяется вопросам рационального использования лекарственных средств и их назначения.

Фармацевтические препараты и оценка технологии здравоохранения

Фармацевтические препараты

В годы советской власти вопросы снабжения Узбекистана фармацевтическими препаратами и их распределения находились в ведении Министерства здравоохранения СССР, расположенного в Москве. После получения независимости возникла необходимость решения задачи поставок лекарственных средств и вакцин, а также разработки и осуществления собственной национальной политики в этой области.

В 1997 году в Узбекистане был принят первый Закон о лекарственных средствах и фармацевтической деятельности. Основным национальным учреждением, отвечающим за соблюдение этого закона и осуществляющим регулирование в области лекарственных средств, является Управление по контролю качества лекарственных препаратов и медицинского оборудования Министерства здравоохранения. Оно было создано в 1995 году на основании президентского указа в качестве органа контроля в области лекарственных средств, имеющего как исполнительские, так и регулирующие функции, и является единственным государственным учреждением, занимающимся вопросами контроля качества, стандартизации и сертификации лекарственных средств, пищевых продуктов для лечебного питания и медицинского оборудования. Основной задачей Управления является осуществление национальной политики в области лекарственных средств. Управление осуществляет руководство и контроль за деятельностью следующих подразделений: государственный центр экспертизы и стандартизации лекарственных средств (в состав которого входит лаборатория контроля качества), лаборатория по контролю качества вакцин и микробиологических продуктов, отдел фармакологической токсикологии, а также отдел контроля качества медицинского оборудования, научно-методический отдел и отдел информации. Имеется также несколько комитетов: фармацевтический и фармакопейный комитеты; комитет по составлению фармакологического

справочника; комитет по новому медицинскому оборудованию; комитет по патентованным лекарственным средствам; бюро регистрации и фармацевтической инспекции. В 1999 году в Узбекистане был принят Закон о наркотических и психотропных веществах.

В 1999 г. в Узбекистане была принята национальная политика в области фармацевтических препаратов, которая обеспечивает всестороннюю основу для координированного развития фармацевтического сектора.

Официальный государственный регистр фармацевтических препаратов, разрешенных к применению в медицинских целях в Узбекистане, содержит около 3500 наименований лекарственных средств, перечень которых составлен на основе названий торговых марок с указанием также их международных непатентованных наименований. Эти лекарственные средства официально разрешены к назначению и использованию в медицинских учреждениях. В данный регистр включены лекарственные средства, производимые в Узбекистане, а также в ННГ и других странах. Фармацевтическая информация нормативного характера регулярно обновляется и публикуется в бюллетене фармацевтической информации.

Для регистрации отечественных продуктов необходимо проведение клинических исследований. Предпринимаются меры для соблюдения рекомендаций ВОЗ и Принципов надлежащей клинической практики ЕС, а также международных стандартов проведения рандомизированных контролируемых клинических исследований.

Лицензионный комитет Министерства здравоохранения осуществляет сертификацию аптек, оптовых распространителей и производителей лекарственных средств. Кроме того, с целью выполнения обязательств перед Международным комитетом ООН по контролю над наркотиками в рамках Управления по контролю качества лекарственных препаратов и медицинского оборудования создан Комитет по патентованным лекарственным средствам.

В Узбекистане принята концепция “основных лекарственных средств”. Национальный перечень основных лекарственных средств включает около 240 наименований лекарственных средств, в том числе отпускаемых без рецепта врача. Этот перечень составлен на основе Типового перечня основных лекарственных средств, подготовленного ВОЗ. Кроме того, Министерство здравоохранения осуществляет регулирование цен на жизненно важные лекарственные средства 20 наименований, которые должны иметься в наличии и продаваться по фиксированным потребительским ценам в любой аптеке независимо от формы собственности.

Фармакологический справочник по основным лекарственным средствам, который был опубликован в Узбекистане в 1998 году, содержит обновленную и объективную информацию о лекарственных средствах для всех лиц, осуществляющих их назначение в медицинских целях. Необходимо проводить дальнейшую работу по внедрению концепции основных лекарственных средств путем обучения и разработки соответствующих принципов лечения.

Распределение лекарственных средств

Узбекистан унаследовал от СССР хорошо развитую систему распределения лекарственных средств. Она включает централизованную государственную систему “Фармация”, ее региональные подразделения и аптеки.

В Узбекистане имеется 3600 аптек, из которых 2200 ранее находились в государственной собственности и были приватизированы. Остальные аптеки являются вновь созданными, и их деятельность децентрализована. Все аптеки в республике почти полностью находятся в частной собственности: часть из них входит в состав самофинансируемого государственного акционерного общества “Дори-Дармон” (ранее являвшегося единственной организацией по распределению лекарственных средств в стране), другие являются коммерческими аптеками, находящимися в коллективной или индивидуальной частной собственности. Успешное проведение программы приватизации способствовало развитию конкуренции и открыло новые возможности для решения проблемы нехватки лекарственных средств иностранного производства.

Основным источником снабжения больниц лекарственными средствами является компания “Дори-Дармон”, которая получает от каждой больницы годовой заказ на поставку лекарственных средств. Поставка, как правило, осуществляется еженедельно. Имеются также другие частные компании, поставляющие лекарственные средства, в основном, в аптеки, поликлиники и частнопрактикующим врачам. Распределение вакцин осуществляется непосредственно санитарно-эпидемиологическими службами.

Хотя приобретение лекарственных средств в аптеках пациентами за плату в настоящее время считается обычной практикой (при этом цены на некоторые лекарства строго контролируются), большинство пациентов в больницах продолжают получать лечение бесплатно. В то же время, на практике, государственные медицинские учреждения испытывают нехватку даже самых основных лекарственных средств, таких как антибиотики, болеутоляющие и анестезирующие средства. Это обуславливает существование нелегального рынка лекарственных средств. Пациентам все чаще приходится самим приобретать лекарственные средства, а в ряде случаев и медицинские материалы. Перед госпитализацией пациентам нередко дают список лекарственных средств и материалов, которые они должны принести с собой в больницу.

В 1999 г. на долю препаратов отечественного производства приходилось менее 10% всего объема потребляемых лекарственных средств. Производство лекарственных препаратов в республике не получило большого развития. Большая часть отечественной продукции относится не к основным лекарственным средствам, входящим в национальный перечень, а к препаратам из лекарственных растений и галеновым препаратам (препаратам с органическими компонентами), хотя производятся также некоторые сыворотки и вакцины. Кроме того, отечественное производство лекарственных средств еще не соответствует требуемым стандартам. В 1992-1993 гг. в стране было произведено лишь 3% требуемого объема основных лекарственных средств. В 1993 году правительство приняло решение реорганизовать фармацевтическую промышленность в акционерную компанию “Узфармпром” с целью расширения ассортимента продукции и увеличения объемов производства лекарственных средств отечественными предприятиями. К 1999 году в стране насчитывалось примерно

восемь компаний по производству лекарственных средств.

В Узбекистане разработана долгосрочная стратегия расширения отечественного производства лекарственных средств, целью которой является обеспечение за счет собственных производителей потребностей страны в основных лекарственных средствах, инфузионных растворах, вакцинах, препаратах крови, одноразовых системах переливания крови и кровезаменителях. Были осуществлены значительные инвестиции с целью внедрения международных стандартов надлежащей производственной практики на отечественных фармацевтических предприятиях. Отечественные производители испытывают нехватку сырьевых материалов, необходимых для изготовления лекарственных средств. Для внедрения стандартов надлежащей производственной практики необходимо проводить интенсивные учебные курсы по подготовке специалистов. Удовлетворение части потребностей за счет местного производства и экспорт продукции в соседние страны может помочь снизить объем затрат на закупку импортных лекарств.

Лекарственные средства иностранного производства для государственного сектора здравоохранения закупаются по двум каналам. “Дори-Дармон” занимается закупками лекарственных средств из ННГ, а частная компания “Узбекмедэкспорт” - из других стран. “Дори-Дармон” предоставляет компании “Узбекмедэкспорт” техническую информацию и консультационную помощь.

Существование “черного рынка” фармацевтических препаратов может объясняться ограничениями в отношении валютных операций и неблагоприятной системой налогообложения.

С 1994 года установлены фиксированные цены на основные лекарственные средства 20 наименований. Регулирование цен на остальные лекарственные средства осуществляется за счет установления максимальных уровней надбавок к оптовым и розничным ценам (соответственно, 20% и 25%).

Медицинское оборудование

Вопросами регистрации медицинского оборудования занимается специальный комитет, созданный в 1992 году в рамках Фармакологического комитета Министерства здравоохранения.

Крупнейшим поставщиком медицинского оборудования является частная компания “Узмедтехника”. Большая часть оборудования закупается за рубежом, однако недавно было начато производство некоторых видов оборудования (шприцы, инфузионные системы, шовные материалы и основные хирургические инструменты) на отечественных предприятиях с соблюдением международных стандартов качества. Импортируемое оборудование обычно проходит процедуру регистрации до ввоза в Узбекистан. Компания “Узмедтехника” заключает договора с учреждениями здравоохранения на поставку медицинской техники, ее ремонт и регулярное техническое обслуживание. В соответствии с президентским указом, изданным в июне 1998 года, компания “Узмедтехника” разработала инвестиционную программу, целью которой является привлечение иностранных инвестиций для развития медицинских технологий в Узбекистане. В число

инвестиционных входит производство медицинских лазеров, устройств для введения противотуберкулезных препаратов и новейших цифровых радиологических установок.

В стране ощущается нехватка специализированных автомобилей скорой медицинской помощи, мобильных флюороскопов и лабораторий, мобильных амбулаторий, рентгеновской пленки, химических реактивов для проведения лабораторных тестов и запасных частей для имеющегося медицинского оборудования. Аналогичная ситуация наблюдается в отношении мелких расходных материалов, например шприцов, которые реализуются на черном рынке.

Распределение финансовых ресурсов

Создание бюджетов третьей стороны и распределение ресурсов

Государственное финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет средств государственного бюджета, а также из доходов областных и районных бюджетов. Министерство финансов составляет бюджет постатейно, исходя из прогнозов, подготовленных на основе данных предыдущего года. Он состоит из 18 статей, в которых бюджет здравоохранения занимает 11 строк. Бюджет корректируется с учетом инфляции, численности населения и его прироста. Национальный бюджет здравоохранения, в среднем, имеет следующую структуру: заработная плата - 30,4%; лекарственные средства - 13,2%; больничное питание - 15,3%; управленческие расходы - 18,1; прочее - 23%.

Процесс формирования национального бюджета начинается в октябре. Каждая область представляет в Министерство финансов свои предложения по бюджету вместе с отчетом о результатах деятельности за первые 9 месяцев года. Министерство финансов изучает эти отчеты и на их основе составляет бюджет на следующий год. В период с октября по декабрь бюджет утверждается Верховным советом, после чего Министерство финансов распределяет бюджетные средства по регионам. Каждая область имеет право самостоятельно использовать выделенные бюджетные средства на нужды местного населения с учетом общих принципов, например рекомендуемых уровней заработной платы, установленных Министерством здравоохранения.

Местные финансовые ресурсы на областном уровне направляются в областные учреждения здравоохранения, а на районном уровне - в районные учреждения здравоохранения. На практике, распределение средств между учреждениями здравоохранения продолжает осуществляться в значительной мере на основе национальных принципов формирования бюджетов. Часть средств остается в области и направляется на покрытие управленческих расходов, осуществление капиталовложений и финансирование областных учреждений здравоохранения. Другая часть средств направляется в районы. В двух районах Ферганской области разрабатываются модели использования финансовых средств для самоуправления сельских медицинских центров (17).

В долгосрочной перспективе при распределении бюджета планируется в большей мере учитывать местные нужды. Первые шаги в этом направлении уже были сделаны: для определения размеров отчислений бюджетных средств в регионы было предложено использовать простую формулу ассигнований в расчете на душу населения с учетом характеристик народонаселения (4). Кроме того, местные органы власти наделены правом формировать местные бюджеты из средств, полученных от деятельности по развитию альтернативных служб здравоохранения.

Средства, предназначенные для капиталовложений, распределяются более централизованно. Министерство здравоохранения определяет объем потребностей в новом оборудовании. Затем Министерство финансов закупает оборудование, распределение которого осуществляется через Министерство здравоохранения. Таким образом, региональные учреждения могут подавать лишь заявки на приобретение нового оборудования, после чего они подлежат утверждению как Министерством здравоохранения, так и Министерством финансов.

Система финансирования санитарно-эпидемиологических служб

Начиная с регионального уровня, существует система двойного финансирования санитарно-эпидемиологических служб. Одним источником служит прямое финансирование из областных бюджетов (с 1991 года), а другим - местные доходы, в том числе от штрафных санкций за нарушение санитарного законодательства. В соответствии с постановлением Кабинета министров от 1998 года, все доходы от штрафов подлежат передаче в распоряжение санитарно-эпидемиологических станций. Эти средства используются с целевым назначением для определенных видов деятельности, включая оказание чрезвычайной помощи, проведение вакцинации, дезинфекции и поставку необходимых материалов.

Финансирование больниц

Государственные больницы финансируются за счет бюджетных средств, исходя из количества больничных коек в предыдущем году, независимо от числа пациентов, прошедших лечение. Сумма расходов на содержание персонала рассчитывается на основе количества коек.

Платежи осуществляются с учетом предполагаемых нужд, и их сумма рассчитывается на основе данных за предыдущие периоды. Расчет затрат на каждого пациента осуществляется по формуле, основанной на рекомендациях Министерства здравоохранения, в которой учитываются 11 позиций, включая питание, лекарственные средства, затраты на лечение, затраты на медицинское оборудование, административные расходы и заработную плату. Данная формула не учитывает затраты на капиталовложения для больниц, которые выделены в отдельную строку бюджета. Корректировка возмещаемых сумм с учетом структуры случаев госпитализации не производится. Большинство стационарных учреждений, предоставляющих медико-санитарную помощь, по-видимому, предъявляют свои требования о возмещении расходов из бюджета на основе максимальной установленной продолжительности госпитализации, составляющей 12 дней на пациента, а также периода болезни, который покрывается государственной системой здравоохранения. После этого пациенты либо сами оплачивают свое пребывание в стационаре, либо переводятся в другую больницу. Министерство здравоохранения признает, что такой механизм финансирования на душу населения нередко используется лишь формально и нуждается в усовершенствовании с тем, чтобы в расчет принимались социально-экономические

и демографические факторы (17).

Для финансирования больниц неотложной медицинской помощи на начальном этапе предполагается использовать аналогичную методику. В дальнейшем планируется разработать более гибкую схему контроля и регулирования бюджета для руководства каждой из больниц с помощью таких методов, как финансирование программ, оплата труда в зависимости от достигнутых результатов и целевое финансирование (17). Кроме того, правительство намерено поощрять частные инвестиции с целью модернизации и обновления медицинского оборудования в больницах.

Почти во всех государственных больницах определенное число коек функционируют на условиях самофинансирования, т.е. стоимость услуг оплачивается самими пациентами. Эти условия колеблются в широких пределах в зависимости от стационарного учреждения. В центральных районных больницах на принципе финансирования функционирует примерно 6% коечного фонда. Больницы неотложной медицинской помощи также предполагают предоставлять некоторые виды медико-санитарной помощи за счет самих пациентов.

Финансирование амбулаторных учреждений

Финансирование амбулаторных учреждений и поликлиник осуществляется путем единовременных платежей, сумма которых рассчитывается на основе общего числа лиц, которым была оказана медико-санитарная помощь. Большинство видов специализированной медицинской помощи в амбулаторных учреждениях, такие как эндоскопические, ультразвуковые и радиологические исследования, выходят за рамки государственной системы здравоохранения и финансируются непосредственно за счет платежей из собственных средств пациентов. Что касается сельских медицинских центров, в настоящее время в Ферганской, Сырдарьинской и Навоийской областях проводится эксперимент по их финансированию из расчета на одного человека.

Оплата труда врачей

Большинство врачей, работающих в учреждениях здравоохранения, являются государственными служащими, получающими установленные должностные оклады. Уровень государственной заработной платы невысок. Средний месячный оклад врача, работающего в государственном учреждении, составляет 7000-9000 сумов (около 60-80 долларов США). Размер заработной платы зависит от стажа работы в медицинском учреждении. За работу в ночную смену выплачивается дополнительное вознаграждение. Врачи, работающие только в ночное время, получают 8000-10000 сумов в месяц. Врачебный персонал вынужден искать источники дополнительного заработка ввиду низкого уровня государственных окладов. Одним из таких источников дохода является получение неофициальной платы за услуги от пациентов. Официальные данные об объеме таких платежей и их распространенности отсутствуют.

Частнопрактикующие врачи могут официально получать доходы непосредственно за счет средств пациентов. Информация о размерах доходов врачей, занимающихся частной практикой, отсутствует.

Оплата труда среднего медицинского персонала

Медсестры получают государственный оклад в размере 6000–7000 сумов в месяц (около 50–60 долларов США). Этот уровень заработной платы для Узбекистана является низким, в связи с чем нередко случаи получения дополнительных доходов за счет неофициальных платежей.

Реформы здравоохранения

Цели и задачи

Главной задачей в области здравоохранения после обретения независимости стало обеспечение высококвалифицированной и доступной по средствам медико-санитарной помощи для населения. Шестью основными задачами программы реформирования системы здравоохранения в Узбекистане являются: укрепление здоровья матери и ребенка; стимулирование развития частной практики; повышение качества медико-санитарной помощи; снижение затрат за счет уменьшения доли государственных ассигнований на финансирование служб здравоохранения; изыскание дополнительных ресурсов для финансирования системы здравоохранения; децентрализация и повышение эффективности распределения ресурсов.

- *Укрепление здоровья матери и ребенка.* Обзорное исследование в области охраны здоровья матери и ребенка, проведенное в 1993–1996 гг., послужило основой для принятия программы и проведения активных мероприятий по укреплению состояния здоровья населения, в рамках которых особое внимание уделяется вопросам охраны материнства и детства (17). Для финансирования данной программы учрежден президентский фонд по воспитанию здорового поколения.
- *Стимулирование развития частной практики.* В результате перехода к рыночной экономике все большее развитие получает частная медицинская практика, призванная выполнять четыре основные задачи: повышение эффективности системы здравоохранения; повышение качества медико-санитарной помощи; уменьшение доли государственных ассигнований в финансировании служб здравоохранения; расширение возможностей выбора при получении медицинской помощи населением Узбекистана.
- *Повышение качества медико-санитарной помощи.* Общественное мнение, политическое сознание и ожидания общества претерпевают изменения, при этом усиливается ориентация на достижение стандартов здравоохранения в других странах, в основном в Западной Европе. Были предприняты определенные меры по повышению качества предоставляемой медико-санитарной помощи в целом. Недавно правительством было принято решение пересмотреть учебные программы и провести реформу в области подготовки медицинских кадров с целью усиления потенциала здравоохранения и повышения качества работы служб медико-санитарной помощи.
- *Снижение затрат за счет уменьшения доли государственных ассигнований на финансирование служб здравоохранения.* В условиях нехватки государственных средств деятельность всей системы должна быть рационализирована. Возникает необходимость в сокращении числа больничных коек, медицинских учреждений, а также врачей. Предпринимаются также меры по ограничению набора основных медицинских услуг, финансируемых за счет государственного

бюджета.

- *Изыскание дополнительных ресурсов для финансирования системы здравоохранения.* Лица, ответственные за принятие решений, и учреждения здравоохранения уделяют большое внимание разработке программ медицинского страхования. До настоящего времени предпринимаемые меры касались преимущественно частного сектора, системы платного медицинского обслуживания и привлечения средств отечественных и иностранных инвесторов.
- *Децентрализация и повышение эффективности распределения ресурсов.* После распада СССР принципы центрального планирования и управления потеряли свою привлекательность, и правительство предприняло ряд мер по децентрализации всей системы. Реформирование в этой области заключалось преимущественно в переходе функций управления с общенационального на региональный уровень. При этом ставится задача осуществлять распределение ресурсов в большем соответствии с местными потребностями.

Содержание реформ

Реформы организационной структуры

Существующая система предусматривает наличие длинной цепочки служб здравоохранения для направления больных на специализированное лечение, охватывающей шесть уровней (Рис. 11), которые потенциально должны быть пройдены всеми пациентами с серьезными заболеваниями (17). В долгосрочной перспективе планируется сократить эту систему до трех уровней. Она будет включать службы первичной медико-санитарной помощи, службы вторичной амбулаторной и общей стационарной помощи и учреждения высокоспециализированной третичной стационарной помощи (Рис. 11).

Услуги первичной медико-санитарной помощи будут предоставляться в поликлиниках и медицинских центрах врачами общей практики. Больницы будут предоставлять основные виды стационарной медицинской помощи на областном или районном уровне, а высокоспециализированная медицинская помощь будет оказываться государственными научно-исследовательскими медицинскими центрами и институтами.

Предполагается, что в будущем фельдшерско-акушерские пункты будут приватизироваться или закрываться, а на базе существующих сельских врачебных амбулаторий и сельских больниц будут создаваться новые сельские медицинские центры. Большинство таких учреждений, предназначенных для предоставления первичной медико-санитарной помощи врачами общей практики, будет строиться заново.

Новая система неотложной медицинской помощи будет включать три функциональные подсистемы:

- первая помощь: оказание медико-санитарной помощи при состояниях, не представляющих непосредственной угрозы для жизни больного, которая может быть предоставлена в рамках обычных учреждений здравоохранения на местах;

- неотложная медицинская помощь: оказание помощи при состояниях, представляющих непосредственную угрозу для жизни больного; и
- медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях: оказание помощи и лечение пострадавших в условиях стихийных бедствий и экстремальных ситуаций.

Новая система будет частично интегрирована в существующую инфраструктуру системы здравоохранения. Предусматривается также строительство новых и реконструкция существующих центров, таких как Республиканский центр экстренной медицинской помощи в г. Ташкенте, предназначенный для предоставления специализированной неотложной медицинской помощи, например при ожогах и множественных травмах (Рис. 12). Областные и районные службы неотложной медицинской помощи будут функционировать, соответственно, при областных и районных больницах. Первая медицинская помощь населению будет оказываться городскими поликлиниками или сельскими медицинскими центрами.

Первая клиника неотложной медицинской помощи была открыта в ноябре 1999 года в Самарканде. Она располагает специализированными подразделениями для оказания высококвалифицированной медицинской помощи, включая пять хирургических отделений, отделения травматологии, урологии, педиатрии, акушерства и гинекологии, реанимации, реабилитации и три терапевтических отделения. Коечный фонд клиники рассчитан более чем на 400 мест, имеется оборудование для компьютерной томографии, а также большой штат сотрудников, в том числе 300 медсестер, 160 врачей и 440 человек вспомогательного персонала. Для проведения спасательных операций планируется приобрести вертолет. Неизвестно, будет ли решено отказаться от использования существующей инфраструктуры служб неотложной медицинской помощи, интегрированной в сеть учреждений первичной и вторичной медико-санитарной помощи.

Важнейшим элементом всей системы неотложной медицинской помощи будет являться Республиканский центр экстренной медицинской помощи, построенный в Ташкенте в 1999 году.

Остается неясным характер взаимосвязи между службами неотложной медицинской помощи и пунктами первой помощи, а также механизм получения доходов новыми учреждениями в будущем. Некоторые из предоставляемых ими услуг выходят за рамки неотложной медицинской помощи и не входят в систему бесплатного медицинского обслуживания, финансируемую государством.

Кроме того, имеются опасения, что создание системы неотложной медицинской помощи станет более приоритетной задачей, чем реформирование служб первичной медико-санитарной помощи. Значительные средства направляются на строительство и реконструкцию центров неотложной медицинской помощи, в то время как некоторые районы испытывают большие трудности с изысканием средств на строительство новых сельских медицинских центров.

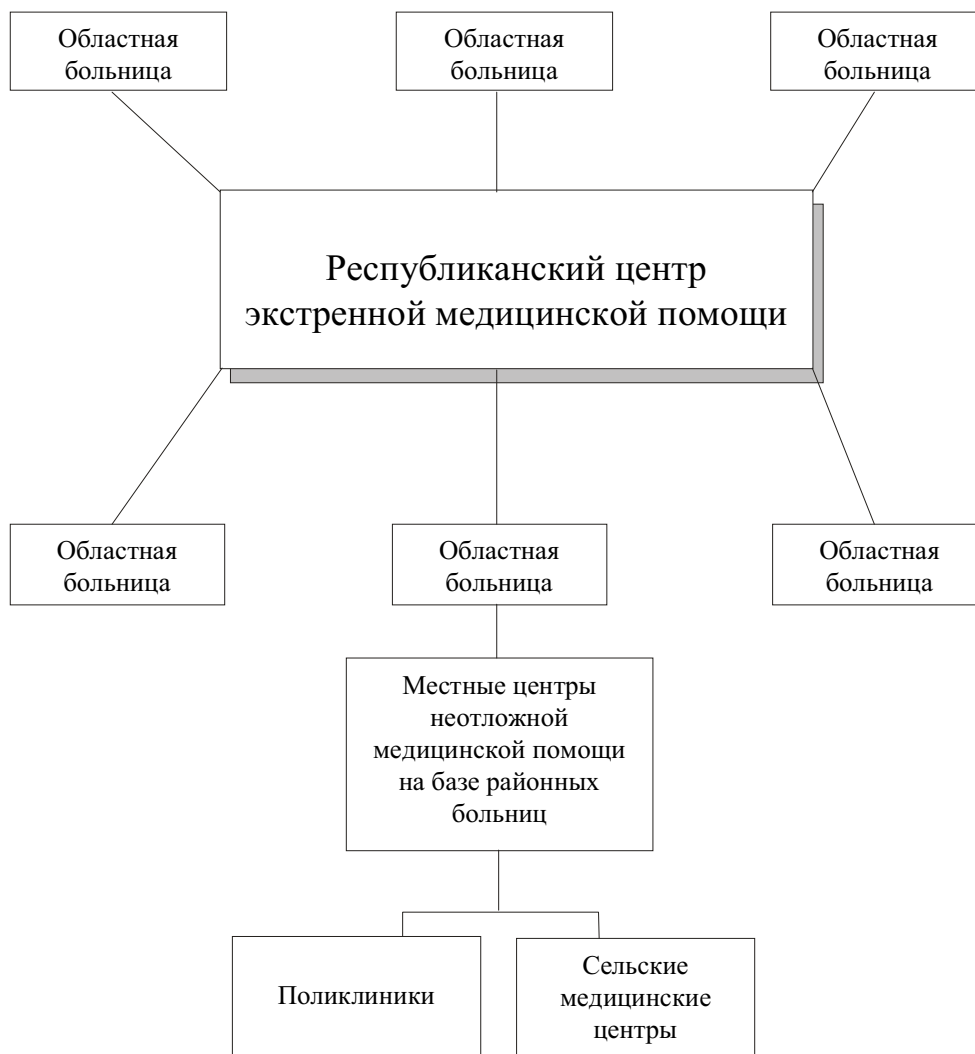
Рис. 11 Реформа системы здравоохранения в сельской местности



^a Большинство сельских больниц будут закрыты или реорганизованы, однако некоторые из них, расположенные в отдаленных районах, например в горных населенных пунктах или полупустынных зонах, могут быть сохранены.

^b Большинство фельдшерско-акушерских пунктов будут закрыты или реорганизованы, однако некоторые из них, расположенные в отдаленных районах, будут сохранены.

Рис. 12. Система неотложной медицинской помощи в Узбекистане, которую планируется создать к 2005 году



Программы реформирования системы здравоохранения, осуществляемые при содействии ВОЗ

Политика достижения здоровья для всех была принята Узбекистаном в 1992 году, после вхождения в состав Всемирной организации здравоохранения. Активное сотрудничество между Узбекистаном и ВОЗ началось в 1993 году, а в 1995 году в рамках соглашения о сотрудничестве, подписанного между ВОЗ и Узбекистаном, в г. Ташкенте было открыто Бюро связи ВОЗ. Основными направлениями сотрудничества являются охрана здоровья ребенка, репродуктивное здоровье, а также профилактика инфекционных болезней и борьба с ними (включая дифтерию, полиомиелит, ВИЧ/СПИД, туберкулез, диарею и холеру). При содействии ВОЗ в

стране был подготовлен национальный фармакологический справочник, который в настоящее время обсуждается и пересматривается. ВОЗ также оказывала содействие в выработке стратегии реформирования системы здравоохранения и выступила инициатором перехода от системы здравоохранения, основанной на стационарной помощи, к системе, где основное внимание уделяется первичной медико-санитарной помощи. Этот процесс включает повышение уровня профессиональной подготовки медсестер и акушерок и разработку национальной политики, направленной на повышение качества медико-санитарной помощи. Кроме того, в Муйнакском районе осуществляется экспериментальный проект по повышению качества медико-санитарной помощи в зоне Аральского моря, где службы здравоохранения испытывают многочисленные трудности. Данный проект состоит из трех частей: повышение квалификации медсестер и врачей служб первичной медико-санитарной помощи (1); развитие инфраструктуры и улучшение снабжения сельских служб здравоохранения и амбулаторных отделений при больницах оборудованием и материалами, обеспечение взаимодействия различных служб здравоохранения и улучшение материально-технического обеспечения районного центра укрепления здоровья и санитарно-эпидемиологических служб (6); повышение качества водоснабжения (2).

Продолжается выработка национальной политики в области здравоохранения на основе целей и задач ВОЗ, скорректированных с учетом ситуации в стране.

Первоочередные задачи реформы в 1991–1998 гг.

После получения независимости правительство Узбекистана приступило к определению первоочередных задач для проведения реформы системы здравоохранения. В первые годы независимости (1991-1998 гг.) не было единой долгосрочной программы реформирования национальной системы здравоохранения. Проводимые мероприятия носили несистематизированный характер и были направлены преимущественно на решение следующих задач:

- финансирование служб здравоохранения:
 - децентрализация системы здравоохранения, усиление ответственности областных и районных органов власти за распределение средств и, в некоторой степени, планирование в области здравоохранения;
 - приватизация аптечных учреждений и выдача лицензий врачам на занятие частной медицинской практикой; и
 - введение новой системы финансирования больниц; переход от финансирования по количеству коек на систему выделения средств в расчете на душу населения обслуживаемой территории (осуществлено частично);
- ресурсы здравоохранения:
 - уменьшение количества больничных коек и перераспределение ресурсов в пользу дневной медицинской помощи, помощи на дому, амбулаторной хирургии, специализированной амбулаторной помощи и социальной помощи на уровне общины; и

- реформирование системы образования и повышения квалификации работников здравоохранения, включая подготовку врачей общей практики и пересмотр учебных программ для подготовки фармацевтов;
- национальная политика и программы;
- укрепление здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи.

Первоочередные задачи реформы в 1998–2005 гг.

В 1998 году Кабинет министров издал президентский указ о реформировании системы здравоохранения Республики Узбекистан в 1998–2005 гг. В приложениях к данному указу приводится перечень лечебно-профилактических учреждений, оказывающих бесплатную медицинскую помощь, финансируемых за счет бюджетных средств; перечень лечебно-профилактических учреждений, подлежащих поэтапному переводу на платное оказание медицинских услуг; программа развития сети сельских врачебных пунктов в 2001-2005 гг.; прогноз дополнительной подготовки врачебного и среднего медицинского персонала; и программа перепрофилирования медицинских училищ в профессиональные колледжи в 1999-2005 гг. Данный указ предусматривает:

- создание национальной сети центров неотложной медицинской помощи с указанием сроков выполнения данного плана;
- введение высшего образования для медсестер высшей квалификации;
- создание общенациональной сети сельских и городских медицинских центров, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь населению Узбекистана;
- дальнейшее развитие частного сектора здравоохранения; и
- организацию контроля за осуществлением программы реформирования системы здравоохранения.

В указе также отмечается необходимость в коренном преобразовании системы финансирования здравоохранения, утверждается программа создания Республиканского центра экстренной медицинской помощи в г. Ташкенте с региональными филиалами и его структура, устанавливаются принципы организации системы неотложной медицинской помощи. Для Республиканского центра экстренной медицинской помощи, образованного на базе Ташкентской городской станции скорой медицинской помощи, построено новое здание, и предусматривается его укомплектование высококвалифицированными специалистами. Министерству здравоохранения поручено разработать предельные сроки пребывания больных в новых центрах экстренной медицинской помощи. Министерство здравоохранения также разрабатывает перечень заболеваний, подлежащих лечению службами неотложной медицинской помощи за счет государственного бюджета, протоколы лечения, а также определяет объем медицинских услуг, предоставляемых для лечения этих заболеваний. После 2005 года все услуги, расходы на оказание которых не покрываются из государственного бюджета, будут оплачиваться за счет самих пациентов, работодателей или, в

дальнейшем, страховых фондов. Это касается некоторых видов специализированной и стоматологической помощи. Предполагается, что после внедрения новой системы три пятых медицинских процедур не будут финансироваться за счет государственного бюджета.

Указ предусматривает создание сельских медицинских центров по всей стране, что требует взаимодействия всех участвующих сторон для выработки территориальных программ развития сети городских и сельских медицинских центров. Для создания условий, стимулирующих развитие негосударственного сектора здравоохранения, указ предусматривает освобождение частных медицинских учреждений от уплаты налогов сроком на 2 года с момента их образования, выделение земельных участков для строительства и функционирования частных лечебно-профилактических учреждений и привлечение средств частных и государственных инвесторов. Указ также предусматривает льготы на аренду объектов здравоохранения для частного сектора.

Дальнейшие шаги по реформированию системы здравоохранения

В Республике Узбекистан проводится работа по созданию национальной системы медицинского страхования.

С 1995 года ведется активное обсуждение проекта закона о медицинском страховании. Этот закон будет регламентировать юридические, экономические и материально-технические аспекты создания системы медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование будет охватывать всех граждан Республики Узбекистан. Оно будет осуществляться государственными учреждениями в рамках установленной законом программы страхования, гарантирующей определенный объем, качество и условия предоставления медико-санитарной помощи. Предоставление дополнительных услуг в области здравоохранения будет обеспечиваться системой добровольного медицинского страхования.

В рамках государственной программы страхования, в качестве страхователя выступает работодатель. Обязательное медицинское страхование неработающего населения будет осуществлять Совет Министров Республики Узбекистан, Совет Министров Каракалпакстана, а также областные и районные органы власти.

В соответствии с проектом закона, учреждения здравоохранения не могут выступать в качестве страхователей. Страховые платежи за неработающее население, инвалидов и сотрудников бюджетных организаций в рамках государственной программы страхования будут осуществляться из бюджета местных органов исполнительной власти. Минимальные размеры страховой премии будут устанавливаться Кабинетом министров и утверждаться Верховным советом. В законопроекте содержатся также положения о правах населения; объеме страховых льгот; условиях договоров, заключаемых между страхователями и учреждениями здравоохранения; размерах страховых взносов, уплачиваемых работниками и работодателями; финансировании учреждений здравоохранения в рамках государственной программы медицинского страхования; создании фондов медицинского страхования. Кроме того, закон регламентирует деятельность

учреждений здравоохранения, включенных в систему страхования, права и обязанности страхователя, а также взаимоотношения между учреждениями в рамках программы страхования.

В проекте закона не учитываются демографические тенденции и структура занятости населения. Не определена схема поступления средств в страховые фонды, а также механизм контроля и регулирования исполнения договоров на предоставление услуг медико-санитарной помощи между страховыми фондами и учреждениями здравоохранения (19).

Первоначально планировалось приступить к осуществлению программы страхования в 1999 году (11). Остается неясным, имеются ли в настоящее время в наличии людские и финансовые ресурсы, необходимые для внедрения и обеспечения выполнения национальной программы медицинского страхования.

Разработка национальной политики в области лекарственных средств

Проект национальной политики в области лекарственных средств был подготовлен при содействии ВОЗ в 1999 г., и в настоящее время проводится его согласование. В нем декларируются три первоочередные задачи:

- обеспечение доступности лекарственных средств для рациональной терапии для малоимущих и уязвимых групп населения;
- гарантия качества; и
- повышение эффективности руководства сектором здравоохранения.

В проекте национальной политики в области лекарственных средств предусматривается выполнение этих задач с помощью мер по совершенствованию программ обучения и повышения квалификации персонала во всех региональных подразделениях государственной системы контроля качества, включая местные лаборатории по контролю за качеством лекарственных средств. Предполагается разработать специальные процедуры для обеспечения постоянного контроля, получения обратной связи об эффективности назначенного лечения и оценки его результатов.

Осуществление реформы

Первоначально задача по проведению реформы возлагались на Министерство здравоохранения. Позднее для организации и контроля за выполнением государственной программы реформирования системы здравоохранения в 1998-2005 гг. была создана специальная комиссия, в задачи которой входит координация деятельности министерств, ведомств, учреждений здравоохранения и организаций в соответствии с требованиями программы и ежеквартальное представление отчетов о ходе реформы в Кабинет министров. Комиссия осуществляет пересмотр правовых и нормативных основ деятельности системы здравоохранения в Узбекистане для приведения их в соответствие с требованиями новой государственной программы. Для осуществления данной программы предполагается участие в ней экспертов с целью привлечения средств

международных организаций, фондов и других инвесторов. Предполагается также, что комиссия будет разрабатывать рекомендации по введению системы медицинского страхования, коренному преобразованию системы финансирования здравоохранения, приватизации медицинских учреждений и дальнейшему развитию частной медицинской практики.

Часть функций по осуществлению реформы здравоохранения недавно была передана региональным и местным советам.

В задачи Контрольной инспекции, созданной в 1998 году на основании президентского указа, входит мониторинг хода выполнения реформы и проводимой работы путем проверки документации по осуществлению реформы на местах и проведения ежеквартальных встреч для обсуждения этих вопросов с представителями региональных служб здравоохранения. Инспекция также призвана защищать права пациентов, например в частном секторе здравоохранения. В то же время, все решения, принимаемые контрольной инспекцией, могут быть пересмотрены центральным органом, действующим по поручению непосредственно Кабинета министров, который был создан специально для защиты частного сектора.

Функции Контрольной инспекции и комиссии по мониторингу хода выполнения реформы частично совпадают.

Указ 1998 года предусматривает завершение реформы в 2005 году.

Выводы

С 1991 года, после получения независимости, в системе здравоохранения в Узбекистане осуществляется постепенный переход от централизованного планирования и государственного финансирования к смешанной форме финансирования за счет государственного бюджета и частных средств. Как и в других республиках Центральной Азии, за этот период произошло ухудшение состояния здоровья населения Узбекистана. Экономический кризис, вызванный сокращением объемов субсидий из центра и экспортных рынков, оказал неблагоприятное влияние на благосостояние населения. Наибольшую потребность в медико-санитарной помощи испытывают женщины, дети и сельское население.

В рамках реформы системы здравоохранения были предприняты определенные меры, направленные на удовлетворение потребностей населения и внедрение новых форм финансирования и предоставления медико-санитарной помощи. Эти меры были необходимы для сохранения стабильности в гражданском обществе после распада СССР. Основное внимание было уделено вопросам укрепления здоровья матери и ребенка; снижения затрат, преимущественно за счет сокращения доли бюджетных средств в финансировании сектора здравоохранения; децентрализации управления службами здравоохранения; приватизации некоторых учреждений здравоохранения; повышения качества медицинских услуг, в особенности первичной медико-санитарной помощи.

В Узбекистане наблюдается улучшение показателей здоровья матери и ребенка. Однако предстоит решить еще множество сложных задач для повышения эффективности и стабильности функционирования системы здравоохранения, чтобы она в большей степени отвечала нуждам и потребностям населения страны.

Проблемы, возникшие в 1990-е годы, были связаны с длительными традициями всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью. Они были вызваны экономическим кризисом и уменьшением доли ВВП, направляемой на нужды здравоохранения, с 6% до 3%. По мере сокращения государственного бюджета здравоохранения, возрастала необходимость в оплате стоимости медицинских услуг и лекарственных средств за счет самих пациентов, что поставило в тяжелое положение семьи с низким уровнем доходов. Существует также вероятность того, что группы населения, освобожденные от дополнительных платежей, будут получать медико-санитарную помощь более низкого качества по сравнению с лицами, оплачивающими часть расходов за счет собственных средств.

Хотя государство намерено в течение некоторого периода времени поддерживать уровень налоговых поступлений за счет программы медицинского страхования, разработанные до настоящего времени модели медицинского страхования не учитывают прогнозы в отношении экономического развития, численности работающего населения и демографии, что необходимо для построения эффективной системы. Кроме того, отсутствует необходимый опыт и знания в данной области.

Достигнутый рост эффективности незначителен. Система здравоохранения остается очень разрозненной, что приводит к дублированию услуг и низкой эффективности. Например, некоторые виды услуг, в частности диагностические,

продолжают предоставляться службами здравоохранения на разных уровнях. В то же время, в Узбекистане было резко сокращено число больниц и больничных коек, чем можно объяснить некоторую экономию средств в секторе вторичной медико-санитарной помощи.

Одной из проблем на системном уровне является то, что процесс принятия решений о строительстве новых зданий и закупке оборудования для учреждений здравоохранения остается в высшей степени централизованным. Некоторые из решений, принимаемых на местном уровне (например, по вопросам кадрового обеспечения или распределения ресурсов), продолжают основываться на централизованно устанавливаемых нормативах, унаследованных от советской системы здравоохранения, что приводит к расхождениям между объемом выделяемых ресурсов и реальными потребностями. Данное обстоятельство, наряду с недостатком опыта и знаний, может служить одной из причин значительных различий в уровне медико-санитарной помощи между отдельными регионами страны. Администрирование, в отличие от управления системой здравоохранения, очень ограничивает возможности участия общины в этом процессе, однако система социального обеспечения с участием местных общинных советов может быть успешно использована для планирования и предоставления услуг здравоохранения.

Процесс приватизации служб здравоохранения в стране протекает неравномерно и вызывает определенные опасения. Это касается, например, частной медицинской практики, где явно отсутствуют механизмы регулирования. В других областях, таких как поставка лекарственных средств и медицинского оборудования, процесс приватизации не завершен. В государственной собственности остается значительный процент акций, в результате чего государство сохраняет значительный контроль за деятельностью этих организаций.

В середине и конце 1990-х годов в число первоочередных задач правительства входило развитие служб первичной медико-санитарной помощи. Были созданы новые сельские медицинские центры и осуществлена программа рационализации оставшейся части советской системы здравоохранения, которая включала закрытие фельдшерско-акушерских пунктов, сельских врачебных амбулаторий и сельских поликлиник.

Президентский указ 1998 года утвердил программу создания сельских медицинских центров и поставил задачу повышения уровня профессиональной подготовки и переподготовки медицинских кадров. В то же время, задача приоритетного развития служб первичной медико-санитарной помощи находилась в определенном противоречии с новыми инициативами по развитию служб неотложной медицинской помощи на базе больниц, требующими значительных затрат, а также по расширению рынка платных медицинских услуг, в результате чего несомненно возрастут объемы наличных платежей за счет самих пациентов. Таким образом, вполне оправданы опасения, что при выделении бюджетных средств на нужды здравоохранения предпочтение будет отдаваться финансированию развития системы неотложной медицинской помощи, требующей значительных ресурсов, а не сектора первичной медико-санитарной помощи. В результате, в частности, сократится объем бюджетных средств, выделяемых для помощи малоимущим семьям, сельским жителям и на содержание служб первичной и амбулаторной медико-санитарной помощи. Остается неясным, какое

место будут занимать службы неотложной медицинской помощи в рамках всей системы здравоохранения. Представляется, что более эффективным направлением использования средств могло бы быть дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи.

Библиография

1. Uzbekistan. In: *World factbook 2000* (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/uz.html>). Langley, VA, US Central Intelligence Agency, 2001 (обращение 14 мая 2001 г.).
2. *Human development report 1999 – Uzbekistan*. New York, United Nations Development Programme, 1999.
3. *Law of the Republic of Uzbekistan on the adoption of the Constitution of the Republic of Uzbekistan, December 8, 1992* (http://www.gov.uz/government/minus/english/Law_of_Uzbekistan.html). Tashkent, Government of Uzbekistan, 2001 (обращение 11 мая 2001 г.).
4. *Public health services and population health in the Republic of Uzbekistan, 1997*. Tashkent, Department of Statistics in Health, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 1998.
5. *Republic of Uzbekistan: recent economic developments* (<http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.cfm?sk=2821.0>). Washington, DC, International Monetary Fund, 1998 (IMF Staff Country Report No. 98/116, обращение 14 мая 2001 г.).
6. *Health and health system development in Uzbekistan on the threshold of the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (неопубликованный документ).
7. CALVERTON, M.D. *Uzbekistan demographic and health survey, 1996*. Tashkent, Institute of Obstetrics and Gynaecology [Uzbekistan] and Macro International Inc., 1997.
8. CHENET, L. & MCKEE, M. Patterns of health. In: McKee, M., Healy, J. & Falkingham, J., ed. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press, in press.
9. LADBURY, S. *Social assessment study*. Washington, DC, World Bank, 1997.
10. YANSOUPOV, R. *Country health report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (неопубликованный документ).
11. STEVENSON, P. Uzbek health care – no longer back in the USSR. *Lancet*, **351**: 1867 (1998).
12. *Republic of Uzbekistan: recent economic developments* (<http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.cfm?sk=3455.0>). Washington, DC, International Monetary Fund, 2000 (IMF Staff Country Report No. 00/36, обращение 14 мая 2001 г.).
13. *Uzbekistan at a glance* (http://www.worldbank.org/data/countrydata/aag/uzb_aag.pdf). Washington, DC, World Bank, 31 August 2000 (обращение 11 мая 2001 г.).
14. *Country brief: Uzbekistan* (<http://wbln0018.worldbank.org/ECA/eca.nsf/b6d7d87c83b48cb1852567d10014c689/98e65db5b769db20852567f0005c85c0?OpenDocument>). Washington, DC, World Bank, September 2000 (обращение 11 мая 2001 г.).
15. *Transition report 1998*. London, European Bank for Reconstruction and Development, 1998.
16. COUDOUEL, A. ET AL. Regional differences in living standards in Uzbekistan. In: Falkingham, J., Klugman, J. & Micklewright, J., ed. *Household welfare in central Asia*.

London, Macmillan Press, 1997.

17. KARIMOV, S.I. ET AL. *Problems and perspectives of the health care of Uzbekistan*. Tashkent, Publishing House Mir economy I prava, 1998.
18. FIERMAN, W. Political development in Uzbekistan: democratization? *In: Dawisha, K. & Parrott, B., ed. Conflict, cleavage, and change in central Asia and the Caucasus*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
19. *Central Asia 2010. Prospects for human development*. New York, United Nations Development Programme Regional Bureau for Europe and the CIS, 1999.

Приложение 1

Законодательная основа

Существующая система здравоохранения регулируется Конституцией Республики Узбекистан (3), законодательными актами, президентскими указами и постановлениями Министерства здравоохранения. Действующее законодательство, регламентирующее все аспекты здравоохранения, большей частью унаследовано от советской системы. Поскольку законодательство предусматривает установление нормативов и стандартов, законодательные акты могут носить ограничительный характер. После ратификации Конституции Верховным советом были приняты следующие законы и президентские указы в области здравоохранения, призванные обеспечивать права граждан, гарантированные Конституцией, и направленные на осуществление необходимых преобразований.

- Указ Президента Республики Узбекистан № 36 от 26 января 1994 г. о приоритетных направлениях дальнейшего развития процесса децентрализации и приватизации в Республике Узбекистан.
- Указ Президента Республики Узбекистан № 745 от 21 января 1994 г. о развитии экономических реформ в области здравоохранения.
- Постановление Кабинета министров № 17 от 19 января 1994 г. о продукции и услугах, устанавливающее юридическую, экономическую и организационную основу сертификации продукции и услуг и определяющее права, обязанности и сферу ответственности всех сторон.
- Постановление Кабинета министров № 132 от 11 марта 1994 г. о децентрализации и приватизации аптечных учреждений Министерства здравоохранения в Республике Узбекистан.
- Постановление Кабинета министров № 354 от 11 июля 1994 г. о неотложных мерах по введению и стимулированию развития частной собственности.
- Постановление Кабинета министров № 378 от 21 июля 1994 г. о введении частной медицинской практики.
- Закон о стандартизации, принятый в 1994 году, касающийся вопросов безопасности, стабильности и охраны здоровья, имущества и окружающей среды в связи с защитой прав потребителя, состояния продуктов и производственных процессов, а также повышения качества и конкурентоспособности продукции в соответствии с требованиями технического прогресса, населения и экономики.
- Закон об охране здоровья граждан Республики Узбекистан, принятый в 1996 году, провозглашающий «соблюдение прав человека в области охраны здоровья», «доступность медицинской помощи для всех слоев населения» и определяющий требования к продукции, услугам и работам для обеспечения

безопасности людей, имущества и окружающей среды.

- Закон о защите прав потребителей, принятый в 1996 году.
- Закон № 391 о лекарственных средствах и фармацевтической деятельности, принятый в 1997 году, содержащий следующие положения: порядок использования лекарственных средств, включая их производство, импорт и экспорт; создание системы контроля качества; разграничение обязанностей по производству, изготовлению, упаковке, хранению, распределению и уничтожению лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования; право на информацию о лекарственных средствах и порядок их рекламирования для населения и медицинского персонала; права аптечных учреждений на организацию и ведение деятельности по реализации лекарственных средств. В соответствии с этим законом, государство гарантирует доступность основных видов лекарственных средств, а правительство определяет и проводит национальную политику в области лекарственного обеспечения, включая утверждение и финансирование программ по обеспечению лекарственными средствами.
- Указ Президента Республики Узбекистан № 2107 от 10 ноября 1998 г. о государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан в 1998–2005 гг.
- Закон от 19 августа 1999 г. о профилактике ВИЧ-инфекции.
- Закон о государственном санитарном надзоре, принятый в 1999 году.
- Закон о наркотических средствах и психотропных веществах, принятый в 1999 году.
- Закон о принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом и наркоманией, принятый в 1999 году.