

Системы здравоохранения: время перемен

Том 16 №5 2014

Узбекистан

Обзор системы здравоохранения

Мохир Ахмедов • Равшан Азимов
Зульхумор Муталова • Шахин Гусейнов
Елена Цой • Bernd Rechel

Европейская

обсерватория



по системам и политике здравоохранения

Ответственными за подготовку настоящего обзора являются
Erica Richardson (редактор) и Martin McKee (редактор серии)

Редакционная коллегия

Редакторы серии

Reinhard Busse, Берлинский технический университет, Германия
Josep Figueras, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Martin McKee, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство
Elias Mossialos, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство
Sarah Thomson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Ewout van Ginneken, Берлинский технический университет, Германия

Координатор серии

Gabriele Pastorino, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Редакционный коллектив

Jonathan Cylus, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Cristina Hernández-Quevedo, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Marina Karanikolos, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Anna Maresso, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
David McDaid, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Sherry Merkur, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Philipa Mladovsky, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Dimitra Panteli, Берлинский технический университет, Германия
Wilm Quentin, Берлинский технический университет, Германия
Bernd Rechel, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Erica Richardson, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения
Anna Sagan, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Международный консультативный комитет

Tit Albreht, Институт общественного здравоохранения, Словения
Carlos Alvarez-Dardet Díaz, Университет Аликанте, Испания
Rifat Atun, Гарвардский университет, США
Johan Calltorp, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция
Armin Fidler, Всемирный банк
Colleen Flood, Университет Торонто, Канада
Péter Gaál, Университет им. Земмельвейса, Венгрия
Unto Häkkinen, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия
William Hsiao, Гарвардский университет, США
Alan Krasnik, Университет Копенгагена, Дания
Joseph Kutzin, Всемирная организация здравоохранения
Soonman Kwon, Национальный университет Сеула, Республика Корея
John Lavis, Университет МакМастера, Канада
Vivien Lin, Университет Ла Троб, Австралия
Greg Marchildon, Университет Риджайны, Канада
Alan Maynard, Университет Йорка, Соединенное Королевство
Nata Menabde, Всемирная организация здравоохранения
Ellen Nolte, Корпорация RAND, Соединенное Королевство
Charles Normand, Университет Дублина, Ирландия
Robin Osborn, Фонд Содружества, США
Dominique Polton, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция
Sophia Schlette, Ассоциация врачей системы государственного медицинского страхования, Германия
Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Российская Федерация
Peter C. Smith, Королевский колледж, Соединенное Королевство
Wynand P.M.M. van de Ven, Университет им. Эразма Роттердамского, Нидерланды
Witold Zatonski, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Мохир Ахмедов

Равшан Азимов, Школа общественного здравоохранения, Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

Зульхумор Муталова, Институт здоровья и медицинской статистики при Министерстве здравоохранения Узбекистана

Шахин Гусейнов, Европейское региональное бюро ВОЗ

Елена Цой, Представительство ВОЗ в Узбекистане

Bernd Rechel, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения и Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Узбекистан:

Обзор системы здравоохранения 2014



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE

EVALUATION STUDIES

FINANCING, HEALTH

HEALTH CARE REFORM

HEALTH SYSTEM PLANS – organization and administration

UZBEKISTAN

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.
(в качестве ведущей организации и секретариата
Европейской обсерватории по системам и политике
здравоохранения).

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

Запросы относительно публикаций следует направлять
по адресу:

**Publications,
WHO Regional Office for Europe,
UN City,
Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark**

Кроме того, запросы на документацию, информацию
по вопросам здравоохранения или разрешение
на цитирование или перевод можно заполнить
в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро
ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/publications/request-forms>).

Мнения, выраженные авторами или редакторами,
необязательно отражают решения или официальную
политику Европейской обсерватории по системам
и политике здравоохранения или какого-либо из
ее партнеров.

Обозначения, используемые в настоящей публикации,
и приводимые в ней материалы не отражают какого
бы то ни было мнения Европейской обсерватории по

системам и политике здравоохранения или какого-либо
из ее партнеров относительно правового статуса той или
иной страны, территории, города или района, или их
органов власти, или относительно делимитации их границ.
Обозначение «страна или район» в заголовках таблиц
охватывает страны, территории, города или районы.
Пунктирные линии на географических картах обозначают
приблизительные границы, относительно которых полного
согласия пока не достигнуто.

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

Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения приняла все разумные меры
предосторожности для проверки информации,
содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее,
опубликованные материалы распространяются без
какой-либо явно выраженной или подразумеваемой
гарантии их правильности и полноты. Ответственность
за интерпретацию и использование материалов ложится
на пользователей, Европейская обсерватория по
системам и политике здравоохранения ни при каких
обстоятельствах не несет ответственности за ущерб,
связанный с использованием этих материалов.

Ссылка на исходный документ:

Ahmedov M, Azimov R, Mutalova Z, Huseynov S, Tsoy E and Rechel B.
Uzbekistan: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2014,
16(5):1–137.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xi
Аннотация	xiii
Основные положения	xv
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	3
1.3 Политика	4
1.4 Состояние здоровья населения	6
2. Организация и управление	11
2.1 Обзор системы здравоохранения	12
2.2 Историческая справка	12
2.3 Организация	14
2.4 Децентрализация и централизация	24
2.5 Планирование	25
2.6 Межсекторный подход	27
2.7 Управление информацией о здравоохранении	28
2.8 Регулирование	32
2.9 Усиление участия пациентов в системе здравоохранения	40
3. Финансирование	45
3.1 Расходы на здравоохранение	46
3.2 Источники доходов и финансовые потоки	49
3.3 Обзор законодательно установленной системы финансирования	52
3.4 Неофициальные платежи	66
3.5 Добровольное медицинское страхование	67
3.6 Прочие источники финансирования	67
3.7 Механизмы оплаты	68

4. Материальные и трудовые ресурсы	73
4.1 Материальные ресурсы	73
4.2 Трудовые ресурсы	78
5. Предоставление медицинских услуг	87
5.1 Общественное здравоохранение	88
5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения	92
5.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь	95
5.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь	100
5.5 Скорая и неотложная медицинская помощь	102
5.6 Медикаментозная помощь	103
5.7 Реабилитационная медицинская помощь	105
5.8 Долговременная помощь	106
5.9 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными	106
5.10 Охрана психического здоровья	107
5.11 Стоматологическая помощь	108
5.12 Дополнительная и альтернативная медицина	109
5.13 Медицинское обслуживание отдельных групп населения	110
6. Основные реформы здравоохранения	113
6.1 Анализ последних реформ	113
7. Оценка системы здравоохранения	133
7.1 Задачи системы здравоохранения	134
7.2 Финансовая защита и равенство в финансировании здравоохранения	134
7.3 Восприятия пациентов и равенство доступа к услугам здравоохранения	138
7.4 Результаты здравоохранительных мер и качество услуг	141
7.5 Эффективность системы здравоохранения	148
7.6 Прозрачность и ответственность	152
8. Заключение	153
9. Приложения	157
9.1 Библиография	157
9.2 Полезные веб-ресурсы	164
9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	165
9.4 Процесс редактирования	168
9.5 Сведения об авторах	168

Предисловие

Серия «Системы здравоохранения: время перемен» содержит обзоры по странам с всесторонним анализом системы здравоохранения той или иной страны, ее реформ и политических инициатив – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты совместно с сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Для того чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора, который периодически пересматривается. Этот формат представляет собой подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров, необходимых для составления отчета.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам соответствующую информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформирования;
- помочь другим исследователям в глубоком сравнительном анализе политик в области здравоохранения.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформирования относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь, это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Евростат, данные по здравоохранению Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), данные Международного валютного фонда (МВФ), Показатели мирового развития Всемирного банка и ряд других источников, которые, по мнению авторов, являются полезными. Хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Составление обзоров в едином формате имеет определенные недостатки, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества заключаются в том, что единый формат охватывает одни и те же вопросы и проблемы. Для тех, кто разрабатывает политику в области здравоохранения в своей стране, обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации об опыте других стран, применимом к ситуации в их собственных странах. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

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

Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» и их основные положения можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: <http://www.healthobservatory.eu>.

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Узбекистану составлен Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения.

Авторами настоящего издания являются Мохир Ахмедов, Равшан Азимов (Школа общественного здравоохранения, Ташкент), Зульхумор Муталова (Министерство здравоохранения Узбекистана), Шахин Гусейнов (Европейское региональное бюро ВОЗ), Елена Цой (Представительство ВОЗ в Узбекистане) и Bernd Rechel (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Редактор – Bernd Rechel. Основой настоящему изданию послужил предыдущий обзор по Узбекистану, опубликованный в 2007 г., авторами которого являются Мохир Ахмедов, Равшан Азимов, Василя Алимова и Bernd Rechel, редактор – Bernd Rechel.

Обсерватория и авторы выражают благодарность Бахрому Дурманову и команде Национального бюро ВОЗ в Узбекистане, возглавляемого Асмусом Хаммерих, за рецензирование отчета. Авторы также выражают благодарность Nick Fahy за техническое содействие в редактировании текста и редактирование основных положений.

Особая благодарность выражается всем сотрудникам и агентствам Министерства здравоохранения за их содействие в получении информации и за неоценимые комментарии по предыдущим версиям данного документа, а также за предложения относительно планов и имеющихся альтернативных вариантов в политике здравоохранения Узбекистана. Мы также хотим поблагодарить всех сотрудников Центральной группы реализации проекта «Здоровье III», в том числе, Фархада Фузайлова, Шухрата Шукурова, Рустама Юлдашева, Розу Мухамедиярову, Севиль Абдурахимову и Нигору Карабаеву.

Благодарность также выражается Европейскому региональному бюро ВОЗ за базу данных «Здоровье для всех», из которой брались данные об услугах здравоохранения; Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) за данные об услугах здравоохранения в Западной Европе; а также Всемирному банку за данные о расходах на здравоохранение в странах центральной и восточной Европы. Мы также выражаем благодарность местным статистическим учреждениям за предоставленные данные. В настоящем обзоре отражены сведения по состоянию на август 2014 г., кроме случаев, когда оговорено противное.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство, организованное Европейским региональным бюро ВОЗ, в котором участвуют правительства Австрии, Бельгии, Финляндии, Ирландии, Норвегии, Словении, Швеции, Великобритании и итальянского региона Венето; Европейская комиссия; Всемирный банк; UNCAM (Национальное объединение Фондов медицинского страхования Франции); Лондонская школа экономики и политических наук, а также Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

Коллектив Обсерватории, работающий над обзорами «Системы здравоохранения: время перемен», возглавляют Josep Figueras – директор, Elias Mossialos, Martin McKee, Reinhard Busse, Richard Saltman, Ellen Nolte, Sarah Thomson и Suszy Lessof. Программа обсерватории по мониторингу стран и серии обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» координируются Gabriele Pastorino. Координацию исследований Программы странового мониторинга и серии обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» осуществляет Gabriele Pastorino. Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Jonathan North при поддержке Caroline White и Sophie Richmond (техническое редактирование).

Список сокращений

KfW	Германский банк реконструкции и развития
АБР	Азиатский банк развития
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОП	Врач общей практики
ГЖПИ	Годы жизни с поправкой на инвалидность
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДН	Доктор наук
ДОТС	Лечение под непосредственным наблюдением, короткий курс
ЕС	Европейский союз
ИТ	Информационные технологии
КТ	Компьютерная томография
МКБ	Международная классификация болезней
НПО	Неправительственная организация
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПГЖ	Потерянные годы жизни
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СНГ	Содружество независимых государств
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮСЭЙД	Агентство США по международному развитию

Список таблиц и рисунков

Таблицы

		стр.
Таблица 1.1	Динамика населения/демографические показатели, 1980–2013 гг., выборочно	3
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1990–2013 гг., выборочно	4
Таблица 1.3	Коэффициенты смертности и показатели в области здравоохранения, 1980–2012 гг., выборочно	7
Таблица 1.4	Основные причины смерти, выборочно, стандартизированные коэффициенты смертности по возрастам на 100 000 населения, 1981–2005 гг., выборочно	8
Таблица 1.5	Показатели в области здравоохранения материнства, детства и юношества, 1980–2012 гг., выборочно	9
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение, 1995–2012 гг.	47
Таблица 3.2	Источники доходов, % от общих расходов на здравоохранение по источникам доходов, 1995–2012 гг. (выборочно), по оценкам ВОЗ	49
Таблица 3.3	Финансирование здравоохранения: разделение по уровням органов управления	61
Таблица 6.1	Основные реформы и инициативы в области здравоохранения за годы независимости	115
Таблица 6.2	Некоторые целевые показатели и ход выполнения проекта «Здоровье II» по состоянию на 2011 год	121
Таблица 6.3	Некоторые целевые показатели и ход выполнения проекта «Здоровье матери и ребенка» по состоянию на 2011 год	124
Таблица 6.4	Некоторые целевые показатели проекта «Здоровье III»	127
Таблица 6.5	Намеченная рационализация зданий в государственном секторе здравоохранения	129
Таблица 7.1	10 основных причин ПГЖ, 1990 и 2010 гг.	143
Таблица 7.2	Основные причины ГЖПИ и изменения в процентном выражении в период с 1990 до 2010 гг.	143
Таблица 7.3	Младенческая смертность на 1 000 живорожденных, 2000–2012 гг., выборочно	145

Рисунки

		стр.
Рис. 1.1	Карта Узбекистана	2
Рис. 2.1	Обзор системы здравоохранения	13
Рис. 2.2	Структура Министерства здравоохранения	16

Рис. 2.3	Организационная структура областных органов здравоохранения	20
Рис. 2.4	Организационная структура районных или городских медицинских объединений	22
Рис. 2.5	Организационная структура Управления здравоохранения г. Ташкента	23
Рис. 3.1	Расходы на здравоохранение, доля в ВВП в странах Европейского региона ВОЗ (%), 2012 г., по оценкам ВОЗ	48
Рис. 3.2	Динамика расходов на здравоохранение, доля в ВВП Узбекистана и ряда стран (%), 1995–2012 гг., по оценкам ВОЗ	49
Рис. 3.3	Расходы на здравоохранение в ППС в долларах США на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ, 2012 г., по оценкам ВОЗ	50
Рис. 3.4	Расходы на здравоохранение государственного сектора, доля (%) в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ, 2012 г., по оценкам ВОЗ	51
Рис. 3.5	Финансовые потоки в системе здравоохранения Узбекистана	53
Рис. 4.1	Виды коек в больницах интенсивной терапии, учреждениях долговременной медицинской помощи и психиатрических больницах Узбекистана, на 100 000 населения, 1990–2010 гг.	75
Рис. 4.2	Число коек в больницах интенсивной терапии на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, 1990–2012 гг.	75
Рис. 4.3	Число врачей на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные	78
Рис. 4.4	Число медсестер на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные	79
Рис. 4.5	Число стоматологов на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные	79
Рис. 4.6	Число врачей и медсестер на 100 000 населения в странах Европейского региона ВОЗ, с 2012 г. по последний год, на который имеются данные	80
Рис. 4.7	Число фармацевтов на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные	81
Рис. 5.1	Число амбулаторных посещений на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ в 2012 г. или по последним имеющимся данным	96
Рис. 5.2	Виды больниц в городах и сельской местности	101

Аннотация

Узбекистан – страна в Центральной Азии, провозгласившая свою независимость в 1991 г. после распада Советского Союза. С тех пор страна приступила к реализации ряда крупных реформ в сфере здравоохранения, охватывающих области предоставления, управления и финансирования медицинской помощи, с целью повышения эффективности, при этом обеспечивая равный доступ. Первичная медицинская помощь в сельской местности заменена двухуровневой системой, а специализированные поликлиники в городах трансформируются в поликлиники общего профиля для всех групп городского населения. За основу финансирования вторичной медицинской помощи взяты расходы прошлых лет и затраты на оказание услуг (при этом увеличивается «самофинансирование» за счет взносов пациентов), а для первичной медицины все больше используется модель подушевого финансирования. Налицо также усилия, предпринимаемые для увеличения эффективности распределения ресурсов – доля ресурсов, вовлеченных в реформированную систему первичного здравоохранения, постепенно растет. Предоставление медицинских услуг в основном осуществляется государственными учреждениями, но при этом почти половина всех расходов на здравоохранение поступает из частных источников, в большей части в виде личных платежей граждан. Имеются гарантированные базовые пособия, включающие бесплатные первичные медицинские услуги, неотложную помощь и лечение определенных болезней и категорий населения. Тем не менее, вторичное медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении не включаются в базовые пакеты для большинства населения, и зависимость от частных расходов на здравоохранение приводит к неравенству и катастрофическим расходам у населения. Хотя доля государственных расходов медленными темпами растет, финансовая защита все еще остается проблемным вопросом. Качество услуг здравоохранения является еще одной областью, привлекающей все большее к себе внимание.

Основные положения

Введение

Узбекистан – это центральноазиатская республика, провозгласившая свою независимость в 1991 г. после распада Советского Союза. Население страны – 30,2 млн. (по состоянию на 2013 г.), около половины проживает в сельской местности. Страна разделена на 14 административных единиц: 12 областей (вилоятов), одну автономную республику (Каракалпакстан, на северо-западе страны) и один административный город, столицу Ташкент. На местном уровне администрация разделена на туманы («районы» на русском языке, «districts» на английском языке) и города.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2012 г. согласно официальной статистике составляла 70,7 лет для мужчин и 75,5 лет для женщин. Однако по оценкам Всемирного банка эти показатели ниже – для мужчин ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляет 64,8 лет, а для женщин ожидаемая продолжительность жизни составляет 71,5 лет. Такое расхождение вызвано рядом факторов, в частности, занижением данных о младенческой смертности, а также различиями в определениях, методике и источниках (оценки Всемирного банка основаны на данных опросов).

Наиболее распространенными причинами смерти в Узбекистане являются заболевания системы кровообращения (в основном, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни). С 1980-х гг. коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в Узбекистане увеличивается; эта тенденция характерна и для других республик Центральной Азии и Содружества Независимых Государств (СНГ), но в корне отличается от стран Западной Европы, где смертность от данной группы болезней в последние несколько десятилетий неуклонно падает. Аналогично другим странам в регионе, в годы независимости также участились случаи туберкулеза, в том числе

множественно-лекарственно-устойчивой формы туберкулеза; в период 2000-х и 2010-х гг. резко увеличилось количество ВИЧ-инфекций.

Организация и управление

Государственная система здравоохранения делится на три уровня иерархии: общенациональный (республиканский) уровень, уровень вилоятов (областной) и местный уровень, состоящий из сельских туманов (районов) или городов, с относительно небольшой долей частного сектора.

Министерство здравоохранения (с общим числом сотрудников 88 человек) играет ключевую роль в организации, планировании и управлении системой здравоохранения Узбекистана. Регулирование остается практически эксклюзивной прерогативой правительства, а роль неправительственных организаций (НПО) и профессиональных ассоциаций либо незначительна, либо вообще отсутствует. Поскольку в системе здравоохранения действует преимущественно интегрированная модель (при которой государство является главным игроком и поставщиком услуг здравоохранения), то практически все медицинские работники являются государственными служащими.

Первоначально правительство позволило частному сектору свободно развиваться, ограничив свой контроль, но в связи с участвовавшими в частном секторе случаями, когда медицинские услуги оказывались без необходимости, небезопасно или некачественно, правительство значительно сузило круг услуг, предоставляемых частным сектором, особенно в части сложных хирургических процедур. Дополнительно был усилен надзор со стороны регулирующих органов, позволив Министерству здравоохранения проводить инспекции без предварительного уведомления. Права пациентов, в том числе, право выбора поставщиков, установлены законодательством, но в реальной практике все еще не достаточно широко используются.

Финансирование

Узбекистан тратит относительно малую долю своего валового внутреннего продукта (ВВП) на здравоохранение – приблизительно 5,9% в 2012 г. Этот показатель ниже среднего для Европейского региона ВОЗ (8,3%), но немного выше среднего показателя для Центральноазиатских

республик (5,2%). Хотя доля государственного сектора в расходах за последние годы увеличилась, расходы частного сектора все также остаются весомыми. В 2012 г. из государственных источников (в основном, собранных за счет налогов) финансировалось 53,1% от общего расхода на здравоохранение, а 46,9% поступило из частных источников, в основном, в виде личных платежей граждан. Добровольное медицинское страхование не играет значительной роли.

Пакет базовых услуг, гарантированный правительством, включает первичную медицинскую помощь, неотложную помощь, лечение «социально значимых и опасных» заболеваний (в частности, основные заразные заболевания и некоторые неинфекционные болезни, такие как психические расстройства и онкологические заболевания), а также специализированное (вторичное и третичное) лечение для категорий населения, которые классифицируются государством как уязвимые слои. Таким образом, он не включает в себя вторичные и третичные услуги здравоохранения для значительной части населения. Лекарственное обеспечение при стационарном лечении, входящем в пакет базовых услуг, также включено в данный пакет. Лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении не включается, за исключением 13 категорий населения, в том числе, ветераны Второй мировой войны, пациенты ВИЧ/СПИД, пациенты с диабетом или раком, а также одинокие пенсионеры, стоящие на учете в отделах социального обеспечения.

Платежи за услуги здравоохранения осуществляются как официально, так и неофициально. Все больше вводится официальных платежей, и на сегодняшний день они представляют собой большую часть в доходах, в особенности, медицинских учреждений, от которых ожидается самофинансирование за счет платежей пациентов, нежели за счет отчислений из государственного бюджета. Этот подход все больше приветствуется в здравоохранительных учреждениях, оказывающих вторичные и третичные медицинские услуги. Наблюдения и результаты опросов показывают существование практики неофициальных платежей, особенно за вторичные и третичные медицинские услуги. Прочими источниками финансирования являются программы технического содействия международных агентств в двустороннем или многостороннем форматах.

Правительство занимается объединением и распределением финансирования в секторе здравоохранения. Между общенациональным (республиканским) и местным (уровнем вилоятов, туманов и городов) имеется четкое разделение в отношении финансирования здравоохранения. Республиканские органы отвечают за финансирование

специализированных медицинских центров, научно-исследовательских институтов, центров экстренной помощи и больниц общенационального уровня. В ведении областных и местных органов власти находится финансирование остальных больниц, подразделений первичной медицинско-санитарной помощи, санитарно-эпидемиологических станций и служб скорой помощи. Первичное здравоохранение в сельской местности теперь финансируется из расчета на душу населения, а в 2015 г. ожидается применение аналогичной модели в городской местности. Специализированное амбулаторное и стационарное лечение финансируется из расчета расходов прошлых лет и затрат на оказание услуг, а также все в большей степени за счет «самофинансирования».

Работники здравоохранения в государственном секторе получают фиксированную заработную плату в строгом соответствии с государственными инструкциями. Тем не менее, предпринимаются попытки предоставления большей гибкости медицинским учреждениям при оплате услуг профессиональных медицинских работников. По данным 2014 г. уровень заработной платы докторов в государственном секторе варьирует от 300 до 600 долларов США в месяц, а заработная плата медсестер ниже. Такой уровень заработной платы считается недостаточным для покрытия прожиточного минимума (хотя некоторые учреждения с «самофинансированием» имеют возможность значительного увеличения заработной платы).

Материальные и трудовые ресурсы

В годы независимости наблюдается значительное сокращение коечного фонда больниц; также ожидается дальнейшее его сокращение. По числу коек на душу населения страна имеет показатели ниже среднего показателя для Центральноазиатских стран и СНГ. Также наблюдается уменьшение числа врачей на душу населения – на данный момент оно составляет ниже среднего показателя для Центральноазиатских республик, в то время как число медсестер на душу населения держится практически на одном уровне на протяжении двух последних десятилетий и является самым высоким показателем по Центральноазиатскому региону.

В настоящее время в стране действует одна медицинская академия, четыре медицинских вуза и три областных филиала. Все они являются государственными учебными заведениями. В медицинских вузах существует четыре основных факультета, на которых готовят врачей:

лечебный (общая медицина), лечебный с фокусом на преподавательскую деятельность (педагогика общей медицины), общий педиатрический и санитарно-эпидемиологический. Имеется 72 профессиональных колледжа, осуществляющих базовую подготовку по медсестринскому делу. Медицинское образование было реструктурировано: срок медицинской бакалавриатуры для врачей увеличен с шести до семи лет, а ранняя специализация заменена большей ориентацией на общее направление. Выпускники вузов получают квалификацию врачей-терапевтов. Период обучения по медсестринскому делу продлен до двух лет для обучающихся с законченным средним образованием и до трех лет для обучающихся с незаконченным средним образованием.

Предоставление медицинских услуг

В сфере общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологические услуги все также сосредоточены на обеспечении гигиены окружающей среды, безопасности пищевых продуктов и контроле инфекционных заболеваний. Появились и новые игроки, в том числе, вертикальные общенациональные структуры, такие как центры ВИЧ/СПИД, Институт здоровья и медицинской статистики; подразделения первичной медицинско-санитарной помощи, и дополнительные программы НПО и международных агентств (таких как ВОЗ, ЮНИСЕФ [Детский фонд Организации Объединенных Наций], ЮНФПА [Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения] и Всемирный банк).

Услуги первичной медицины предоставляются государственными учреждениями первичной медицинской помощи и отделениями амбулаторной помощи государственных учреждений вторичного и третичного звена медицинской помощи (а также частными амбулаторными клиниками). В сельской местности первым пунктом обращения пациента за медицинской помощью является сельский врачебный пункт (в результате отказа от существовавших ранее фельдшерско-акушерских пунктов), а вторичное амбулаторное лечение осуществляется амбулаторными отделениями районных больниц.

В городской местности первичные медицинские услуги, а также некоторые вторичные медицинские услуги, оказываются в поликлиниках с охватом от 10 000 до 80 000 населения. Все типы поликлиник (ранее отдельные для взрослых и детей, смешанные для всех слоев населения и поликлиники, специализирующиеся на женском здоровье) в настоящее

время трансформируются в семейные поликлиники, оказывающие услуги первичного звена медицинской помощи для всех групп (городского) населения. Ожидается постепенная замена специалистов городских семейных поликлиник на врачей общей практики (ВОП).

В сельской местности первым пунктом обращения пациента за государственной медицинской помощью стационарного звена являются районные больницы, которые включают центральные районные больницы, имеющие в своем составе многопрофильные амбулаторные подразделения. В городской местности областные и городские больницы оказывают населению услуги стационарного лечения. На областном уровне разные группы населения получают лечение в отдельных больницах по разным категориям заболеваний. Сюда входят детские больницы, больницы для туберкулезных больных, больницы, где лечатся заболевания, передающиеся половым путем, а также дерматологические заболевания, неврологические и психиатрические больницы, кардиологические госпитали и больницы экстренной помощи. Услуги третичного здравоохранения обычно оказываются в крупных больницах, научно-исследовательских институтах и специализированных центрах общенационального уровня.

Неотложная медицинская помощь претерпела значительные реформы – была организована сеть отделений экстренной помощи по всей стране на базе существующих стационаров местного, областного и общенационального уровня. Реформа в здравоохранении внедрила концепцию официально бесплатной и доступной для всех экстренной медицинской помощи, что, как кажется, привело к чрезмерной нагрузке на сферу неотложной медицинской помощи. Последнее также связано с бытующим мнением, что по сравнению с другими государственными медицинскими учреждениями система экстренной помощи оснащена лучшим оборудованием, медицинскими аппаратами и приборами, а также медикаментами.

Оценка качества, в ходе которой преимущественно используются структурные индикаторы, а не индикаторы исходов, в основном ограничивается государственными учреждениями; оценка процесса оказания помощи, как правило, не проводится. Оценка состояния медицинских учреждений и их оборудования проводят органы системы Министерства здравоохранения, но как показатели исходов, собираемые в ходе таких оценок (которые, в основном, касаются показателей больничной летальности и осложнений), влияют на дальнейшую работу оцениваемых медицинских учреждений, неясно. В некоторых учреждениях, особенно, в третичном звене, разработаны собственные системы оценки исходов и

процессов, которые могут использоваться в целях повышения качества оказываемых услуг. По имеющимся сведениям, до сих пор ни разу не проводились общенациональные исследования качества стационарных услуг, однако согласно бытующим мнениям, многие медицинские подходы являются устаревшими, а качество медицинских услуг значительно варьируется в зависимости от конкретного учреждения.

В части медикаментозной помощи государственные аптеки практически полностью приватизированы. В стране принята долгосрочная стратегия по обеспечению самодостаточности основных медикаментов и препаратов крови во избежание зависимости от дорогостоящего импорта. Значительная часть расходов на лекарства оплачивается из частных источников.

Основные реформы в сфере здравоохранения

На протяжении последних двух десятилетий Узбекистан приступил к реализации нескольких крупных реформ в сфере здравоохранения с целью улучшения оказываемых медицинских услуг, управления ими и их финансирования. Реформы затрагивают такие области, как услуги первичного (первоначально в сельской местности), вторичного и третичного здравоохранения, а также услуги экстренной медицинской помощи. Услуги первичного звена отошли от многоуровневой системы к двухуровневой; начато обучение врачей общей практики, и финансирование в первичном звене все больше осуществляется из расчета на душу населения. Налицо усилия, предпринимаемые для внедрения новых подходов к вопросам материнства и детства, общественного здравоохранения, профилактики инфекционных заболеваний, а также к контролю, мониторингу и оценке качества услуг. В сфере вторичного и третичного здравоохранения наблюдается сокращение мощностей, внедряются новые методы управления и финансирования пилотными учреждениями третичной медицины. Начаты реформы в сфере медицинского образования.

Оценка системы здравоохранения

Несмотря на ограниченность сведений целостного характера о работе системы здравоохранения, можно выделить несколько тенденций и задач. Страна прилагает значительные усилия к повышению эффективности системы здравоохранения, обеспечению равномерного распределения

медицинских учреждений и защите уязвимых слоев населения от катастрофических расходов на здравоохранение. Несмотря на увеличивающуюся долю государственных расходов на здравоохранение, большая доля личных платежей граждан и ограниченность пакета льгот, который включает в себя лишь первичную и экстренную медицинскую помощь, означают, что население недостаточно защищено от последствий плохого здоровья, что в свою очередь выливается в проблемы равенства в вопросах охраны здоровья и доступа к услугам. Качество медицинских услуг все больше признается важной проблемой, постоянно прилагаются усилия к совершенствованию протоколов лечения, пересмотру медицинского образования, непрерывного профессионального развития, а также обеспечению качества и улучшению структур. Налицо также усилия, предпринимаемые для увеличения эффективности распределения ресурсов – доля ресурсов, вовлеченных в реформированную систему первичного здравоохранения, постепенно растет. Среди прочих проблем системы здравоохранения Узбекистана – практика неофициальных платежей, а также тот факт, что до сих пор в медицинском обслуживании к мнению и предпочтениям пациентов, в большей части, не прислушиваются.

1. Введение

Узбекистан расположен в Центральной Азии, по данным 2013 г. население составляет 30,2 миллиона человек. Примерно половина населения проживает в сельской местности. Страной руководит Президент, избираемый сроком на пять лет. Страна разделена на 14 административных единиц: 12 областей (вилоятов), одну автономную республику (Каракалпакстан, на северо-западе страны) и один административный город, столицу Ташкент. На местном уровне администрация разделена на туманы и города. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2012 г. в официальной статистике составляла 70,7 лет для мужчин и 75,5 лет для женщин. Однако по оценкам международных агентств эти показатели ниже – по данным 2012 г. для мужчин ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляет 64,8 лет, а для женщин ожидаемая продолжительность жизни составляет 71,5 лет. Наиболее распространенными причинами смерти в Узбекистане являются заболевания системы кровообращения (в основном, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни).

1.1 География и социодемография

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

Рис. 1.1

Карта Узбекистана



Источник: United Nations Cartographic Section.

За последние десятилетия население Узбекистана продолжает расти, достигнув отметки 30,2 миллиона в 2013 г. Хотя по своей структуре население все еще молодое – по данным 2013 г. 28,2% населения находится в возрасте 0–14 лет – этот показатель стабильно сокращается с 1980 г. Согласно национальной статистике, на основании недавних изменений в процедурах подсчета, применяемых Государственным комитетом статистики, доля населения, проживающая в городской местности, в 2012 г. составляла 51,2%. Это намного превышает оценку Всемирного банка, которая основана на оценках населения Всемирного банка и городских коэффициентах из издания ООН *World Urbanization Prospects* (таблица 1.1).

Таблица 1.1

Динамика населения/демографические показатели, 1980–2013 гг., выборочно

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2012	2013
Население, всего (млн.)	16,0	20,5	22,8	24,7	26,2	28,9 ^a	30,0 ^a	30,2
% женского населения	50,8	50,5	50,3	50,2	50,2	50,0 ^a	49,9 ^a	
% населения в возрасте 0–14 лет	41,2	41,0	40,1	37,3	33,2	29,3 ^a	28,2 ^a	
% населения в возрасте 65 лет и старше	5,1	4,0	4,2	4,3	4,7	4,1 ^a	4,0 ^a	
Прирост населения (ежегодный %)	2,6	2,1	1,8	1,4	1,2	1,7 ^a	1,5	1,6
Плотность населения (человек на кв. км земли)	37,7	48,2	53,6	57,9	61,5	62,4 ^a	66,8 ^a	
Общий коэффициент фертильности (количество рождений на одну женщину)	5,1	4,1	3,6	2,6	2,4	2,3 ^a	2,2 ^a	
Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	33,9	33,7	29,8	21,4	20,4	22,0 ^a	21,0 ^a	
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	7,5	6,1	6,4	5,5	5,4	4,8	4,9 ^a	
Коэффициент демографической нагрузки (% иждивенцев к населению трудоспособного возраста)	86,2	81,9	79,7	71,2	61,2	61,1	61,7	
% городского населения, оценка Всемирного банка	40,8	40,2	38,4	37,4	36,7	36,2	36,2	36,2
% городского населения, национальная статистика ^a						51,2	51,2	
Уровень грамотности ^b	97,8	98,7	98,9	98,6		99,4		

Источники: World Bank, 2014; ^aГосударственный комитет по статистике, 2013; ^bWHO Regional Office for Europe, 2014a.

1.2 Экономика

Экономика Узбекистана ориентирована преимущественно на сферу услуг и промышленность; доля сельского хозяйства в ВВП сокращается. Несмотря на отсутствие выхода к морю и засушливый климат, 11% территории страны занимают интенсивно возделываемые орошаемые речные долины.

После распада Советского Союза ВВП Узбекистана резко упал. Впоследствии ВВП снова начал расти, при этом годовой прирост в 2007–2012 гг. превысил 8%. В 2013 г. 49% ВВП приходилось на сферу услуг, 32% – на промышленность и 19% – на сельское хозяйство (таблица 1.2).

Таблица 1.2

Макроэкономические показатели, 1990–2013 гг., выборочно

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
ВВП, млн. долл. США, по текущему обменному курсу	13 361	13 351	13 760	14 308	39 333	45 324	51 183	56 796
ВВП по ППС, млн. долл. США, по текущему международному обменному курсу	40 429	36 989	48 529	70 938	117 235	129 459	142 524	156 256
ВВП на душу населения, долл. США, по текущему обменному курсу	651,4	585,9	558,2	546,8	1 377,1	1 544,8	1 719,0	1 878,1
ВВП по ППС на душу населения, долл. США, по текущему международному обменному курсу	1 971	1 623	1 969	2 711	4 105	4 413	4 787	5 167
Прирост ВВП (ежегодный %)	1,6	-0,9	3,8	7,0	8,5	8,3	8,2	8,0
Общие государственные конечные потребительские расходы (% ВВП)	25,4	22,3	18,7	17,6	23,5	22,7	22,7	
Добавленная стоимость в промышленности (% ВВП)	33,0	27,8	23,1	23,2	32,5	32,6	32,3	
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве (% ВВП)	32,8	32,3	34,4	28,0	19,1	19,1	18,9	
Добавленная стоимость в сфере услуг (% ВВП)	34,3	39,9	42,5	48,9	48,4	48,3	48,8	
Рабочая сила, всего (тыс. человек)	7 183	8 034	9 213	10 447	12 196	12 675	12 999	
Безработица, всего (% общей рабочей силы)		11,2	11,3	11,4	11,4	11,4	11,3	

Источник: World Bank, 2014.

1.3 Политика

В Конституции 1992 г. Узбекистан провозглашен демократической республикой с разделением государственной власти на три ветви: исполнительную, законодательную и судебную. Узбекистан разделен на 14 административных единиц: 12 областей (вилоятов), одну автономную республику (Каракалпакстан) и один административный город, столицу Ташкент (Республика Узбекистан, 1992).

Главой государства является президент, который избирается всеобщим голосованием. Действующим президентом страны является Ислам Каримов. Он занял этот пост в марте 1990 г., после избрания функционировавшим на тот момент Верховным Советом. Последние президентские выборы прошли в 2007 г., когда президент Каримов был вновь избран на этот пост, набрав 88% голосов.

Законодательная власть представлена Парламентом (Олий Мажлис), который является Высшим государственным представительным органом

страны. Парламент Узбекистана двухпалатный, который избирается и назначается на пятилетний срок. Он состоит из:

- Верхней палаты, или Сената, в состав которого входит 100 депутатов, из них 84 избираются органами государственной власти вилоятов (по 6 человек от каждого вилоята), а 16 назначаются Президентом;
- Нижней палаты, или Законодательной палаты, в состав которой входит 150 депутатов, избираемых всеобщим голосованием.

Исполнительная ветвь власти представлена Кабинетом министров, в состав которого входят Премьер-министр, его заместители, министры, руководители государственных агентств и органов управления, руководство областей (вилоятов), а также председатель Совета министров Автономной Республики Каракалпакстан. Формально Кабинет министров возглавляет премьер-министр; Кабинет министров подотчетен Президенту и Парламенту (Республика Узбекистан, 1992, 2003).

Представительными органами власти в вилоятах являются советы вилоятов, состоящие из избираемых членов и возглавляемые губернаторами (хокимиами). Губернаторы вилоятов и губернатор г. Ташкента назначаются Президентом; эти назначения подлежат одобрению со стороны областных советов. Губернаторы туманов и городов в каждом вилояте назначаются губернатором соответствующего вилоята; эти назначения подлежат одобрению местными (районными или городскими) советами. Выборы в советы вилоятов, туманов и городов производятся путем всеобщего голосования; депутаты избираются сроком на пять лет. Губернаторы вилоятов, туманов и городов, наряду с соответствующими советами, являются высшими органами власти соответствующих территориальных образований.

Все суды в Узбекистане *де-юре* являются независимыми от законодательной и исполнительной ветвей власти, политических партий и иных общественных объединений (Республика Узбекистан, 1993). Председателя и судей Верховного суда и Конституционного суда назначает Президент; эти назначения подлежат одобрению Верхней палатой Парламента. Остальные судьи (судов вилоятов, туманов и городов) назначаются Президентом по представлению особой комиссией по отбору. В Автономной Республике Каракалпакстан судьи избираются Каракалпакским Парламентом по представлению его председателя; назначения подлежат одобрению Президентом (Республика Узбекистан, 1993).

Узбекистан является членом ВОЗ, Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Программы развития ООН (ПРООН) и ряда финансовых организаций, осуществляющих инвестиции в сектор здравоохранения, таких как Всемирный банк и Азиатский банк развития (АБР). В 2012 г. Узбекистан присоединился к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

1.4 Состояние здоровья населения

Уровни младенческой и детской смертности, зафиксированные в официальной статистике Центральноазиатских и Кавказских стран, занижены по сравнению с фактическими показателями, и, соответственно, ожидаемая продолжительность жизни согласно официальным источникам выше ожидаемой продолжительности жизни, определенной международными агентствами, т.к. последние учитывают данные опросов (Roberts, Karanikolos & Rechel, 2014). Узбекистан не является исключением. По оценкам Всемирного банка (World Bank, 2014), ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2012 г. составляла 68,1 лет – 64,8 лет для мужчин и 71,5 лет для женщин (таблица 1.3). Этот показатель был ниже официального показателя, который составлял 70,5 лет в 2005 г. (последние данные, предоставленные Узбекистаном ВОЗ) (WHO Regional Office for Europe, 2014a) и ниже ожидаемой продолжительности жизни при рождении, зафиксированной Государственным комитетом по статистике в 2012 г., согласно которому ожидаемая продолжительность жизни при рождении для мужчин составляла 70,7 лет, а для женщин – 75,5 лет (Государственный комитет по статистике, 2013).

Расхождения между официальными показателями младенческой смертности и подсчетами, определенными на основе опросов, связаны с рядом причин (Aleshina & Redmond, 2003; World Bank, 2004). Одной причиной является сокрытие медицинским персоналом сведений о рождениях и младенческих смертях – частично из-за страха негативных последствий (Measure DHS, 2002). Другие причины заключаются в различиях в определениях этих коэффициентов, а также в применяемых методах оценки. По оценкам Всемирного банка (World Bank, 2014), младенческая смертность к 2012 г. упала до 34,4 смертей на 1000 живорожденных (таблица 1.5). Это значительно отличается от официального показателя в 9,9 смертей в 2013 г. (Государственный комитет по статистике, 2013). Министерство здравоохранения пилотировало

применение определения термина «живорожденный», применяемого ВОЗ, и официально приняло его в 2010 г. (Министерство здравоохранения, 2010). Однако в отчетах Государственного комитета статистики не используется международное определение, что приводит к значительным расхождениям между официальной демографической статистикой и международными оценками такими агентствами, как ВОЗ и Межучрежденческая группа ООН по оценке уровней детской смертности.

Таблица 1.3

Коэффициенты смертности и показатели в области здравоохранения, 1980–2012 гг., выборочно

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола (лет)	65,3	66,7	66,3	66,9	67,3	67,9	68,1
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет)	61,8	63,6	63,2	63,8	64,1	64,6	64,8
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет)	68,9	70,0	69,6	70,3	70,7	71,3	71,5
Продолжительность жизни при рождении, оба пола (лет), национальная статистика ^а	67,2	69,7	67,9	69,6	70,5	72,9 ^а	73,1 ^а
Продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет), национальная статистика ^а	63,6	66,3	65,0	67,0	68,2	70,6 ^а	70,7 ^а
Продолжительность жизни при рождении, женщины (лет), национальная статистика ^а	70,4	72,9	70,7	72,2	73,0	75,1 ^а	75,5 ^а
Коэффициент смертности, взрослые мужчины (на 1000 взрослых мужчин)	245,1	241,9	251,6	249,2	246,9	241,7	239,2
Коэффициент смертности, взрослые женщины (на 1000 взрослых женщин)	121,4	131,2	143,8	143,4	141,7	137,2	134,9

Источники: World Bank, 2014; ^аГосударственный комитет по статистике, 2013; ^бWHO Regional Office for Europe, 2014a.

Наиболее распространенными причинами смерти в Узбекистане являются заболевания системы кровообращения (в основном, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни) (таблица 1.4). С 1980-х гг. коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в Узбекистане увеличивается; эта тенденция характерна и для других республик Средней Азии и СНГ, но в корне отличается от стран Западной Европы, где смертность от данной группы болезней в последние несколько десятилетий неуклонно падает.

Таблица 1.4

Основные причины смерти, выборочно, стандартизированные коэффициенты смертности по возрастам на 100 000 населения, 1981–2005 гг., выборочно

Причины смерти (классификация МКБ-10)	1981	1990	1995	2000	2005 ^a
Все причины	1 096,6	1 060,1	1 272,0	1 189,5	1 149,2
<i>Инфекционные заболевания</i>					
Все инфекционные и паразитарные болезни (A0-B99)	42,3	30,9	33,8	28,0	21,3
Туберкулез (A15-A19)	18,8	12,8	16,3	21,3	16,4
ВИЧ/СПИД (B20-B24)			0,0	0,0	0,2
<i>Неинфекционные болезни</i>					
Злокачественные новообразования (C00-C97)	117,7	119,2	96,9	84,7	77,4
Рак толстой кишки (C18)	5,7	6,2	4,8	4,2	3,9
Рак гортани, трахеи, бронх и легких (C32-C34)	16,0	18,5	14,7	11,7	11,6
Рак груди (C50), среди женщин	8,2	10,6	10,5	11,4	11,6
Рак шейки матки (C53), среди женщин	5,4	4,7	5,5	4,2	5,7
Диабет (E10-E14)	5,7	11,8	25,1	22,5	30,2
Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99)	3,3	1,7	6,2	3,2	1,7
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	575,6	600,2	781,9	772,3	754,2
Ишемическая болезнь сердца (I20-I25)	365,5	379,8	476,1	449,3	380,9
Цереброваскулярные заболевания (I60-I69)	154,9	164,5	209,2	192,1	177,9
Болезни дыхательной системы (J00-J99)	154,8	110,8	117,7	93,8	66,4
Болезни пищеварительного тракта (K00-K93)	53,4	52,1	67,7	62,2	66,7
<i>Внешние причины</i>					
Дорожно-транспортные происшествия (V01-V99)	18,3	23,1	10,6	11,0	11,4
Суицид (X60-X84)	10,7	10,3	9,5	9,7	5,5
Слабовыраженные и неизвестные причины смертности (R95-R99)					0,9

Источники: WHO Regional Office for Europe, 2014b.

Примечание: ^a2005 г. – последний год, за который Узбекистан предоставил данные Европейскому региональному бюро ВОЗ.

Уровень стандартизированной по возрасту смертности по причине неинфекционных заболеваний в 2008 г. составил 937,8 на 100 000 человек, при этом большая часть смертей (54,0% среди мужчин и 39,1% среди женщин) имела место в возрасте до 70 лет (ВОЗ, 2010). Из всех смертей по причине неинфекционных заболеваний в 2008 г., около 77% вызваны сердечно-сосудистыми заболеваниями, 7–8% – раком, и 3–4% – болезнями органов дыхания (ВОЗ, 2010). Одновременно с этим значительно вырос уровень смертности от болезней органов пищеварения – в большинстве случаев это хроническая печеночная недостаточность и цирроз.

Динамика коэффициента материнской смертности в Узбекистане соответствует общей тенденции, которая наблюдается в бывших Советских республиках, упав в 2012 г. до 20,2 на 100 000 живорожденных.

Однако случаи материнской смертности рассматриваются как следствие уголовного правонарушения и подлежат уголовному расследованию со стороны прокуратуры, что создает мощный стимул для занижения официальной статистики. По оценкам ВОЗ уровень материнской смертности в 2012 г. составил 36 на 100 000 живорожденных (таблица 1.5).

Таблица 1.5

Показатели в области здравоохранения материнства, детства и юношества, 1980–2012 гг., выборочно

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Перинатальная смертность (на 1000 живорожденных)		19,6	13,7	10,3	8,8	11,3 ^a	10,7 ^a
Неонатальная смертность (на 1000 живорожденных) (по оценкам Всемирного банка)		20,7	19,8	18,3	16,1	14,2	13,5
Неонатальная смертность (на 1000 живорожденных) (национальная статистика) ^a						6,6	6,1
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных) (национальная статистика)	42,9	34,3	26,3	19,1	15,0	11,1 ^a	9,8 ^a
Младенческая смертность (на 1000 живорожденных) (по оценкам Всемирного банка)	86,9	60,5	56,9	51,3	43,1	36,7	34,4
Смертность до 5 лет на 1000 (национальная статистика) ^a						14,8 ^a	13,8 ^a
Смертность до 5 лет на 1000 (по оценкам Всемирного банка)	111,2	73,8	69	61,4	50,6	42,5	39,6
Материнская смертность на 100 000 живорожденных	41,2	34,1	33,0	34,5	29,2	21,0	20,2 ^a
Материнская смертность на 100 000 живорожденных (оценочные данные)		66	54	48	44	40	36
Подростковая беременность (роды на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет) (по оценкам Всемирного банка)	41,0	55,9	56,4	50,0	49,3	42,8	38,8
Аборты на 1000 живорожденных	290,8	309,6	135,0	103,7	85,3	66,0 ^a	62,0 ^a

Источники: WHO Regional Office for Europe, 2014a; World Bank, 2014; *Государственный комитет по статистике, 2013.

Примечание: данные по абортам, младенческой и материнской смертности представлены за 1981 г. вместо 1980 г.; данные по перинатальной смертности представлены за 1991 г. вместо 1990 г.

Благодаря протоколам иммунизации, составленным Министерством здравоохранения, и строгому контролю их соблюдения, уровень иммунизации в Узбекистане является традиционно высоким. Тем не менее, аналогично другим странам в регионе, в годы независимости участились случаи туберкулеза, а также множественно-лекарственно-устойчивой формы туберкулеза; в период 2000-х и 2010-х гг. резко увеличилось количество ВИЧ-инфекций. Доступ к безопасной питьевой воде остается еще одной серьезной проблемой, причем в различных регионах Узбекистана показатели существенно разнятся.

2. Организация и управление

Восновой своей массе медицинские учреждения Узбекистана принадлежат государству. Государственная система здравоохранения делится на три уровня иерархии: общенациональный (республиканский) уровень, уровень вилоятов (областной) и уровень туманов (районов) или городов. Частный сектор все еще представляет небольшую часть системы и в основном представлен аптеками, частными медицинскими клиниками, и учреждениями, занимающимися производством и поставкой медикаментов или медицинского оборудования.

Ключевыми игроками, занятыми в организации и управлении государственным сектором здравоохранения в Узбекистане, являются Президент, Кабинет министров, Олий Мажлис (Законодательная палата и Сенат), Министерство здравоохранения, Министерство финансов, органы здравоохранения вилоятов и туманов, и сеть медицинских учреждений. Министерство здравоохранения является основным игроком в организации, планировании и управлении системы здравоохранения Узбекистана. Несмотря на то, что в какой-то степени Министерство здравоохранения имеет функции управления и регулирования в отношении всех игроков системы здравоохранения, только учреждения республиканского уровня находятся в его непосредственном управлении и подчинении. В отношении всех других учреждений эти функции администрирования и регулирования осуществляются другими органами, например, органами здравоохранения вилоятов, городов и туманов, которые входят в состав соответствующего субнационального административного уровня.

Регулирование остается практически прерогативой правительства, а роль НПО и профессиональных ассоциаций либо незначительна, либо отсутствует вовсе. Поскольку в системе здравоохранения действует преимущественно интегрированная модель (при которой государство является главным поставщиком и закупщиком услуг здравоохранения), то практически

все медицинские работники являются государственными служащими. В связи с участвовавшими в частном секторе случаями, когда медицинские услуги оказывались без необходимости, небезопасно или некачественно, правительство значительно сузило круг услуг, предоставляемых частным сектором, особенно в части сложных хирургических процедур. Дополнительно был усилен надзор со стороны регулирующих органов, позволив Министерству здравоохранения проводить инспекции без предварительного утверждения Кабинетом министров. Права пациентов и право выбора поставщиков установлены законодательством, но в реальной практике все еще недостаточно широко используются.

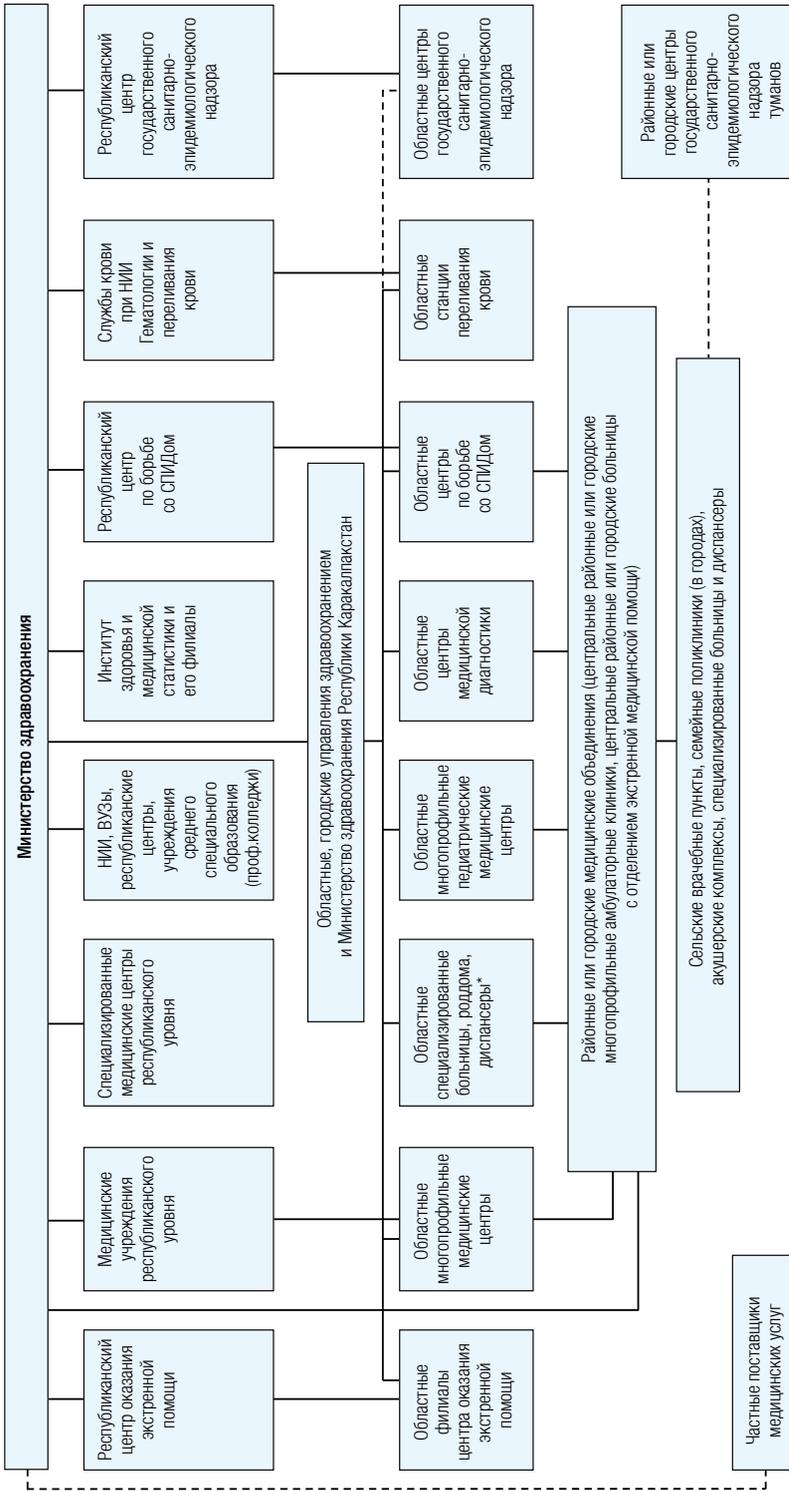
2.1 Обзор системы здравоохранения

В зависимости от управленческих и распорядительных функций, а также от уровня подотчетности, государственная система здравоохранения делится на три уровня иерархии: общенациональный (республиканский) уровень, уровень вилоятов (областной) и уровень туманов (районов) или городов (рис. 2.1). Верхнее звено иерархии сформировано Министерством здравоохранения и другими республиканскими учреждениями. Частный сектор все еще представляет небольшую часть системы и, в основном, представлен аптеками, частными медицинскими клиниками, и учреждениями, занимающимися производством и поставкой медикаментов или медицинского оборудования (Президент Республики Узбекистан, 1998, 2007с).

2.2 Историческая справка

В советской системе здравоохранения практически все медицинские услуги населению оказывались государственным сектором. Несмотря на то, что всем гражданам предоставлялись бесплатная медицинская помощь в любом пункте обращения и возможность доступа к широкому спектру медицинских услуг, советской системе здравоохранения были присущи определенные структурные недостатки. Она показала свою эффективность в области борьбы с инфекционными болезнями, но с изменением бремени заболеваний обнаружились серьезные системные проблемы (Rowland, 1991). Среди недостатков советской системы – ориентация на количественные показатели, в то время как исходам и качеству лечения уделялось очень мало внимания, а также отсутствие гибкости в управлении и финансировании.

Рис. 2.1
Обзор системы здравоохранения



Примечание: *Дистансеры – это медицинские учреждения, отвечающие за скрининг, диагностику и лечение определенных заболеваний или групп заболеваний. Они были составяющей частью вторичного и третичного звена здравоохранения до развала Советского Союза и все еще функционируют во многих бывших Советских республиках.

Еще один недостаток советской системы здравоохранения связан с расходами на здравоохранение. Расходы на здравоохранение в советской системе были намного меньше, чем в других развитых странах. Наблюдалась очень сильная ориентация на вторичное здравоохранение. В середине 1980-х гг. в Узбекистане было почти вдвое больше больниц на 100 000 населения (в 1985 г. – 7,89), чем в странах ЕС в составе до мая 2004 г. (ЕС 15) (в 1985 г. – 3,87). Роль первичного сектора была крайне незначительной; функции «привратника» для здравоохранения следующего уровня этот сектор не выполнял. Неэффективное использование ресурсов усугублялось неэффективностью больничных процедур – проведение диагностического обследования требовало госпитализации на срок до семи дней (Rowland, 1991).

Несмотря на наличие широкой сети медицинских учреждений, их функционирование было сопряжено с серьезными трудностями. Медицинские учреждения были плохо оснащены, их содержание производилось не на должном уровне, существовал повсеместный дефицит поставок медицинских материалов. В сельской местности 27% больниц не имели канализации, 17% – водопровода. Уровень профессиональной подготовки медицинских кадров был низким, их труд низко оплачивался – размер оплаты труда врачей соответствовал примерно 70% от уровня средней заработной платы рабочих из несельскохозяйственных отраслей (Rowland, 1991). С распадом Советского Союза при реализации существенных экономических, социальных и политических преобразований независимый Узбекистан столкнулся с наследием советской системы здравоохранения.

2.3 Организация

Ключевыми игроками, занятыми в организации и управлении системой здравоохранения в Узбекистане, являются Президент, Кабинет министров, Олий Мажлис (Законодательная палата и Сенат), Министерство здравоохранения, Министерство финансов, органы здравоохранения вилоятов и туманов, и сеть медицинских учреждений.

Президент и Кабинет министров, возглавляемый Премьер-министром, отвечают за разработку национальной политики здравоохранения. Указы Президента, как правило, – это документы, определяющие стратегию, в которых описывается видение и направления реформ в системе здравоохранения. За такими Указами следуют документы, изданные Кабинетом Министров и Министерством здравоохранения, в которых

подробно обозначаются конкретные шаги и меры, необходимые для приведения системы здравоохранения в соответствие с этим видением и направлениями.

Кабинет министров принимает решения по вопросам финансирования программ в области здравоохранения и медицинских исследований, осуществляет мониторинг проведения природоохранных мероприятий и экологических программ, обеспечивает стандартную систему сбора и обработки медицинских данных и осуществляет координацию и надзор за деятельностью всех государственных органов, занимающихся охраной здоровья населения.

Парламент принимает законодательные акты в области здравоохранения, утверждает национальный бюджет здравоохранения и контролирует его исполнение. Обсуждение законов в области здравоохранения производится в парламентских комитетах по труду и социальному обеспечению.

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

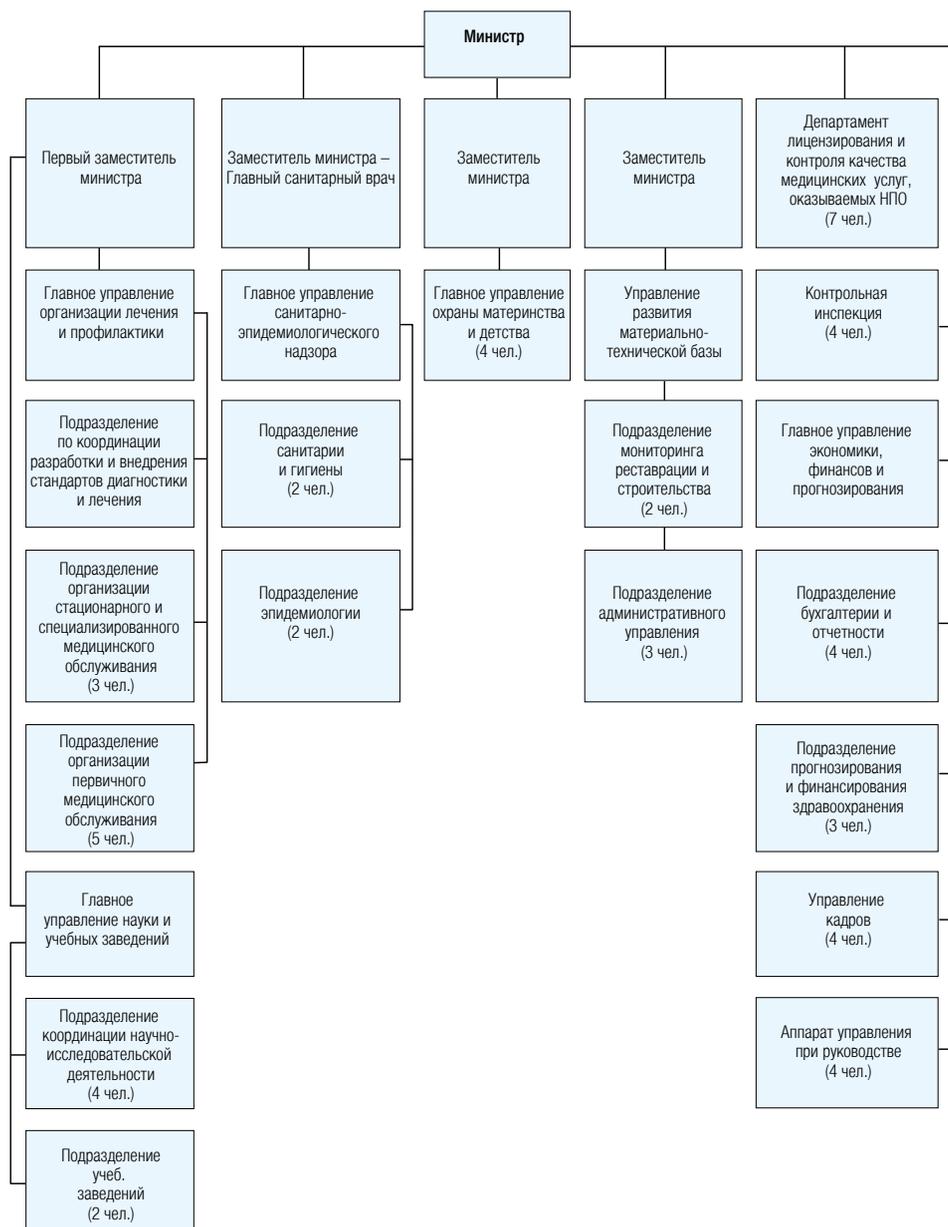
Государственный сектор состоит из учреждений, управляемых органами здравоохранения вилоятов и туманов и Министерства здравоохранения, а также всех учреждений, находящихся в собственности государства и участвующих в медико-санитарной помощи, реабилитации, санитарно-эпидемиологических службах, сфере медицинского и фармацевтического образования, медицинских исследованиях и в производстве лекарственных средств и медицинского оборудования. Государственный сектор также включает в себя поставщиков медицинских услуг и аптеки, которыми владеют и управляют другие государственные органы, кроме Министерства здравоохранения, в том числе, Министерство внутренних дел или военные службы (Республика Узбекистан, 1996).

Министерство здравоохранения играет ключевую роль в организации, планировании и управлении узбекской системой здравоохранения. Организационная структура министерства здравоохранения (рис. 2.2) описана в Указе Президента № 1119 от 2 июня 2009 г. (Президент Республики Узбекистан, 2009). В Министерстве здравоохранения работают 69 сотрудников, занимающихся вопросами администрирования и управления, не считая работников секретариата и технических служб. Во главе министерства стоит министр здравоохранения, которого назначает и смещает с поста Президент с одобрения Парламентом.

У министра здравоохранения есть первый заместитель и четыре других заместителя. Заместителей министра здравоохранения также назначает и смещает с их постов президент (Президент Республики Узбекистан, 2009).

Рис. 2.2

Структура Министерства здравоохранения



Примечание: Разрешенная максимальная штатная численность составляет 88 работников, включая 69 единиц управленческого персонала.

Министерство здравоохранения занимается разработкой законодательных и нормативных актов в области здравоохранения, устанавливает стандарты качества и объемы медицинской помощи, осуществляет мониторинг качества медицинской помощи, определяет приоритетные направления развития медицинской науки, осуществляет мониторинг состояния здоровья населения, разрабатывает учебные планы подготовки медицинских кадров, проводит лицензирование и сертификацию медицинской деятельности, координирует международную помощь в сфере здравоохранения. Кроме того, Министерство здравоохранения проводит оценку реализации политики правительства и министерств (Республика Узбекистан, 1996).

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

- Ученый медицинский совет при Министерстве здравоохранения отвечает за внедрение разработок медицинской науки в систему здравоохранения Узбекистана. В состав совета входят ведущие ученые и эксперты.
- Главное управление лечебно-профилактической помощи является одним из основных подразделений министерства, ответственным за общее руководство и надзор за деятельностью клинических служб. Оно занимается разработкой методических руководств и протоколов по профилактике и лечению заболеваний.
- Главное управление охраны материнства и детства осуществляет руководство учреждениями по охране здоровья матери и ребенка и надзор за состоянием здоровья детей и матерей.
- Основными задачами Главного управления санитарно-эпидемиологического надзора являются мониторинг санитарных вопросов, предупреждение инфекционных заболеваний и надзор за деятельностью всех санитарно-эпидемиологических организаций.
- Управления кадров и науки и медицинских учебных заведений несут ответственность за подготовку и переподготовку медицинских кадров, прогнозирование требований к медицинскому персоналу и планированию трудовых ресурсов. Управление науки и медицинских учебных заведений также несет ответственность за разработку

учебных планов по подготовке медицинских кадров, которая осуществляется в сотрудничестве с Министерством высшего и специального образования.

- Управление контрольной инспекции осуществляет надзор за исполнением реформ здравоохранения и деятельностью системы лекарственного обеспечения и занимается проверкой юридических документов и отчетности, подготовленных другими подразделениями Министерства здравоохранения. В учреждениях здравоохранения регулярно проводятся проверки клиническими специалистами и руководителями отделений здравоохранения с целью обеспечения соблюдения соответствующих нормативных показателей и инструкций.

К высшему уровню иерархии узбекской системы здравоохранения относятся отдельные учреждения по оказанию медицинской помощи и научно-исследовательские учреждения. На общенациональном уровне финансирование и регулирование деятельности этих учреждений осуществляется непосредственно Министерством здравоохранения. Несмотря на то, что в той или иной степени Министерство здравоохранения выполняет управленческие и распорядительные функции по отношению ко всем участникам системы здравоохранения, в непосредственном его подчинении и ведении находятся только учреждения общенационального уровня. В отношении всех остальных учреждений административные и распорядительные функции выполняют другие ведомства – например, органы здравоохранения на уровне вилоятов, городов и туманов. К учреждениям общенационального уровня относятся:

- специализированные медицинские центры и научно-исследовательские учреждения;
- учреждения высшего медицинского образования – медицинские вузы, учреждения последиplomного медицинского образования, Фармацевтический институт;
- лечебно-профилактические учреждения республиканского значения.

На рисунке 2.1 представлена структура системы здравоохранения Узбекистана по состоянию на 2014 г., предусмотренная Указом Президента в 2007 г. Планировалось создание новых структур, но по состоянию на 2014 г. они еще не были учреждены. Примером таких учреждений являются новые диагностические центры, которые планировалось создать при каждом областном центре.

Медицинские учреждения уровня вилоятов и туманов представляют второе и третье звено иерархии управления и регулирования в узбекской системе здравоохранения. На уровне вилоятов в каждом из 13 административно-территориальных образований страны (12 вилоятов и Автономная Республика Каракалпакстан) и в г. Ташкенте действует местная администрация, которая называется хокимият (в Каракалпакстане – Кабинет министров). Во главе хокимията стоит хоким (губернатор; в Каракалпакстане – руководитель Кабинета министров). Хокимов назначает Президент.

Органы управления вилоятов образуют новую систему региональной администрации. Они пришли на смену бывшим исполнительным комитетам вилоятов и муниципальным органам управления, существовавшим при советской власти. Финансовые отделы этих органов управления собирают довольно значительную долю государственных доходов, часть из которых остается в их распоряжении.

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

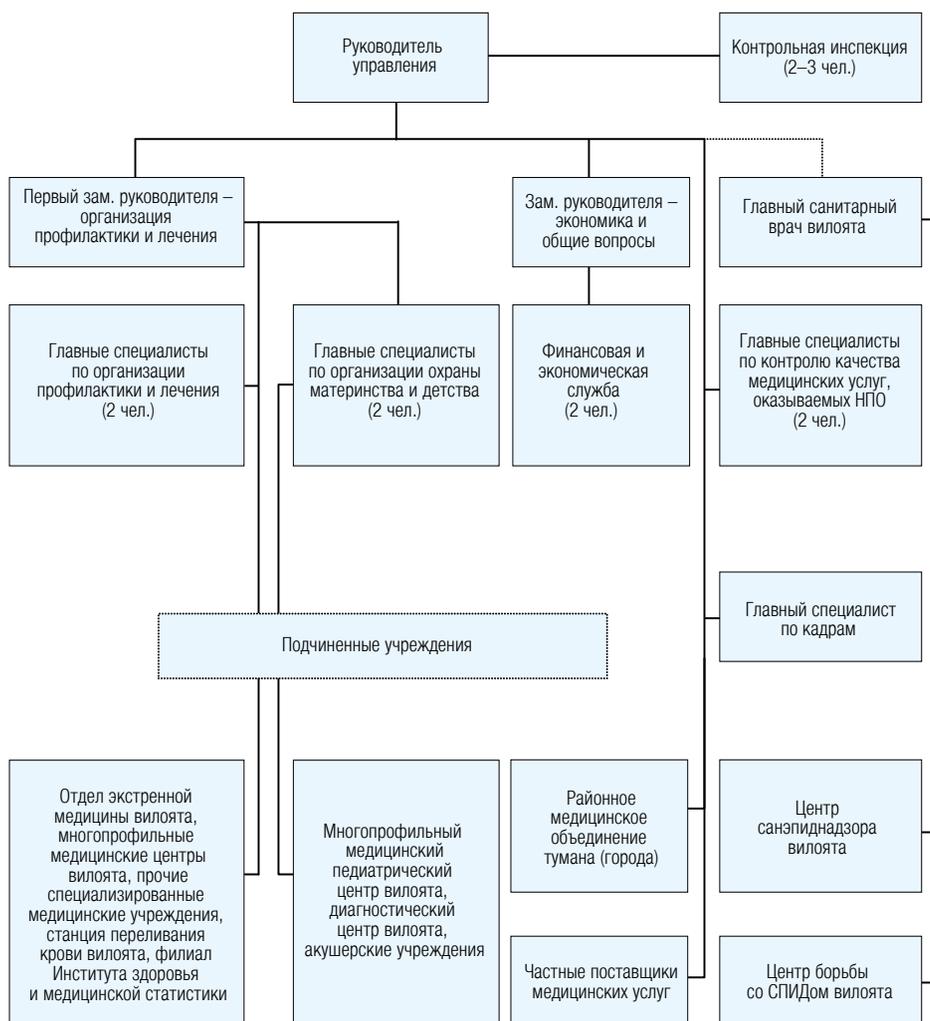
Областные учреждения здравоохранения находятся в ведении отделов здравоохранения соответствующих администраций вилоятов. Эти областные отделы здравоохранения образуют часть государственной системы здравоохранения и подчиняются администрации соответствующего вилоята и Министерству здравоохранения (Кабинет министров, 1999а). Они координируют и регулируют деятельность учреждений здравоохранения на подведомственной им территории независимо от формы собственности (Кабинет министров, 1999а). Также областные органы здравоохранения осуществляют надзор за деятельностью поставщиков медицинских услуг и учреждений здравоохранения на уровне вилоятов, которые формируют часть третьего иерархического уровня системы здравоохранения и подчиняются органам здравоохранения туманов или городов. На рис. 2.3 представлена организационная структура областных органов здравоохранения.

Каждый вилоят состоит из нескольких сельских туманов и территориальных образований. Отдельными территориальными образованиями считаются только города со значительной численностью населения или классифицируемые как центры вилоятов. В таких городах имеются собственные отделы здравоохранения, которые подчиняются

городской администрации и органам здравоохранения на уровне вилоятов. Более мелкие города и сельские районы включены в систему управления туманов, и надзор за деятельностью их учреждений здравоохранения осуществляют отделы здравоохранения туманов.

Рис. 2.3

Организационная структура областных органов здравоохранения



Примечание: Разрешенная максимальная штатная численность управленческого персонала в отделах здравоохранения вилоятов составляет 14-15 единиц.

На уровне туманов государственная система здравоохранения состоит из центральных районных больниц, центральных многопрофильных районных амбулаторных клиник (поликлиник) и сети сельских врачебных центров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) населению. В ходе последних реформ управления здравоохранения туманов были переименованы и реорганизовываются в медицинские объединения туманов. Ожидается, что медицинские районные объединения на уровне туманов теперь будут включать в себя центральные районные больницы, центральные многопрофильные поликлиники и подразделения первичной медицинской помощи. Ранее многопрофильные поликлиники были, в основном, автономными клиниками, подотчетными главным врачам центральных районных больниц. В соответствии с новой концепцией, центральные районные больницы и многопрофильные поликлиники будут позиционироваться как единое функциональное целое. В настоящее время многопрофильные поликлиники перемещаются ближе к центральным районным больницам; они, как ожидается, будут тесно сотрудничать с персоналом больниц. В районном медицинском объединении также имеется отделение неотложной медицинской помощи как часть центральных районных больниц. Руководитель центральной районной больницы одновременно возглавляет медицинское районное объединение и несет ответственность за состояние здоровья тумана и его медицинские услуги. Сюда входят санитарно-эпидемиологические услуги, т.к. руководитель районного отделения санитарно-эпидемиологической службы номинально подотчетен руководителю медицинского районного объединения тумана.

Городские органы здравоохранения переименованы и преобразованы в городские медицинские объединения. Они несут ответственность за управление и мониторинг деятельности государственных учреждений здравоохранения на подведомственной им территории. К таким учреждениям относятся центральная городская больница, городские больницы, многопрофильные амбулаторные клиники (поликлиники) и городские центры первичной медицинской помощи (семейные поликлиники). В состав центральной городской больницы входят амбулаторное и стационарное отделения, а также отделение неотложной помощи. Главный врач центральной городской больницы, соответственно, также возглавляет городское медицинское объединение. На рис. 2.4 представлена организационная структура районных медицинских объединений на уровне туманов или городских медицинских объединений.

Органы здравоохранения в туманах и на городском уровне имеют весьма ограниченные полномочия по контролю над частным сектором.

Рис. 2.4

Организационная структура районных или городских медицинских объединений



Примечание: ^aВключает амбулаторные клиники для взрослых, детей и другие специализированные амбулаторные клиники.

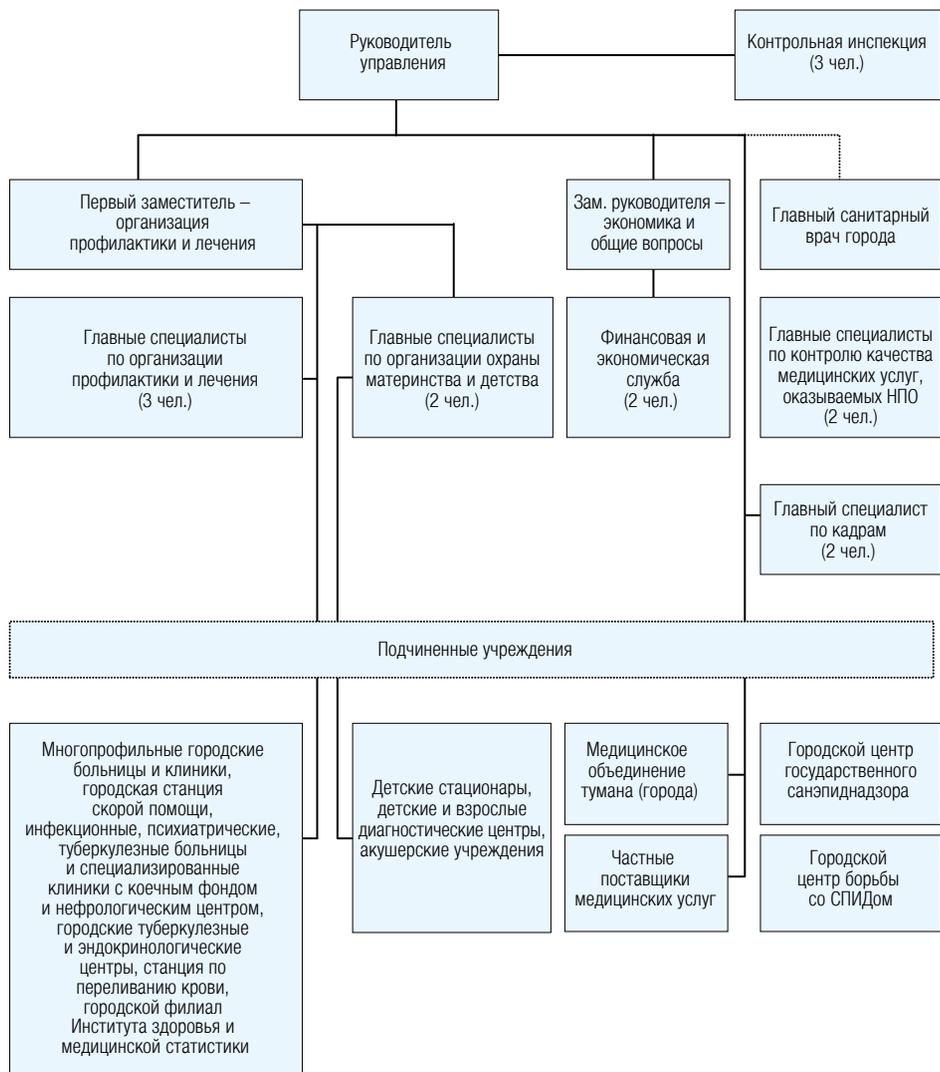
Тем не менее, учитывая проблемы в области качества медицинской помощи, Министерству здравоохранения и местным органам здравоохранения (в особенности на уровне вилоята) были даны более широкие полномочия в регулировании качества медицинской помощи в частном секторе.

В то время как реорганизация здравоохранения в туманах и на городском уровне и создание районных и городских медицинских объединений может улучшить интеграцию и координацию помощи, это привело к некоторым непредвиденным проблемам. Количество заместителей, например, было снижено с четырех до одного, что привело к трудностям в управлении больницами, больничными отделениями и поликлиниками.

Исключением из этой организации областных систем здравоохранения является город Ташкент – столица и крупнейший город в стране. На рис. 2.5 показана более сложная организационная структура управления здравоохранения в Ташкенте.

Рис. 2.5

Организационная структура Управления здравоохранения г. Ташкента



Примечание: Разрешенная максимальная штатная численность управленческого персонала в главном управлении здравоохранения города Ташкента – 17 человек.

2.4 Децентрализация и централизация

В Узбекистане процесс децентрализации происходил поэтапно. Административные функции были переданы органам здравоохранения уровня вилоятов, а принятие решений по-прежнему производится централизованно на республиканском уровне.

Передача полномочий в системе состояла главным образом в делегировании бюджетной ответственности с национального уровня на уровень вилоятов при сохранении строго вертикальной структуры и необходимости соблюдения общенациональных норм и правил, лежащих в основе принятия решений на уровне вилоятов. Областные органы здравоохранения, хотя и входят в администрации вилоятов, считаются условно самостоятельными подразделениями Министерства здравоохранения. Руководители управлений здравоохранения вилоятов назначаются Министерством здравоохранения по представлению руководства вилоятов. Областные управления здравоохранения имеют двойную подотчетность: Министерству здравоохранения и местным органам управления.

Министерство здравоохранения осуществляет строгий контроль за соблюдением разработанных на центральном уровне принципов планирования.

Система здравоохранения не подвергалась масштабной приватизации и остается в большей части в собственности государства, за исключением аптек и стоматологий. Тем не менее, правительство Узбекистана приветствовало создание частных практик и клиник в целях мобилизации дополнительных ресурсов и повышения эффективности и качества. Число частных медицинских учреждений постепенно увеличивалось с момента обретения независимости. Частные услуги основаны на частных механизмах оплаты между поставщиками и пациентами или третьими лицами (например, работодателям, государством или страховыми компаниями) по модели платных услуг. В прошлом частный сектор сводился, в основном, к частнопрактикующим врачам, оказывающим услуги амбулаторного лечения. В 2010 году были введены новые правила, которые более не позволяют единоличную практику в частном секторе, однако одиночные практики в государственном секторе (первый тип СВП) по-прежнему существуют. В настоящее время, частный сектор значительно расширился, на рынке появилось множество новых клиник, предоставляющих специализированные амбулаторные, стационарные услуги и услуги неотложной медицинской помощи.

2.5 Планирование

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

Обязанностью Министерства здравоохранения является составление бюджета и контроль бюджетных расходов организаций на общенациональном уровне. Контроль целевого использования бюджетных средств обеспечивает Управление экономики, финансирования и прогнозирования при Министерстве здравоохранения, которое действует в координации с Министерством финансов.

С целью улучшения контроля и мониторинга использования государственных средств была создана новая структура государственного казначейства. Эта структура была развернута на общереспубликанском уровне в 2007 г. В соответствии с этой новой структурой все расходы в государственных медицинских учреждениях, финансируемых за счет государственных средств, регистрируются и обрабатываются в местных отделениях казначейства (см. главу 3) (Республика Узбекистан, 2004, Президент Республики Узбекистан, 2007а).

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

медицинских услуг, незаявленной целью которых являлось улучшение доступности, равноправия и качества медицинской помощи.

Наиболее ярким примером таких документов является Указ Президента от 10 ноября 1998 г. «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан» (Президент Республики Узбекистан, 1998). В этом указе определены приоритетные задачи здравоохранения, включая охрану здоровья матери и ребенка, развитие частного сектора, обеспечение качества медицинской помощи и программа государственных гарантий предоставления бесплатной по месту обращения медицинской помощи населению. Помимо определения приоритетных областей, в этом указе установлены конкретные цели в виде структурных показателей. Примерами таких структурных показателей и задач являются:

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

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

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

В то время как эти меры включают некоторые элементы целевых планов в области охраны здоровья населения, в основном, они касаются организационных и производственных вопросов (например, числа

подразделений ПМСП и численности медицинского персонала). В них уделяется мало внимания непосредственно результатам, что, вероятно, не особо содействует достижению конечных целей, изложенных в этих документах: качества, эффективности и доступности медицинской помощи.

2.6 Межсекторный подход

Отдельных механизмов для вовлечения в процесс рассмотрения вопросов охраны здоровья различных секторов государственной службы немного. Одним из механизмов, например, является Чрезвычайная противоэпидемическая комиссия. Несмотря на это, правительство часто прибегает к использованию межсекторального подхода в решении вопросов, связанных со здоровьем. Один из последних примеров связан с борьбой с табакокурением, основанной на сотрудничестве между различными государственными ведомствами. Согласно законодательству, принятому в 2011 году, предупреждение о вреде курения на упаковке табачных продуктов должно занимать, по меньшей мере, 40% поверхности. Им также запрещена реклама и продажа табачных изделий лицам моложе 20 лет. Также было запрещено курение в общественных местах, таких как автобусные остановки или железнодорожные станции, учреждения здравоохранения, образовательные и спортивные заведения (Республика Узбекистан, 2011).

Другими примерами использования межсекторальных подходов являются ответные меры по борьбе с ВИЧ / СПИДом и дефицитом йода. Правительство разработало план действий по ВИЧ / СПИДу, который включает Министерство здравоохранения, Министерство внутренних дел и органы местного управления (Кабинет Министров, 2009а). Усилия по предотвращению йододефицитных заболеваний включает законодательство, требующее йодирование ряда пищевых продуктов (Республика Узбекистан, 2007). В целом, доноры зачастую выступают за межсекторный подход в решении задач. Например, для управления грантами Глобального фонда, связанными с ВИЧ, туберкулезом и малярией, был создан Страновой координационный механизм (СКМ) во главе с заместителем премьер-министра, а Межведомственным координационным комитетом обсуждаются вопросы иммунизации. Был создан ряд других координационных механизмов для управления различными проектами, например, связанных с климатическими изменениями и здравоохранением, а также с разработкой стратегии и плана действий в отношении неинфекционных заболеваний.

2.7 Управление информацией о здравоохранении

2.7.1 Информационные системы

Несмотря на все усилия по модернизации информационной системы, используемая в Узбекистане в настоящее время система сбора информации является фрагментарной, с ударением на структурные данные, где не прилагаются особые усилия для сбора сведений о процессах и качестве оказываемых услуг. Государственные медицинские учреждения обязаны предоставлять отчетность в различные ведомства. Можно выделить пять основных механизмов сбора данных (Olson, 2003):

1. *Министерство здравоохранения*: Институт Здоровья собирает информацию со всех медицинских учреждений через так называемые организационно-методические отделы туманов. Полученные таким образом сведения объединяются в вилоятах в отделениях Института Здоровья, после чего их передают в центральное отделение в Ташкент.
2. *Санитарно-эпидемиологическая система*: сбор данных по санитарно-эпидемиологической службе производится вне системы Института Здоровья. В основном, это данные, касающиеся инфекционных заболеваний и гигиены, и довольно часто они используются для принятия решений на всех уровнях санитарно-эпидемиологической службы. Сведения собирают во всех государственных учреждениях здравоохранения. Сначала они поступают в санитарно-эпидемиологические отделы на уровне туманов, а затем – в областные и республиканские управления санэпиднадзора.
3. *Программы*: в рамках национальных вертикальных программ в целях мониторинга и оценки разрабатываются собственные системы отчетности. В качестве примера можно привести Республиканский специализированный научно-исследовательский центр фтизиатрии и пульмонологии, имеющий сеть диспансеров на всей территории страны, и общенациональную сеть борьбы с ВИЧ/СПИД.
4. *Государственная статистика*: в управления Министерства макроэкономики и статистики на уровне вилоятов и туманов поступает отдельная отчетность в области здравоохранения. Эта система сбора данных включает показатели смертности, рождаемости и материально-технического обеспечения.

5. *Параллельные системы здравоохранения:* в параллельных системах здравоохранения, которые действуют при Службе национальной безопасности, Министерстве внутренних дел, авиакомпании «Узбекистан Хаво Йуллари» и других министерствах и государственных компаниях, используются собственные системы отчетности. Однако, возможно, что некоторые данные, собираемые таким образом, на определенном этапе включаются в данные Министерства здравоохранения или Министерства макроэкономики и статистики.

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

На основании собранных данных учрежденный в 2005 г. Институт Здоровья составляет ряд регулярных отчетов, которые распространяются по различным ведомствам Министерства здравоохранения. Все эти отчеты составлены с целью оказания помощи в принятии решений и разработке политики здравоохранения на общенациональном или на уровне вилоятов, данные на местном уровне (т.е. по туманам и отдельным учреждениям) в них практически не отражаются. Сбор данных, в основном, подразумевает количественные показатели, что может быть обусловлено целями планирования и контроля. Сбор и использование определенных данных при анализе могли бы привести к улучшению качества принимаемых решений. Например, очень часто демографические данные, данные по уровню образования и дохода не собираются и не анализируются. Недостаток курсов обучения по вопросам статистического анализа и интерпретации данных для лиц, разрабатывающих политику, высокопоставленных управленцев и сотрудников Института Здоровья несколько ограничивает практическую утилизацию и пользу от собираемых сведений.

Сбор и объединение данных в системе Института Здоровья производится, в основном, вручную. Процесс сбора данных Институтом Здоровья по большей части ограничен государственным сектором. В настоящее время в

стране нет эффективных средств и систем, обеспечивающих надлежащий сбор данных в частном секторе, а положительные стимулы для предоставления соответствующей отчетности отсутствуют. Кроме того, несмотря на то, что в последние годы правительство рационализировало процесс сбора данных, число различных показателей, по которым собираются сведения, все еще огромное (Streveler, 2004).

В связи с недавним расширением частного сектора, где сбор данных практически не производится, и ростом барьеров в доступности медицинской помощи (платежи граждан за счет личных средств и ограниченное лекарственное обеспечение) к некоторым показателям, как например, по неинфекционным заболеваниям, следует относиться с большей осторожностью. В целях получения данных, которые в рамках государственных систем сбора данных не регистрируются надлежащим образом, было проведено несколько исследований. Важнейшими примерами таковых являются серия обследований состояний здоровья (Demographic and Health Surveys), проведенных Министерством здравоохранения совместно с Агентством США по международному развитию (USAID) в 1996 и 2002 гг., и кластерные исследования с множественными показателями ЮНИСЕФ, проведенные в 2000 и 2006 гг.

2.7.2 Оценка медицинских технологий

В первые годы независимости оценка медицинских технологий, в основном, ограничивалась оценкой безопасности лекарственных средств. Результаты этих оценок лежат в основе процедур сертификации, которые обеспечивают доступ лекарственных препаратов на фармацевтический рынок страны. Оценки проводятся в два этапа. Сначала продукт должен пройти сертификацию, чтобы получить доступ на узбекский рынок или быть включенным в фармацевтический справочник. При этом учитывается ряд таких свойств препарата, как действенность и эффективность, которые определяются в ходе испытаний, проводимых фармацевтическими компаниями. Затем каждая группа (партия) препаратов, поступающих на рынок, оценивается с точки зрения их безопасности и воздействия на здоровье человека. Препарат может поступить в розничную продажу только после его одобрения.

Что касается медицинского оборудования, то в настоящее время любое оборудование, поступающее на узбекский рынок, должно пройти соответствующую оценку. Если оно закупается централизованно за счет бюджетных средств, за регистрацию (сертификацию) этого оборудования

несут ответственность Министерство здравоохранения или другие соответствующие государственные органы. В качестве примера можно привести закупки медицинского оборудования в рамках проекта Всемирного банка «Здоровье II» (см. главу 6), или централизованные закупки оборудования для центров экстренной помощи. В остальных случаях дистрибьюторы медицинского оборудования обязаны получить предварительное разрешение на его продажу на узбекском рынке.

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

Поскольку в последние годы особое внимание правительство и международные организации уделяют вопросам качества медицинской помощи, то ряд инициатив был направлен на систематизацию процесса оценки медицинских технологий. Создание при Ташкентском институте усовершенствования врачей Центра доказательной медицины, при поддержке финансируемого USAID проекта «ЗдравПлюс», может способствовать внедрению оценок медицинских технологий в сферу клинической деятельности. Несмотря на то, что деятельность центра, в основном, связана с ведением и лечением ряда клинических состояний, а не с оценками медицинских технологий как таковыми, в перспективе центр может внести свой вклад в развитие национальной и организационной политики в области медицинских технологий. Со времени своего основания в апреле 2004 г. центр выпустил ряд руководств по клиническим процедурам.

Тем не менее, единых национальных определений и механизмов для разработки и реализации клинических стандартов, руководств и протоколов по-прежнему не хватает. Кроме того, качество издаваемых «руководств» до недавнего времени было зачастую сомнительным. В настоящее время ожидается оказание содействия в переводе и адаптации международных руководящих принципов по 25 неинфекционным заболеваниям – инициатива, поддержанная Всемирным банком в рамках проекта «Здоровье III» (см. главу 6).

2.8 Регулирование

В узбекской системе здравоохранения регулирование является прерогативой правительства, а роль НПО и профессиональных ассоциаций либо незначительна, либо отсутствует вовсе. Поскольку в системе здравоохранения действует преимущественно интегрированная модель (при которой государство является главным поставщиком и заказчиком медицинских услуг), то практически все поставщики являются государственными служащими. Государственные средства для закупок медицинских услуг у частных поставщиков не используются. В связи с чем, процесс закупок медицинских услуг для частных клиник как таковой отсутствует; эти процессы не регулируются и не используются в качестве инструмента.

В целях содействия росту частного сектора правительство поначалу строго ограничивало участие органов здравоохранения в регулировании деятельности частных поставщиков. Роль государственных органов здравоохранения в регулировании частного сектора сводилась преимущественно к лицензированию и аккредитации медицинских работников и учреждений. По стандартной практике проверки должны были планироваться, утверждаться Кабинетом Министров и проводиться один раз в несколько лет, а списки проверяемых организаций должны были публиковаться в средствах массовой информации заблаговременно. Отсутствие контроля в частном секторе, который, в основном, работает на платной основе, привело к участвовавшим случаям, когда медицинские услуги оказывались без необходимости, небезопасно или некачественно. В ответ правительство значительно сузило круг услуг, предоставляемых частным сектором. Более того, Министерству здравоохранения были даны дополнительные контролирующие полномочия, в том числе, проведение проверок без предварительного уведомления.

Деятельность государственного сектора регулируется в большей степени. Формы и масштабы участия в регулировании зависят от уровня государственного органа. На общенациональном уровне правительство занимается преимущественно разработкой стратегий и оценкой состояния здоровья населения, а в ведении органов власти вилоятов и туманов находятся вопросы управления и реализации национальной политики на местах. Поскольку на местном уровне разработка политики здравоохранения производится лишь в ограниченных рамках, то наиболее сильными рычагами регулирования обладают органы республиканского уровня, а органы власти вилоятов и туманов обеспечивают выполнение принятых на общенациональном уровне постановлений и директив.

Государственный сектор здравоохранения в Узбекистане имеет строго иерархическую структуру. Преобладающим методом регулирования является формулировка постановлений, приказов и директив. Органы нижних уровней иерархии системы здравоохранения на местах обязаны внедрять политику, разработанную на более высоких уровнях. Финансовые и иные формы стимулирования как способ регулирования деятельности поставщиков медицинских услуг используются нечасто.

Иерархичность государственной системы здравоохранения дополнительно поддерживается системой назначения на высокие ключевые должности. Почти на все ключевые руководящие должности на республиканском, областном и местном уровнях назначения осуществляются Министром здравоохранения. Сюда входят, к примеру, руководители областных органов здравоохранения, районных/городских медицинских объединений, учреждений третичного звена республиканского уровня, многопрофильных больниц на областном уровне, а также областных детских больниц. Более того, должностные лица на всех этих постах должны ежегодно проходить аттестацию, проводимую Министерством здравоохранения. Аттестационные комиссии оценивают «пригодность на должность» управленческих кадров на основании результатов деятельности и собеседований (Кабинет Министров, 2008).

2.8.1 Регулирование на общенациональном уровне

На общенациональном уровне правительство осуществляет регулирование деятельности государственного сектора через целый ряд организаций. Президент, Парламент и Кабинет министров занимаются разработкой концепций здравоохранения и направлений его развития. Этим органам принадлежит ключевая роль в сфере установления приоритетов, формирования национальной политики здравоохранения и определения средств и источников для реализации этой политики. Тем не менее, в процессе разработки политики здравоохранения активно участвуют и другие ведомства, в частности, Министерство здравоохранения, Министерство финансов и Министерство юстиции; принятию окончательной редакции основных документов в этой сфере обязательно предшествуют соответствующие консультации с этими министерствами.

Основным документом, содержащим положения о регулировании деятельности сектора здравоохранения, является закон «Об охране

здоровья граждан» 1996 г. (Республика Узбекистан, 1996). К компетенции Кабинета министров и Министерства здравоохранения относятся следующие вопросы:

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

Министерство здравоохранения и Министерство финансов являются основными участниками процесса разработки детализированной политики, регулирующих норм и планов реализации государственных задач и приоритетов. Они отвечают также за мониторинг, оценку и управление информацией.

2.8.2 Регулирование на местном уровне

На местах вопросами регулирования занимаются органы управления здравоохранением вилоятов и районные или городские медицинские объединения. В сферу ответственности областных органов управления здравоохранением входит управление медицинскими учреждениями на подведомственной им территории. Областные управления финансов занимаются распределением ресурсов между медицинскими учреждениями на основе указаний Министерства здравоохранения и Министерства финансов. Областные администрации должны нести ответственность за подготовку стратегий развития системы здравоохранения на уровне вилоятов, и каждый вилоят составляет собственный план работы по реализации национальных приоритетов в области здравоохранения.

Органы управления здравоохранением вилоятов отвечают за обеспечение необходимых поставок лекарственных средств и медицинского оборудования

на подведомственной территории. Кроме того, они несут ответственность за оказание надлежащей медицинской помощи населению в своих вилоятах и непосредственно оказывают услуги санитарно-эпидемиологического надзора и скорой помощи. В обязанности администраций вилоятов входит также обеспечение реабилитационного лечения для инвалидов, привлечение средств на здравоохранительные мероприятия и услуги, а также социальная защита населения.

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

В соответствии с законом «Об охране здоровья граждан» (Республика Узбекистан, 1996), к ведению органов исполнительной власти на местах относится, в частности:

- обеспечение исполнения законодательства в области охраны здоровья граждан;
- защита прав человека в области охраны здоровья;
- обеспечение доступности первичной медико-санитарной и медико-социальной помощи;
- контроль качества медицинской помощи в соответствии с медицинскими протоколами, обеспечение граждан лекарственными средствами;
- координация и контроль деятельности всех учреждений, занятых в поставке услуг здравоохранения;
- создание условий, стимулирующих развитие частного сектора.

2.8.3 Регулирование и управление деятельностью плательщиков третьей стороны

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

2.8.4 Регулирование и управление деятельностью поставщиков медицинских услуг

В стране не существует каких-либо ограничений на организационные формы частных производителей медицинских услуг. Единственным критерием является наличие у медицинских работников и учреждений лицензии Министерства здравоохранения и соответствие другим требованиям, установленным в отношении частных предприятий или НПО. Частные поставщики медицинских услуг обычно рассматриваются как коммерческие предприятия, и вне зависимости от того, так ли это в действительности, по отношению к ним действуют те же нормы регулирования, и они управляются теми же органами, что остальные коммерческие предприятия.

У государственных поставщиков медицинских услуг структура руководства и управления со времен советской власти изменилась не сильно. Больницей руководит ее главный врач, который несет полную ответственность за всю деятельность, включая как клинические, так и неклинические результаты деятельности вверенного ему учреждения. В зависимости от размера и типа больницы главному врачу полагается несколько заместителей, в ведении которых находятся клинические аспекты деятельности больницы, ее материально-техническая база и другие вопросы. На следующем уровне иерархии управления стоят заведующие отделениями. Они являются «менеджерами операционной деятельности» и отвечают за повседневную деятельность своих отделений, занимаясь как медицинскими, так и административно-хозяйственными вопросами.

В городских поликлиниках организация руководства и управления примерно такая же, как и в больницах. Во главе поликлиники стоит ее главный врач; если поликлиника крупная, то у него есть несколько заместителей. В сельских врачебных пунктах (СВП), в силу их небольшого размера, организация управления гораздо проще, хотя в СВП также есть главный врач – даже если там работает всего один человек. В обоих случаях, главный врач является формально «менеджером операционной деятельности» государственного поставщика медицинских услуг.

2.8.5 Регистрация и планирование медицинских кадров

В законе «Об охране здоровья граждан» указано, что право на занятие медицинской деятельностью имеют только лица, получившие диплом об окончании высшего или среднего специального медицинского учебного

заведения в Республике Узбекистан. Лица, получившие диплом о медицинском или фармацевтическом образовании в иностранных государствах, должны провести согласование своего диплома в порядке, установленном Министерством здравоохранения. Те, кто не работал по своей профессии более трех лет, обязаны пройти переподготовку или аттестационный процесс (Республика Узбекистан, 1996)

Если система разрешений, необходимых для работы в учреждениях государственного сектора, после провозглашения независимости осталась без изменений, и дополнительных процессов лицензирования здесь не вводилось, то на частную медицинскую деятельность были введены лицензии. Лицензии на частную медицинскую деятельность (как индивидуальную, так и коллективную) выдает специальный комитет, организованный в системе Министерства здравоохранения. С сентября 2014 г. функционирует онлайн-служба по лицензированию частных поставщиков медицинских услуг.

В 1999 г. при Министерстве здравоохранения был организован Центр лицензирования деятельности и аттестации медицинских работников. Основной задачей центра является присвоение «аттестационных» квалификаций. От уровня квалификационной категории работника зависит размер его оклада в учреждениях государственного сектора; переаттестация должна проводиться каждые 3–5 лет.

Медицинское образование является главным инструментом государственного регулирования численности и состава медицинских кадров. Все медицинские учебные заведения являются государственными; государство ежегодно определяет объем набора абитуриентов, а также квоты приема на додипломное и последипломное обучение по различным специальностям. Квоты существуют как для додипломного, так и для последипломного обучения. Примерно 30–40% мест в учебных заведениях финансируются правительством (в том числе расходы по оплате за обучение и стипендии), а остальные места самостоятельно финансируются студентами. Число финансируемых государством и платных мест в учебных заведениях на отделениях додипломного и последипломного образования (магистратура) определяется Кабинетом министров на основании рекомендаций Министерства здравоохранения, а число мест в аспирантуре и докторантуре устанавливается Министерством здравоохранения и Министерством финансов. Такая схема позволяет легко решать проблемы диспропорций в обеспечении медицинскими кадрами соответствующих специальностей, поскольку число новых специалистов зависит от квот приема. Однако, как свидетельствует

имеющийся дисбаланс в системе здравоохранения, в будущем могут понадобиться и другие механизмы регулирования, позволяющие решать этот вопрос более эффективно.

2.8.6 Регулирование и управление медикаментозной помощью

Министерство здравоохранения осуществляет свои регулирующие функции в сфере медикаментозной помощи через Управление контроля качества лекарственных средств и изделий медицинской техники, которое было создано в 1995 г. Это Управление занимается разработкой и реализацией стандартов качества лекарственных средств и медицинской техники и является единственным государственным органом, отвечающим за контроль качества, стандартизацию и сертификацию лекарственных средств и изделий медицинской техники.

Закупки и распространение лекарственных средств были первой сферой деятельности в области здравоохранения, где появился частный сектор. Для того чтобы получить разрешение на частную розничную торговлю медикаментами, необходимы только соответствующая лицензия Министерства здравоохранения и наличие у персонала фармацевтического образования. Дистрибьюторы, занимающиеся оптовой торговлей лекарствами, также обязаны иметь лицензию Министерства здравоохранения (Кабинет министров, 1994). Тем не менее, Министерство здравоохранения взяло на себя роль «привратника» на национальном фармацевтическом рынке и обладает регулируемыми полномочиями, включающими безопасное хранение и распространение лекарственных средств, и другие вопросы безопасности. На всей территории страны действует единый механизм контроля цен на лекарства, ограничивающий размер прибыли оптовых и розничных продавцов фармацевтической продукции. Оптовые наценки не могут превышать 20%, а розничные – 25% закупочной цены; таким образом, потребительские цены на лекарства не могут превышать закупочные цены оптовиков более чем на 50%.

В 1997 году в Узбекистане была принята национальная политика в отношении лекарственных средств, которая является основой согласованного развития фармацевтического сектора страны. Официальный государственный перечень лекарственных средств, разрешенных к применению в медицинской практике на территории Узбекистана, содержит примерно 3900 наименований. Этот перечень составлен на основании фирменных наименований препаратов; кроме того, в нем указаны также их международные непатентованные (генерические) наименования. Данные

препараты официально разрешены к применению в узбекской системе здравоохранения. В перечень включены препараты, производимые как в Узбекистане, так и в других странах.

Для того чтобы зарегистрировать препарат, произведенный на территории Узбекистана, необходимо провести его клинические испытания. Для регистрации импортного препарата в Управление контроля качества необходимо представить определенный набор документов. Эти документы рассматривает специальный комитет, в состав которого входят три эксперта, и по результатам такого рассмотрения либо выдается разрешение на применение препарата без проведения дополнительных клинических испытаний, либо выносится решение о необходимости проведения клинических испытаний или испытаний на биоэквивалентность. Лекарственные средства не должны проходить клинические испытания в следующих случаях:

- если они применяются в медицинской практике более пяти лет и зарегистрированы в нескольких странах, включая страну, где они производятся;
- если они производятся фармацевтической компанией, зарегистрированной на территории Узбекистана;
- генерики, если они зарегистрированы и разрешены к применению в стране, где они производятся, и в нескольких других странах, при наличии результатов испытаний на биоэквивалентность.

Регистрация изделий медицинской техники производится аналогичным образом.

В Узбекистане принята концепция перечня основных лекарственных средств, и в 1998 г. был опубликован государственный фармакологический справочник. В государственный перечень основных лекарственных средств включено примерно 240 наименований, в том числе отпускаемых без рецепта, а также последняя информация о лекарствах. За основу этого перечня принят примерный перечень основных лекарственных средств, разработанный ВОЗ. Кроме того, Министерство здравоохранения осуществляет регулирование 20 так называемых основных или «базисных» наименований. Эти 20 наименований все аптеки, вне зависимости от формы собственности, обязаны иметь в наличии и продавать по фиксированным ценам, вне зависимости от затрат на их приобретение и от формы собственности учреждения розничной торговли (Кабинет Министров, 1994). Ценообразование на все остальные медикаменты не

регулируется, за исключением предельных размеров упомянутых выше оптовых и розничных наценок (20% для оптовой реализации и 25% для розничной реализации). Отдельные льготные категории населения имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение при наличии рецептов, выписанных в государственных учреждениях первичного звена. В этих случаях розничным аптекам их затраты возмещают соответствующие учреждения первичного звена (Кабинет министров, 1997b).

Какие критерии лежали в основе составления этого перечня 20 основных или «базисных» лекарственных средств, и принимались ли во внимание экономическая эффективность и уровни заболеваемости, неясно. Ценообразование на все остальные медикаменты регулируется только в виде предельных размеров оптовых и розничных наценок (20% и 25% соответственно).

2.9 Усиление участия пациентов в системе здравоохранения

2.9.1 Права пациентов

Закон «Об охране здоровья граждан», в котором содержится описание правовой структуры узбекской системы здравоохранения и изложены права и обязанности пациентов, был принят Парламентом в 1996 г. В статье 25 этого закона указано, что каждый гражданин имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о его диагнозе и методах лечения, их последствиях и рисках возможных осложнений. Эта информация предоставляется непосредственно самому пациенту. Эту информацию нельзя разглашать или использовать без согласия пациента, кроме следующих случаев:

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

Лица, которым в связи с вышеназванными случаями переданы сведения о состоянии здоровья (например, медицинские работники, сотрудники милиции или судьи), несут ответственность за разглашение этих сведений по причинам, отличным от вышеуказанных.

В статье 24 этого же закона указано, что каждый пациент имеет право на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения. Все граждане также имеют право на профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную помощь, протезно-ортопедические приспособления и помощь социального характера, в том числе на финансовую компенсацию при уходе за больными и нетрудоспособными, находящимися в отпуске по временной нетрудоспособности (Республика Узбекистан, 1996). Граждане имеют право на отказ от медицинского вмешательства, за исключением случаев, когда их состояние представляет опасность для окружающих (Республика Узбекистан, 1996). Все государственные учреждения здравоохранения обязаны вывешивать Статью 24 Закона «Об охране здоровья граждан» в «Информационных уголках».

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

- гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача и лечебно-профилактического учреждения;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам;
- консультации других специалистов;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- допуск к нему адвоката;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- предъявление претензий в случае нарушения прав пациента, либо в форме жалобы непосредственно руководству лечебно-профилактического учреждения, вышестоящему органу управления, либо в форме обращения непосредственно в суд.

2.9.2 Выбор пациента

Сведений о том, в какой мере население осведомлено о своем законном праве на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения, как эти права осуществляются на практике и оказали ли они какое-либо влияние на качество и эффективность медико-санитарной помощи, нет. Выбор поставщиков ПМСП в государственном секторе (кроме услуг по охране детства и материнства) привязан к штампу адреса проживания в паспорте (прописке).

2.9.3 Информация, предоставляемая пациентам

В настоящее время в стране отсутствуют комплексная и общедоступная база данных и иные механизмы информирования пациентов о качестве, ценах, видах и других параметрах услуг, предоставляемых поставщиками медицинских услуг в государственном и частном секторах. Вместе с тем, на сайте Министерства здравоохранения с недавних пор публикуются цены на различные услуги в ряде учреждений государственного сектора.

2.9.4 Процедуры обжалования

В 2003 г. Министерство здравоохранения выпустило новую редакцию принятой ранее схемы рассмотрения жалоб пациентов (Министерство здравоохранения, 2003). В соответствии с этой новой схемой, в правовом отношении устные и письменные жалобы имеют равное значение. Все жалобы получает и рассматривает Отдел писем Министерства здравоохранения. После того как письмо с жалобой передано в соответствующее подразделение или ведомство, руководитель этого подразделения или ведомства должен завизировать его, указав, какой сотрудник назначен ответственным за рассмотрение данной жалобы, а также как и когда она будет рассмотрена. По окончании рассмотрения лицо, подавшее жалобу, необходимо проинформировать о результатах ее рассмотрения. Во всех организациях должны быть выделены специальные часы приема устных жалоб, которые надлежит рассматривать в том же порядке, что и письменные. В 2013 г. на сайте Министерства здравоохранения начат прием электронных заявок от пациентов с предложениями и жалобами.

2.9.5 Безопасность пациентов и компенсации за причинение вреда здоровью

Судебные иски не являются частью системы, в системе также нет соответствующих стимулов для инициирования судебных исков или для

извлечения компенсации. В целом можно сказать, что в суд обращаются только в крайних случаях, т. е. когда речь идет о предотвратимой смертности или инвалидности. Механизмы компенсации четко не определены и могут подразумевать гарантированное государством пособие по инвалидности. Хотя официальные данные о числе судебных исков отсутствуют, по отдельным сведениям можно предположить, что такие иски являются скорее исключением, чем правилом. Закон «Об охране здоровья граждан» гарантирует право на получение компенсации в случае причинения вреда здоровью (Республика Узбекистан, 1996). Однако при этом остается неясным, после принятия этого закона были ли разработаны какие-либо четкие механизмы или принципы, касающиеся компенсаций, и какие средства должны использоваться для выплаты этих компенсаций в тех случаях, когда виновником причинения вреда здоровью граждан является государственное учреждение здравоохранения.

На данный момент в стране пока еще не разработана четкая система мониторинга и отчетности о врачебных ошибках и о проблемах безопасности пациентов. Информация о неблагоприятных реакциях на лекарства также не собирается централизованно. В стране нет специальных органов, занимающихся вопросами обеспечения безопасности пациентов или, если брать шире, вопросами качества медицинской помощи.

2.9.6 Участие общественности в деятельности системы здравоохранения

Какой-либо специальной схемы, обеспечивающей участие общественности в планировании, закупках и организации услуг в области здравоохранения, в Узбекистане нет. Практика проведения опросов об уровне удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием не распространена.

2.9.7 Пациенты и медицинская помощь за рубежом

По некоторым сведениям, доля пациентов, получающих медицинскую помощь за рубежом, растет. Согласно имеющимся данным, все большее число пациентов едет за границу, чтобы получить узкоспециализированные процедуры, такие как операции на сердце, оплодотворение *in vitro* и нейрохирургия. Как представляется, основными направлениями для получения медицинской помощи за границей являются Индия, Россия, Турция, Германия, Израиль и Южная Корея. Тем не менее, только малая часть пациентов может позволить себе услуги здравоохранения за

рубежом, так как все расходы, как правило, должны быть покрыты за счет личных платежей. Есть несколько причин увеличения трансграничного здравоохранения. В частном секторе запрещено предоставлять определенные виды услуг (такие как хирургия), оставляя государственные учреждения в качестве единственного варианта. Государственные учреждения, как правило, менее ориентированы на пациента и, по всей видимости, им не хватает стимулов для инноваций или улучшения качества медицинской помощи. Также некоторые процедуры, такие как оплодотворение *in vitro*, не разрешены законодательством Узбекистана.

Имеет место также экспорт услуг здравоохранения, когда пациенты из других стран приезжают в Узбекистан, но в ограниченном масштабе. В основном, данный контингент включает пациентов с низким или средним уровнем доходов из соседних стран (в частности, с юга Казахстана и юга Кыргызстана), которые получают рутинные медицинские услуги в крупных городах, таких как Ташкент или Андижан.

3. Финансирование

Узбекистан тратит относительно малую долю своего ВВП на здравоохранение – в 2012 г. этот показатель составил 5,9%. Хотя доля государственного сектора в расходах за последние годы и увеличилась, расходы частного сектора все также остаются весомыми. В 2012 г. из государственных источников (в основном, собранных за счет налогов) финансировалось 53,1% от общего расхода на здравоохранение, а 46,9% поступили из частных источников, в основном, в виде личных платежей граждан. Добровольное медицинское страхование не играет крупной роли. Доля государственных расходов в сфере стационарной помощи уменьшается и составила 58% в 2010 г. Среди других источников финансирования – программы технического содействия многосторонних или двусторонних организаций и агентств развития.

В законе «Об охране здоровья граждан» 1996 г. дано определение пакета базовых услуг, гарантированного правительством, который включает первичную медицинскую помощь, неотложную помощь, лечение «социально значимых и опасных» заболеваний и специализированное лечение для категорий населения, которые классифицируются государством как уязвимые слои. Медикаментозная помощь при стационарном лечении включена в пакет базовых услуг, но лекарства при амбулаторном лечении в программу государственных гарантий не входят, за исключением бесплатного лекарственного обеспечения 13 льготных категорий граждан, включая ветеранов Второй мировой войны, пациентов ВИЧ / СПИД, пациентов с диабетом или раком и одиноких пенсионеров, состоящих на учете в отделах социального обеспечения.

Правительство занимается консолидацией и распределением государственных средств на нужды здравоохранения. Центральное правительство отвечает за финансирование специализированных медицинских центров, научно-исследовательских институтов, центров

экстренной помощи и больниц общенационального (республиканского) уровня. В ведении местных органов власти (вилоятов, туманов или городов) находится финансирование остальных больниц, подразделений ПМСП, санитарно-эпидемиологических станций и служб скорой помощи.

Первичное здравоохранение в сельской местности финансируется из расчета на душу населения, а к 2015 г. ожидается, что аналогичная модель будет применяться и в городской местности. Специализированное амбулаторное и стационарное лечение финансируется из расчета расходов прошлых лет и затрат на оказание услуг.

Работники здравоохранения в государственном секторе получают фиксированную заработную плату в строгом соответствии с государственными инструкциями. Тем не менее, предпринимаются попытки позволить большую гибкость медицинским учреждениям при оплате услуг профессиональных медицинских работников. По данным 2014 г. заработные платы докторов в государственном секторе варьируются от 300 до 600 долларов США в месяц.

3.1 Расходы на здравоохранение

Согласно оценкам ВОЗ, общий расход на здравоохранение на душу населения вырос до 221 доллара США ППС на душу населения в 2012 г. (таблица 3.1). Для сравнения – данный показатель составил 967 долларов США ППС в СНГ (2012 г.), 1463 доллара США ППС в странах ЕС, присоединившихся после 2004 г., и 3852 доллара США ППС в странах ЕС, входивших в состав Евросоюза до 2004 г. (рис. 3.2 и 3.3). Более того, уровень государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в разных вилоятах существенно отличается. Как правило, в бедных вилоятах расходы на здравоохранение в расчете на душу населения ниже, чем в богатых вилоятах. К примеру, в 2013 г., выплаты учреждениям ПМСП на душу населения в Навоийском вилояте в два раза превышали выплаты в Хорезмском вилояте и примерно на 50% превышали средний показатель по стране (Министерство здравоохранения, 2014).

Общий расход на здравоохранение в 2012 г. по оценкам составил 5,9% ВВП. Этот показатель низкий, если сравнивать с большинством стран Европейского региона ВОЗ (рис. 3.1), но относительно высокий, если сравнивать с другими странами Центральной Азии (рис. 3.2).

Чуть больше половины (53,1%) расхода на здравоохранение в 2012 г. поступило из бюджетных источников, при этом частный расход (в основном, личные платежи граждан) составил 46,9% (таблица 3.1 и рис. 3.4). По этим же оценкам ВОЗ, доля государственного сектора в общем расходе на здравоохранение выросла с 44,6% в 2005 г. до 53,1% в 2012 г.

В 1998 г. 72% от общего государственного расхода на здравоохранение было потрачено на стационарные услуги, и лишь 16% – на амбулаторные. К 2010 г. доля от общего государственного расхода на здравоохранение, занятая в стационарном звене, сократилась до 58%, в то время как доля расходов на амбулаторные услуги увеличилась до 29% (Министерство здравоохранения, 2014).

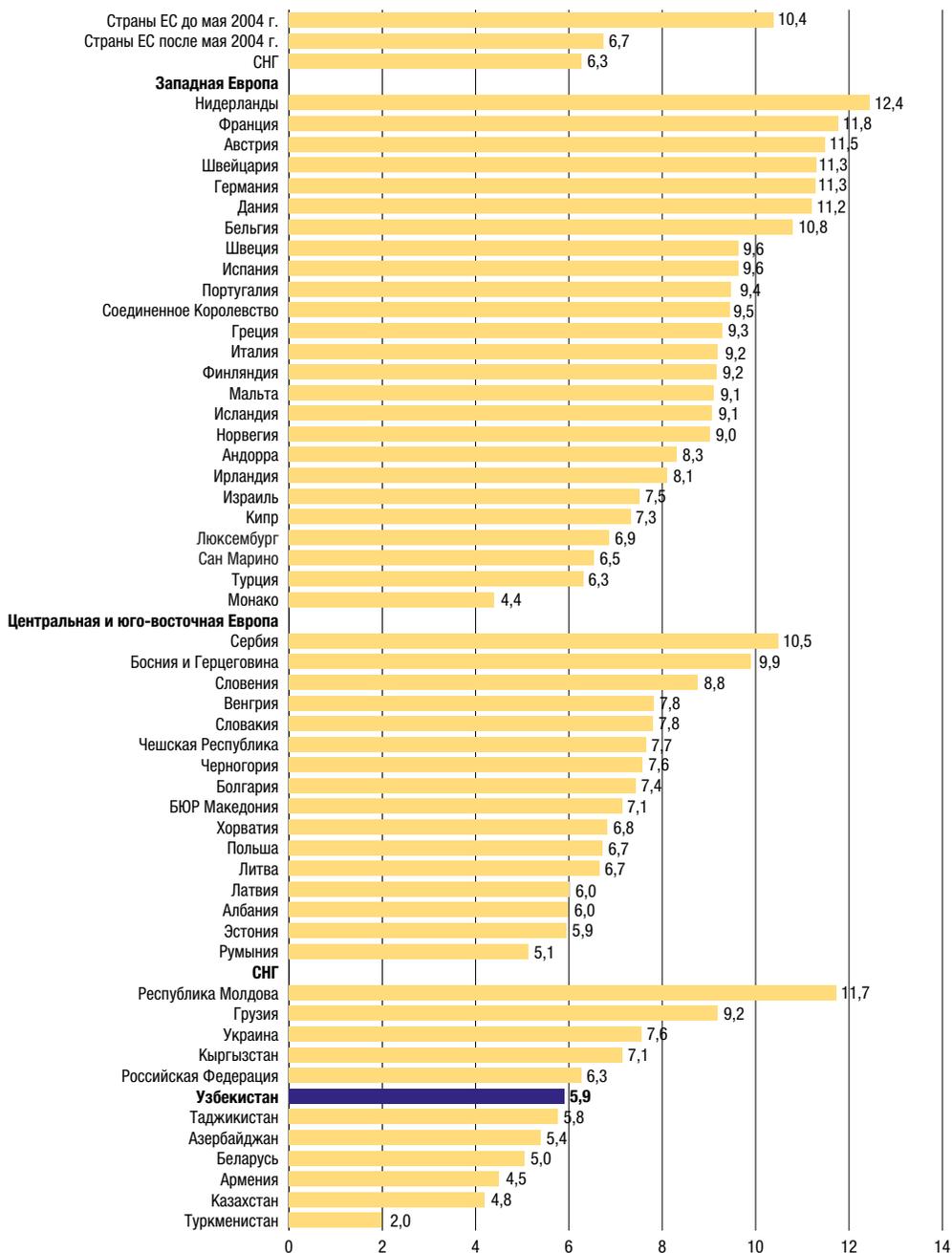
Таблица 3.1

Динамика расходов на здравоохранение, 1995–2012 гг.

	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Общий расход на здравоохранение, ППС долл. США на душу населения, оценка ВОЗ	80,14	76,12	102,82	168,22	192,94	220,84
Общий расход на здравоохранение как % ВВП, оценка ВОЗ	6,80	5,30	5,12	5,36	5,64	5,90
Расход на здравоохранение в государственном секторе, % от общего расхода на здравоохранение, оценка ВОЗ	53,04	47,52	44,56	51,88	50,92	53,14
Расход на здравоохранение в частном секторе, % от общего расхода на здравоохранение, оценка ВОЗ	46,96	52,48	55,44	48,12	49,10	46,88
Расход на здравоохранение в государственном секторе, % от общего государственного расхода, оценка ВОЗ	9,46	8,70	7,34	8,60	8,98	9,70
Расход на здравоохранение в государственном секторе, % ВВП, оценка ВОЗ	3,60	2,52	2,28	2,78	2,86	3,14
Личные платежи граждан за услуги здравоохранения, % от общего расхода на здравоохранение	46,88	52,30	52,12	45,24	46,16	44,06
Личные платежи граждан за услуги здравоохранения, % от расхода на здравоохранение в частном секторе	99,84	99,66	94,02	93,98	94,02	94,0
ДМС, % от общего расхода на здравоохранение ^a			3,13	2,71	2,77	2,64
ДМС, % от расхода на здравоохранение в частном секторе ^a			5,64	5,64	5,64	5,64

Рис. 3.1

Расходы на здравоохранение, доля в ВВП в странах Европейского региона ВОЗ (%), 2012 г., по оценкам ВОЗ

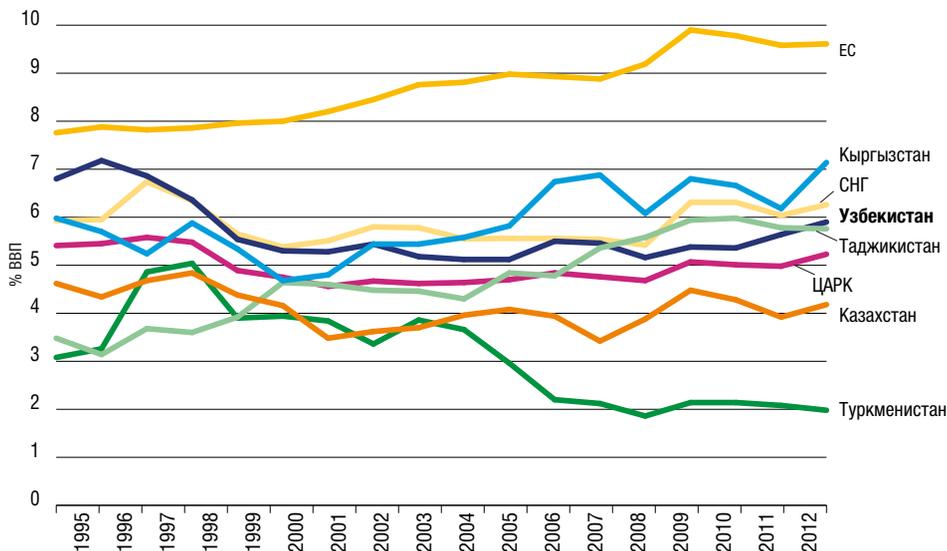


Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Примечания: СНГ: Содружество независимых государств; БЮР Македония: бывшая Югославская республика Македонии.

Рис. 3.2

Динамика расходов на здравоохранение, доля в ВВП Узбекистана и ряда стран (%), 1995–2012 гг., по оценкам ВОЗ



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

3.2 Источники доходов и финансовые потоки

Двумя главными источниками доходов являются общие государственные расходы (в основном, собранные посредством налогообложения) и частные расходы (в основном, личные платежи граждан). Социальной системы медицинского страхования не существует, а частное медицинское страхование в 2012 г. составило 2,6% от общего расхода на здравоохранение (таблица 3.2).

Таблица 3.2

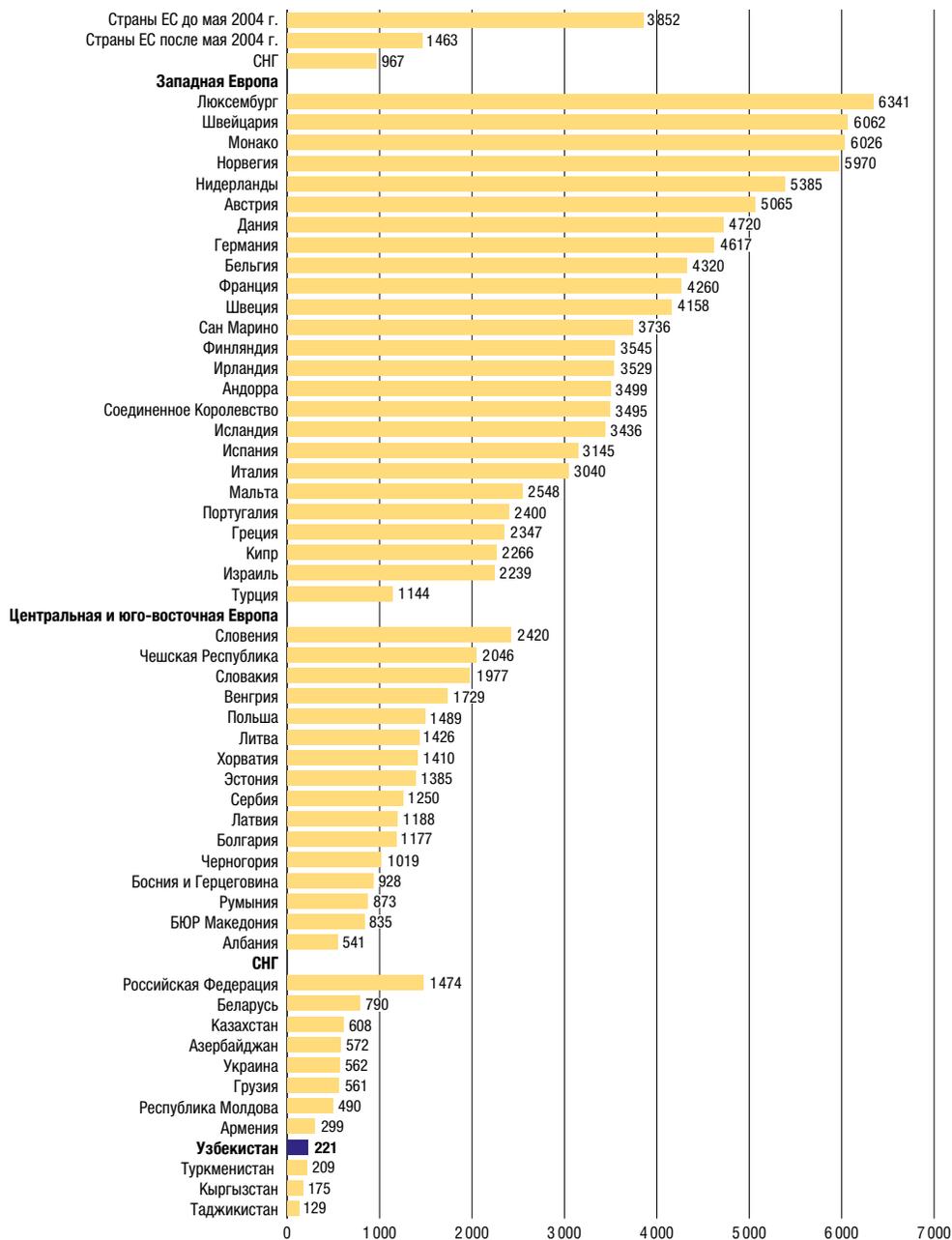
Источники доходов, % от общих расходов на здравоохранение по источникам доходов, 1995–2012 гг. (выборочно), по оценкам ВОЗ

	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Общий государственный расход на здравоохранение	53,0	47,5	44,6	51,9	50,9	53,1
Фонды социального обеспечения	0	0	0	0	0	0
Личные платежи граждан	46,9	52,3	52,1	45,2	46,2	44,1
Частное страхование			3,13	2,71	2,77	2,64
Внешние ресурсы здравоохранения	0,1	6,7	1,8	1,8	2,0	1,5

Источник: WHO, 2014a.

Рис. 3.3

Расходы на здравоохранение в ППС в долларах США на душу населения в странах Европейского региона ВОЗ, 2012 г., по оценкам ВОЗ

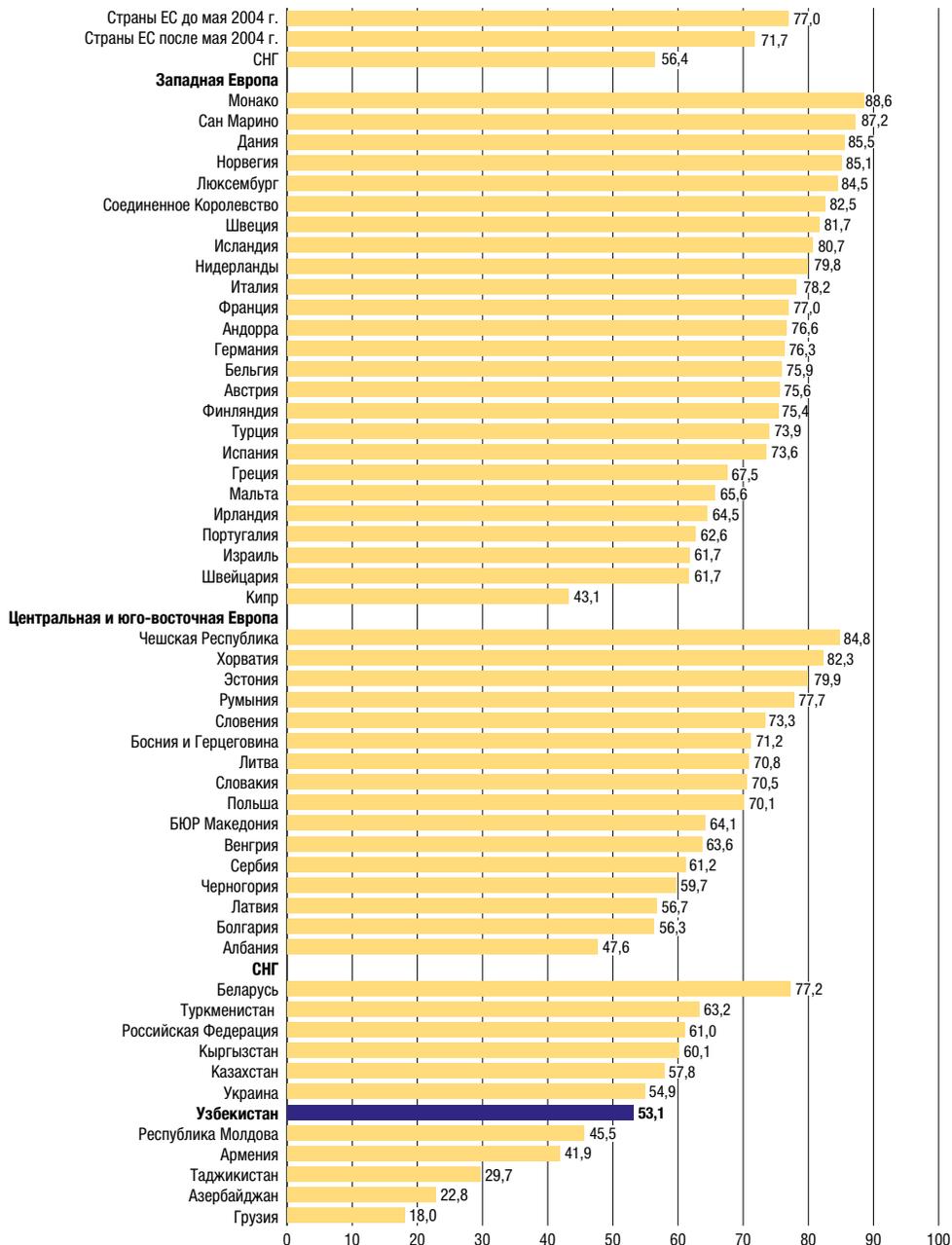


Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Примечания: СНГ: Содружество независимых государств; БЮР Македония: бывшая Югославская республика Македонии.

Рис. 3.4

Расходы на здравоохранение государственного сектора, доля (%) в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ, 2012 г., по оценкам ВОЗ



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Примечания: СНГ: Содружество независимых государств; БЮР Македония: бывшая Югославская республика Македонии.

Финансирование государственного сектора происходит из государственного бюджета и строго следует протоколам расходов, разработанным центральным правительством. Основная его масса поступает в государственные учреждения, и небольшая доля направляется в частный сектор, например, за счет возмещения расходов на амбулаторные лекарственные средства для отдельных групп населения.

Ранее средства, происходящие из государственного бюджета, передавались непосредственно на счета медицинских учреждений, и медицинские учреждения несли ответственность за то, как эти средства были потрачены. Начиная с 2007 года в Узбекистане была введена казначейская система. Теперь держателями государственных средств для медицинских учреждений республиканского, областного и районного уровней являются казначейские офисы, соответственно, республиканского, областного и районного уровней. Казначейские офисы обеспечивают расходование государственных средств в соответствии с утвержденными протоколами расходов (Кабинет Министров, 2007а; Президент Республики Узбекистан, 2007b).

Государственным учреждениям также было разрешено взимать плату за услуги, предоставляемые вне гарантированного государством пакета услуг. Это финансирование может поступать из различных источников, в том числе за счет личных платежей граждан, взносов работодателей или средств добровольного частного медицинского страхования; такое финансирование следует протоколам, установленным центральным правительством, но более гибко (рис. 3.5).

3.3 Обзор законодательно установленной системы финансирования

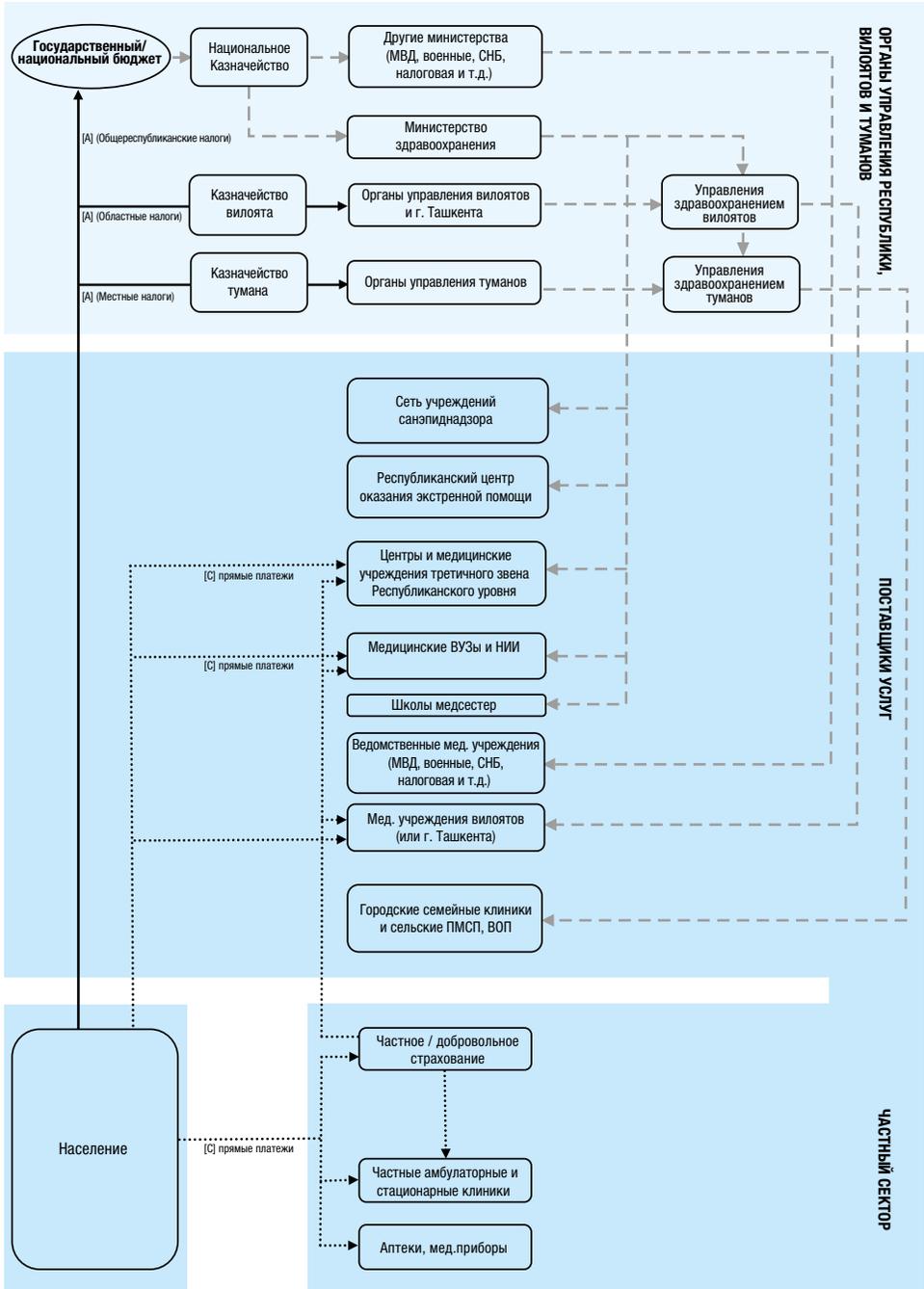
3.3.1 Охват населения

Номинально государственная система здравоохранения Узбекистана должна обеспечивать всеобщий охват населения республики медицинским обслуживанием. В Конституции 1992 г. указано: «Каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание» (Республика Узбекистан, 1992). Несмотря на то, что Конституция гарантирует доступ ко всем уровням медицинской помощи, бесплатного медицинского обслуживания, в отличие от Конституции СССР, она уже не гарантирует.

Законом «Об охране здоровья граждан» 1996 г. подтверждено право граждан на медицинское обслуживание. Это право распространяется на все

Рис. 3.5

Финансовые потоки в системе здравоохранения Узбекистана



виды медицинских услуг, включая родовспоможение, дородовое наблюдение и неонатальный уход, педиатрическую помощь, иммунизацию, репродуктивное здоровье семьи, амбулаторную помощь и специализированную помощь. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от возраста, расы, пола, национальности, отношения к религии, социального происхождения и убеждений (Республика Узбекистан, 1996).

В законе «Об охране здоровья граждан» 1996 г. определены услуги, финансируемые государством (программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению), и услуги, расходы на которые должны возмещаться из других источников финансирования (дополнительные услуги). Все граждане имеют право на медицинские услуги в рамках программы государственных гарантий. Если лица без гражданства, постоянно проживающие в Республике Узбекистан, пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Республики Узбекистан, то иностранным гражданам, находящимся на территории Республики Узбекистан, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами, подписанными Республикой Узбекистан (Республика Узбекистан, 1996). Беженцы и иностранные граждане имеют право на бесплатную экстренную помощь.

За последнее время появились услуги добровольного медицинского страхования, предлагаемые коммерческими компаниями, но данные о размере их доли на рынке потребления услуг здравоохранения отсутствуют, хотя по отдельным сведениям можно предположить, что она остается незначительной.

Заклученные, солдаты и военнослужащие могут пользоваться услугами параллельных систем здравоохранения, управление которыми осуществляется вне системы Министерства здравоохранения. В случаях, когда в таких параллельных системах здравоохранения нет возможности оказать необходимую специализированную помощь, можно воспользоваться услугами учреждений, входящих в систему Министерства здравоохранения. Механизмы оказания помощи и соглашения о финансировании в этих редких случаях определяются путем специальных соглашений между Министерством здравоохранения и соответствующими ведомствами.

Программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению

Финансируемая государством программа предоставления бесплатной медицинской помощи включает первичную медико-санитарную помощь, экстренную помощь, помощь гражданам, страдающим «социально

значимыми и опасными заболеваниями», и специализированную помощь уязвимым группам населения (Республика Узбекистан, 1996; Маматкулов, 2013). Таким образом, она исключает доступ к услугам вторичного и третичного здравоохранения для значительной части населения. Лечебно-профилактические учреждения государственной системы здравоохранения оказывают гарантированную государством медицинскую помощь населению бесплатно. Все медицинские и иные услуги сверх установленной государством программы гарантий оплачиваются из других источников (Республика Узбекистан, 1996). Согласно наблюдениям, лица из групп с более высокими доходами пользуются доступом к гарантированной государством медицинской помощи не в полном объеме, вместо этого предпочитая услуги частного сектора или медицинское обслуживание по частной договоренности.

Лекарственное обеспечение во время стационарного лечения входит в программу государственных гарантий в случае, если само такое лечение входит в эту программу. Лекарства при амбулаторном лечении в программу государственных гарантий не входят, за исключением бесплатного лекарственного обеспечения 13 льготных категорий граждан, включая ветеранов Второй мировой войны, пациентов ВИЧ / СПИД, пациентов с диабетом или раком и одиноких пенсионеров, стоящих на учете в отделах социального обеспечения (Кабинет министров, 2013; Министерство здравоохранения, 2013а). Вместе с тем, непонятно, насколько удовлетворяются нужды в амбулаторном лекарственном обеспечении данных 13 групп.

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

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

В 2004 г. в документе, содержащем описание функций подразделений ПМСП, Министерством здравоохранения был разработан четкий перечень услуг, входящих в программу государственных гарантий (Министерство здравоохранения, 2004). В этом документе перечислены состояния, которые подлежат диагностированию и лечению в подразделениях первичной медико-санитарной помощи (например, хроническая сердечная недостаточность, бронхит и диабет), связанные

с ними диагностические процедуры (например, электрокардиография) и состояния, подлежащие реабилитационному лечению и постоянному наблюдению. В соответствии с этим документом, учреждения ПМСП обязаны предоставлять пациентам индивидуальные консультации по вопросам укрепления здоровья и санитарного просвещения.

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

К «социально значимым и опасным заболеваниям» относятся некоторые желудочно-кишечные болезни, болезни дыхательных путей, кожные болезни и инфекционные болезни, передающиеся через кровь, а также неинфекционные патологии, такие как, например, психические и онкологические заболевания. Примерами инфекционных патологий могут быть например, полиомиелит, туберкулез, лепра, ВИЧ/СПИД и сифилис (Кабинет Министров, 1997а). Пациенты с такими заболеваниями могут получить ряд услуг на бесплатной основе.

Медицинские услуги сверх программы государственных гарантий по ПМСП, экстренной помощи и помощи лицам, страдающим «социально значимыми и опасными заболеваниями», должны финансироваться из негосударственных источников, включая частное медицинское страхование, взносы работодателей, фонды общественных объединений и личные средства физических лиц. Для отдельных категорий граждан предусмотрена специальная дополнительная программа бесплатных услуг.

Гарантированный государством пакет бесплатных медицинских услуг, определенный в законе в 1996 г., с тех пор не подвергался никаким изменениям. Он по-прежнему служит основой для формирования политики и методических руководств, касающихся предоставляемых населению льгот. Некоторые услуги, входящие в программу государственных

гарантий, можно получить также и в частных медицинских учреждениях на платной основе. Однако в этом случае расходы на оплату этих услуг пациентам не возмещаются. Если некоторые услуги, к примеру, услуги первичной медицинской помощи, услуги по эндокринологии, имеются в частном секторе, государство не разрешает оказывать некоторые другие виды услуг в частном секторе, как например по инфекционным и онкологическим заболеваниям.

Финансовые льготы при определенных заболеваниях

В государственном секторе существуют финансовые льготы для определенных категорий граждан, в том числе для тех, кто находится на «больничном листе», женщин, находящихся в декретном отпуске, инвалидов и лиц, страдающих психическими заболеваниями. В случае болезни листок нетрудоспособности выдается сначала на пять дней. По истечении этого срока для продления листка нетрудоспособности необходимо одобрение специальной комиссии, которая есть в каждом государственном лечебно-профилактическом учреждении, кроме сельских врачебных пунктов с одним врачом в штате, где для продления листка нетрудоспособности одобрение такой комиссии не требуется.

В течение срока действия листка нетрудоспособности пациенты, трудоустроенные в государственном секторе, получают пособия из средств системы социального обеспечения в размере 80–100% своего обычного заработка; эти пособия выплачиваются их работодателями. В частном секторе или в государственных учреждениях на схеме «самофинансирования», эти финансовые льготы покрываются самими учреждениями. Если листок нетрудоспособности необходимо продлить на срок более трех месяцев подряд или на срок четыре месяца с перерывами в течение года, то медицинская карта пациента передается на рассмотрение врачебно-трудовой экспертной комиссии, которая входит в систему социального обеспечения и независима от органов здравоохранения. Эта комиссия принимает решение о праве пациента на финансовое пособие по инвалидности. По решению врачебно-трудовой экспертной комиссии пациенту может быть присвоена одна из трех групп инвалидности, две из которых не дают права на работу. Всех лиц, которым присвоена любая из трех групп инвалидности, ставят на специальный учет и берут под наблюдение (также известный как «диспансерный учет»), и они имеют право на получение один раз в год реабилитационного лечения, оплачиваемого за счет государства. «Диспансерный» учет используется в государственной системе здравоохранения в целях поддержки соблюдения протоколов лечения конкретных заболеваний. Пациенты, страдающие психическими заболеваниями, имеют право на такие же

пособия по инвалидности, но ими занимаются отдельные экспертные комиссии, которые создаются при психиатрических больницах.

3.3.2 Сбор финансовых средств

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

Основным получателем государственных средств является государственный сектор системы здравоохранения, и лишь незначительная их часть выделяется частному сектору. Государственные средства поступают из разных источников, но в основном это различные виды налогов. В 2013 г., примерно четверть собранных государством средств поступила за счет прямых налогов, примерно половина – за счет косвенных налогов, и примерно одна пятая – за счет земельного налога и налога на недвижимое имущество (Министерство финансов, 2014). Специальных целевых налогов на финансирование здравоохранения нет. Главным органом по сбору налогов является Государственный налоговый комитет. В этом ведомстве поддерживается вертикальная структура управления, и оно имеет свои отделения как на уровне вилоятов, так и на уровне туманов. Местные отделения в туманах и городах несут ответственность за сбор налогов на подведомственных им территориях.

Официальные платежи

Проводимые правительством реформы способствовали введению прямых платежей граждан за счет личных средств. Прямые платежи граждан за счет личных средств делятся на взимаемые в государственном и негосударственном секторах. Регулированием платежей граждан в

государственном секторе занимаются соответствующие управления Министерства здравоохранения и областные органы здравоохранения.

Медикаментозное обеспечение

В советский период все лекарства при стационарном лечении обеспечивало государство, и для пациента они были бесплатными, а лекарства при амбулаторном лечении либо оплачивало, либо они продавались в аптеках по централизованно устанавливаемым и контролируемым государством ценам. Со времени обретения независимости и после начала реформ здравоохранения государство оплачивает лишь ограниченный набор лекарств при амбулаторном лечении некоторых групп заболеваний и категорий населения (Кабинет Министров, 1997b). По некоторым сведениям, большинство расходов на оплату лекарств при амбулаторном лечении производится в форме индивидуальных прямых платежей, хотя достоверные данные о долях различных видов платежей пока отсутствуют. Право на бесплатные медикаменты при амбулаторном лечении имеют следующие категории населения (Кабинет министров, 1997b):

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

Медицинские услуги

Ряд предпринятых инициатив позволил поставщикам медицинских услуг взимать с пациентов прямые официальные платежи. В Указе Президента 1998 г. указаны сроки, в течение которых на смену бюджетному финансированию различных учреждений здравоохранения в государственном секторе должны прийти другие источники. Поскольку система плательщиков третьей стороны в узбекской системе здравоохранения отсутствует, то основным официальным источником поступлений стали прямые платежи граждан. По данным Министерства

здравоохранения, в последние годы доля поступлений от оплаты услуг, которые в государственном секторе официально являются платными, постепенно растет.

В последние годы правительство поощряет переход ряда избранных объектов третичной помощи к получению доходов за счет взносов пациентов, а не ассигнований из государственного бюджета. В контексте Узбекистана, эти медицинские учреждения описываются как «самофинансирующиеся». Большинство государственных учреждений на схеме «самофинансирования» в значительной степени зависят от взносов пациентов и прямых официальных платежей. Ожидается, что в период между 2012 и 2015 гг. 46 учреждений вторичной и третичной медицинской помощи перейдут к полному «самофинансированию», а другие 57 начнут взимать официальные платежи (Президент Республики Узбекистан 2011а). Пациенты, пользующиеся услугами государственных учреждений здравоохранения, включенных в схему «самофинансирования», должны оплачивать цену, устанавливаемую таким учреждением. Процесс установки цен регулируется, и на взносы пациентов установлены конкретные ограничения.

Разделение затрат

Механизм разделения затрат (например, при оплате из нескольких источников) практически отсутствует в узбекской системе здравоохранения. По некоторым сведениям, в секторе добровольного медицинского страхования вводятся различные формы разделения затрат, но достоверных данных об этом нет. Вместе с тем, некоторые механизмы разделения затрат имеют место и в больницах, например оплата расходов на питание, коммунальные услуги, недостающие медикаменты (см. главу 5).

Внешние источники финансирования

Внешние источники финансирования широко используются в целях поддержки проводимых реформ и укрепления существующей инфраструктуры здравоохранения (см. главу 6). Эти средства могут поступать в различном виде, в том числе в виде кредитов, гуманитарной помощи, прямых иностранных инвестиций и грантов международной технической помощи. Международные организации проводят в Узбекистане целый ряд программ технической помощи. Одним из недавних примеров крупной внешней программы содействия являются программы по оснащению областных многопрофильных центров, финансируемые Германским банком реконструкции и развития (KfW). Другими крупными организациями, которые ведут различные проекты в секторе

здравоохранения, являются двухсторонние фонды развития США, стран-участниц ЕС, Кувейта, Кореи и Японии. Среди кредитов от международных организаций – кредиты Всемирного банка и Азиатского банка развития на развитие секторов ПМСП и охраны здоровья матери и ребенка, кредит Исламского банка развития на онкологические услуги (см. главу 6). Программы международных агентств развития разрабатываются в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения, что обеспечивает их соответствие целям и задачам государственных реформ.

3.3.3 Объединение финансовых ресурсов

В Узбекистане органом, занимающимся объединением и распределением государственных средств на нужды здравоохранения, является правительство. В отношении финансирования здравоохранения, между деятельностью центрального (республиканского) правительства и местных органов власти (вилоятов, туманов или городов) можно провести четкую грань. Центральное правительство отвечает за финансирование специализированных медицинских центров, научно-исследовательских институтов, центров экстренной помощи и больниц общенационального (республиканского) уровня. В ведении местных органов власти находится финансирование остальных больниц, подразделений ПМСП, санитарно-эпидемиологических станций и служб скорой помощи (см. табл. 3.3).

Таблица 3.3

Финансирование здравоохранения: разделение по уровням органов управления

Республиканские органы управления	Местные органы управления (вилоят, туман или город)
Все медицинские образовательные учреждения	Профессиональные медицинские колледжи
Институты повышения квалификации медицинских работников	Больницы
Республиканские специализированные и исследовательские центры (например, кардиологии, урологии или хирургии)	Подразделения первичной медицинско-санитарной помощи
Больницы республиканского уровня	Фельдшерско-акушерские пункты
Республиканский центр оказания экстренной помощи	Служба скорой помощи
	Санитарно-эпидемиологическая система
	Центры переливания крови
	Центры экстренной помощи на уровне вилоятов и районные отделения экстренной помощи при центральных районных больницах на уровне туманов

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

Местные органы власти на уровне вилоятов отвечают за финансирование медицинских учреждений, оказывающих населению помощь по программе государственных гарантий в соответствующем вилояте (включая специализированные областные амбулаторные и стационарные клиники и подразделения ПМСП). Задачей местных органов власти на уровне туманов или городов является финансирование программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи населению на подведомственных им территориях (включая амбулаторное обслуживание и специализированное стационарное обслуживание в районных и городских больницах).

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

Бюджеты здравоохранения вилоятов составляются на основании предложений соответствующих территориальных образований и поставщиков медицинских услуг, которые непосредственно подотчетны и финансируются органами власти вилоятов. После того как органы власти вилоятов утвердят предложенные бюджеты здравоохранения, эти бюджеты передаются и объединяются на уровне Министерства здравоохранения. Затем совокупные расходы вилоятов на нужды здравоохранения объединяются с предложениями по бюджету, представленными поставщиками медицинских услуг, которые непосредственно подотчетны и финансируются через Министерство здравоохранения. Этот объединенный бюджет должен быть представлен на утверждение республиканскому правительству (Кабинету министров и Администрации Президента); после такого утверждения он становится национальным бюджетом здравоохранения. Новый Бюджетный кодекс Узбекистана, законодательно введенный в силу в 2013 г., предусматривает структуру формирования, расходования и мониторинга средств государственного бюджета.

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

В советской модели государственные бюджетные ассигнования государственным организациям выделялись в соответствии с жесткими детализированными постатейными бюджетами, при этом перераспределение средств между различными статьями бюджета было практически невозможным. В 1999 г. вышло постановление правительства, в соответствии с которым в порядок финансирования бюджетных организаций были внесены существенные изменения (Кабинет министров, 1999b). Эти изменения были нацелены на совершенствование механизма эффективного и адресного использования бюджетных средств путем расширения самостоятельности бюджетных организаций в области управления и принятия решений. Новый механизм предусматривал финансирование бюджетных организаций методом финансирования одной строкой по четырем группам расходов. Первые две группы связаны с заработной платой и связанными с ней расходами. К третьей группе расходов относятся капитальные вложения в соответствии с адресными списками, предусмотренными Государственной инвестиционной программой. Последняя группа называется «Другие расходы» и включает широкий спектр возможных ассигнований. При этом распределение бюджетных средств, отнесенных к группе «Другие расходы», производится в соответствии с установленной системой приоритетов согласно нуждам организации – например, на питание, медикаменты и эксплуатационные расходы (включая газ и электричество). Кроме того, для приобретения за счет этих средств «предметов роскоши» – таких как автомобили или импортная офисная мебель – необходимо получить санкцию Министерства финансов (Кабинет министров, 1999b).

Этим постановлением правительства был также расширен спектр источников финансирования бюджетных организаций. Теперь бюджетным организациям разрешено производить и реализовывать товары, работы или услуги, предоставлять в аренду сторонним организациям временно не используемые помещения и другое организационное имущество и

получать и использовать средства спонсоров. При этом половина средств, полученных от предоставления в аренду сторонним организациям имущества, остается в распоряжении бюджетной организации, а другая половина должна быть зачислена в доходы местных бюджетов.

В целях упрощения мониторинга использования государственных средств бюджетные организации должны иметь два счета: на одном из них должны аккумулироваться только те средства, которые поступают из государственного бюджета, а на другом, который называется «фонд развития», – средства, поступающие из других источников. Фонды развития формируются за счет средств, поступающих от аренды, продажи товаров, работ и услуг, неиспользованных бюджетных средств, оставшихся с прошлого года, а также спонсорской помощи. До 25% средств фондов развития может использоваться на мероприятия по социальному развитию и материальному стимулированию работников. Все средства, поступающие по линии спонсорской помощи, должны использоваться на укрепление материально-технической базы организации, если такая помощь не предназначена спонсором на другие цели (Кабинет министров, 2007b). Однако, поставщики медицинских услуг государственного сектора, работающие на основе «самофинансирования», и не получающие бюджетные средства, имеют существенно меньше ограничений и надзора в части расходов.

3.3.4 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками

Во взаимоотношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в государственной системе здравоохранения используется интегрированная модель, при которой государство является главным поставщиком и покупателем услуг здравоохранения в государственном секторе, а формальное разделение между поставщиком и покупателем отсутствует. Хотя в последние годы в этот подход инкорпорируются различные схемы возмещения затрат, как например оказание услуг на платной основе, оказание медицинской помощи в частном секторе происходит преимущественно на базе оплаты за предоставленные услуги, которая производится за счет граждан.

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

национальной программы реформ здравоохранения была введена система подушевого финансирования. В соответствии с новыми механизмами финансирования, СВП должны бесплатно оказывать прикрепленному населению определенный набор медицинских услуг, финансируемый из средств государственного бюджета по нормативам из расчета на одного жителя. Такой тип организационных взаимоотношений не укладывается в полной мере ни в одну из общепринятых моделей финансирования. Несмотря на то, что СВП, включенные в проект реформ, должны оказывать определенные услуги населению за те средства, которые они получают из местных бюджетов по системе подушевого финансирования, каких бы то ни было договорных отношений здесь не существует; медицинские учреждения находятся в собственности государства, а все их сотрудники являются государственными служащими. Для регулирования поведения учреждений используются два механизма: финансовое стимулирование и протоколы. Финансовых стимулов, направленных на повышение эффективности и качества медицинской помощи, немного, наиболее распространенным механизмом регулирования по-прежнему остаются нормативные документы, разработанные вышестоящими инстанциями.

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

Однако в области финансирования и управления стационарными медицинскими учреждениями есть и некоторые новшества, например, инициативы, охватывающие поставщиков некоторых третичных и вторичных медицинских услуг (см. главу 5). Благодаря новым механизмам отношения между поставщиками и покупателями медицинских услуг изменились в сторону более широкого использования договорных отношений. Избранные учреждения перешли с государственного финансирования на «самофинансирование» с применением пациентских взносов; им предоставлена большая самостоятельность в области управления, планирования персонала, установления цен на услуги и порядка их оказания. Эти поставщики получают от Министерства здравоохранения средства в качестве возмещения своих затрат на обслуживание льготных категорий пациентов, имеющих право на

бесплатное лечение. Оплата за все остальные услуги должна поступать из других источников, прежде всего за счет личных средств граждан. Ассигнования Министерства здравоохранения состоят из ежегодных бюджетов, выделяемых каждому поставщику заранее. Затем поставщик должен предоставить соответствующие услуги имеющим на это право лицам, чтобы оправдать выделенные средства. Таким образом, эти средства, как правило, не используются с целью воздействия на организационное поведение, а используются на то, чтобы обеспечить охват для определенной группы пациентов, имеющих на это право.

Для некоторых поставщиков областного уровня, полностью работающих по схеме «самофинансирования», механизмы государственного возмещения отсутствуют. Для них основными инструментами, которые определяют организационное поведение, являются нормативно-правовая база и административные протоколы.

3.4 Неофициальные платежи

Имеющиеся данные указывают на то, что неофициальные платежи за медицинские услуги существовали и при советской власти. С распадом Советского Союза они распространились в регионе еще более широко (Belli, Gotsadze & Shahriari, 2004).

В Узбекистане неофициальными платежами за медицинские услуги можно считать те, которые никак не регистрируются. Основная форма неофициальных платежей – это врачи, работающие в государственных медицинских учреждениях и неофициально занимающиеся частной практикой с целью получения дополнительного заработка вдобавок к официальному доходу медицинского работника. Согласно опросу домохозяйств, проведенному в 2007 г., 42% населения отметили, что неофициально платят за услуги здравоохранения в той или иной форме. Сюда входят добровольные подарки (в натуральном или денежном выражении), либо платежи без квитанций (World Bank, 2009).

Неофициальные платежи ухудшают доступ к необходимым медицинским услугам, в особенности для малоимущих слоев населения. Поскольку такие платежи в большей степени распространены во вторичном и третичном секторах медицинской помощи, то малоимущим гражданам особенно трудно получить доступ к высококачественной медицинской помощи. Кроме того, для страдающих серьезными заболеваниями наличие неофициальных и официальных платежей может

привести к возникновению «ловушки бедности». В Узбекистане для людей с серьезными проблемами со здоровьем вероятность обнищания достаточно высока (World Bank, 2003).

Предполагалось, что введение официальных платежей за услуги, более гибкое использование средств и переход на самофинансирование будут способствовать легализации и сокращению доли неофициальных платежей. Министерство здравоохранения также предприняло попытку решить проблему неосведомленности населения о новой политике льгот, прав и обязанностей путем составления протокола, обязывающего все лечебно-профилактические учреждения информировать пациентов о программе государственных гарантий и о тарифах на платные услуги посредством размещения плакатов с соответствующей информацией. Насколько такая политика и механизмы сократили неофициальные платежи, сказать трудно. У пациентов есть стимулы получать неофициальные услуги, т.к. в целом, цена по прямой договоренности между пациентом и поставщиком может быть ниже, чем официальная цена (World Bank, 2003, 2009).

3.5 Добровольное медицинское страхование

На долю ДМС в Узбекистане приходится очень незначительная часть расходов на здравоохранение (таблица 3.2). В настоящее время такие виды страхования предлагает очень мало компаний, работающих в стране.

3.6 Прочие источники финансирования

Документальные сведения о точном объеме добровольных и благотворительных пожертвований отсутствуют. Средства международных благотворительных фондов передаются государственным медицинским учреждениям через Министерство здравоохранения.

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

норм, запрещающих лицам, пользующимся услугами параллельных систем здравоохранения, пользоваться также и учреждениями, входящими в систему Министерства здравоохранения. Существует ли в соответствующих ведомствах какой-либо внутренний регламент, запрещающий их сотрудникам пользоваться услугами учреждений, входящих в систему Министерства здравоохранения, неизвестно. В виду того, что в параллельных системах здравоохранения никаких официальных платежей с пациентов не взимается, а лекарственное обеспечение в них сравнительно лучше, то представляется маловероятным, чтобы лица, имеющие возможность пользоваться услугами параллельных систем здравоохранения, обращались в общедоступные медицинские учреждения государственного сектора.

3.7 Механизмы оплаты

3.7.1 Оплата за медицинские услуги

Способы возмещения затрат на медицинские услуги в государственном секторе можно классифицировать по видам лечения:

- проспективные глобальные бюджеты, которые составляются на основе подушевых нормативов за оказание ПМСП населению в сельской местности;
- проспективные глобальные бюджеты, которые составляются с учетом расходов прошлых лет и затрат на оказание ПМСП населению в городах, специализированной амбулаторной и стационарной помощи, а также на функционирование учреждений санитарно-эпидемиологического надзора.

Одним из главных шагов, которые были сделаны в рамках отхода от унаследованной советской схемы, является введение системы подушевого финансирования. На сегодняшний день на эту систему финансирования переведены все пункты первичной помощи в сельских районах на всей территории страны. Финансирование первичного звена в городских районах будет переведено на подушевую основу с 2015 г. Подушевое финансирование производится с учетом половозрастной структуры обслуживаемого населения. Важно отметить, что в соответствии с этим новым механизмом нормативы подушевого финансирования вычисляются на уровне вилоятов, что способствует более равномерному распределению рисков и выравниванию влияния на финансирование первичного звена

географических различий в доходах. В этом механизме финансирования различия между медицинскими услугами не учитываются; он включает все расходы, связанные с оказанием ПМСП населению. Получаемые по системе подушевого финансирования средства могут быть потрачены в соответствии с четырьмя статьями бюджета, установленными в государственных протоколах (см. выше). Подушевые нормативы устанавливаются органами власти вилоятов ежегодно и зависят от размера бюджета здравоохранения соответствующего вилоята. Каких-либо протоколов, регламентирующих долю средств, выделяемых из общего бюджета здравоохранения на первичное звено, не существует.

В основе второго механизма финансирования лежат расходы прошлых лет и объем затрат на оказание медицинской помощи. При расчете бюджетных затрат учитываются такие факторы, как число коек в стационарах и число амбулаторных посещений (в специализированных амбулаторных учреждениях). Бюджет медицинского учреждения составляется с учетом ряда нормативов по соотношению численности персонала к тому или иному параметру. В системе санитарно-эпидемиологического надзора затраты определяются на основании численности и состава персонала. Остальные статьи бюджета составляются преимущественно на основании данных прошлых лет (например, на основании размера эксплуатационных расходов).

Системы финансирования, введенные в избранных учреждениях, поставляющих третичные и специализированные услуги здравоохранения, аналогичны системе возмещения затрат «в полном объеме». Государство ежегодно выделяет средства каждому из этих поставщиков. От поставщиков ожидается, что впоследствии они обоснуют ассигнования данных средств посредством предоставления бесплатных услуг лицам, имеющим на это право.

3.7.2 Оплата труда медицинских работников

В государственном секторе медицинские работники получают зарплату в строгом соответствии с государственными нормативами, которые в последний раз обновлялись в 2005 г. В этих инструкциях размеры оплаты труда дифференцированы в зависимости от занимаемой должности (например, главный врач, врач, медсестра или неквалифицированный персонал) и квалификации работника (Кабинет Министров, 2005b; Президент Республики Узбекистан, 2005).

Нагрузка работников каждой из должностей регулируется количественно: например, указывается число консультаций или число обслуживаемых

коек в стационаре. Однако, четких регламентов в отношении необходимости и возможных способов поощрения большего числа консультаций или лучшего качества нет. Существующие механизмы оплаты труда не способствуют улучшению производительности, качества и эффективности медицинской помощи. В результате основным методом управления по-прежнему остается механизм сдерживания – иными словами, обеспечение соблюдения административных протоколов.

Минимальный размер оплаты труда для каждой из должностей определяется государственными нормативами. Зарплаты, как правило, выплачиваются из средств государственного бюджета, за исключением учреждений, работающих по принципу «самофинансирования». Увеличить зарплату медицинских работников можно, но не за счет бюджетных средств, а путем привлечения внешних средств лечебно-профилактических учреждений. В последние годы инициативы правительства были направлены на предоставление лечебно-профилактическим учреждениям возможности использования финансового стимулирования в качестве инструмента управления. Одной из основных инициатив в этой области было постановление, в соответствии с которым бюджетные организации получили возможность открывать отдельные счета для внебюджетного финансирования. До четверти средств на этих счетах могут быть использованы для выплаты надбавок к зарплатам (Кабинет министров, 1999b). Организации по собственному усмотрению определяют, кто из работников и в каком размере будет получать надбавки. Однако следует отметить, что, несмотря на увеличение доли негосударственного финансирования в последние годы, в государственном секторе она составляет лишь малую часть.

В Постановлении Президента 2005 г. (Президент Республики Узбекистан, 2005), роли финансового стимулирования отведено особое место, а также вводятся механизмы поощрения в системе здравоохранения, которые:

- учитывают личные вклады медицинских работников, а также качество и степень сложности выполняемой работы;
- способствуют созданию условий в целях закрепления медицинских работников в сельской местности, а также в специализированных лечебных учреждениях;
- обеспечивают расширение прав и повышение ответственности руководителей медицинских учреждений по объективной оценке и адекватному поощрению труда работников.

В соответствии с указанными задачами, данное постановление ввело:

- с января 2006 г. усовершенствованную систему оплаты труда медицинских работников по группам учреждений, должностям, квалификационным категориям и поправочным коэффициентам, основанную на существующей 11-разрядной тарифной сетке, применяемой в сфере здравоохранения;
- повышение в 25% врачам в сельских пунктах первичной медицинской помощи (Кабинет Министров, 2014);
- повышение в 25% врачам, применяющим новые медицинские технологии в своих клинических практиках;
- повышения в зависимости от длительности непрерывного стажа;
- изменения во внебюджетных счетах поставщиков услуг здравоохранения с введением «счетов материального стимулирования и развития».

В соответствии с данной схемой до 5% от общего объема бюджетных средств, выделяемых для медицинского учреждения, направляется на «счета материального стимулирования и развития», наряду с дополнительными средствами, поступающими от спонсоров, сэкономленными бюджетными средствами и платежами, получаемыми за платные услуги. Средства с этих счетов могут использоваться для материального поощрения медицинских работников или на развитие материально-технической базы, модернизацию или ремонт учреждения. Процентные соотношения между этими двумя бюджетными строками определяются Министерством здравоохранения, Министерством финансов и Министерством труда и социальной защиты населения для каждой из групп медицинских организаций.

Последние государственные инициативы по переходу государственных учреждений на схемы «самофинансирования» частично нацелены на повышение гибкости в оплате труда медицинских работников и предоставляют медицинским учреждениям возможность использовать финансовые стимулы в качестве средства управления. Одним примером является управленческий и финансовый пилот, реализованный в некоторых учреждениях третичного звена (см. главу 6). В этом пилотном проекте соответствующим учреждениям была предоставлена свобода по установлению рамок для оплаты сотрудников и фокусирование стимулов за эффективность, качество и продуктивность (Министерство здравоохранения, 2013с). Однако поставщики ограничены в своих

действиях, т.к. они по-прежнему связаны протоколами Министерства финансов и Министерства здравоохранения, которые изначально были разработаны для учреждений с бюджетным финансированием. Оклады все также должны соответствовать тарифной сетке, установленной Министерством финансов. Эти шкалы окладов, в свою очередь, используются для расчета цен на услуги. Учитывая ограничения на наценки за услуги, пилотные объекты весьма ограничены в том, сколько финансирования они могут генерировать и насколько хорошо они могут вознаграждать своих сотрудников. До тех пор, пока централизованно установленные зарплаты сравнительно низкие, создаются стимулы для неформальных платежей или ненадлежащего обслуживания, а поставщики услуг здравоохранения сталкиваются с проблемой удержания высококвалифицированных сотрудников. Аналогичная ситуация наблюдается в некоторых учреждениях вторичной медицинской помощи, которые были включены в схемы «самофинансирования».

По состоянию на август 2014 года, ставки окладов медицинских работников в государственном секторе были относительно низкими. В среднем, основная ежемесячная заработная плата врачей в бюджетном государственном секторе в 2014 году колебалась от 300 до 600 долларов США, а зарплаты медсестер были еще ниже. По некоторым сведениям, заработная плата в финансируемых государством медицинских учреждениях считается недостаточной для покрытия стоимости жизни (World Bank, 2009). Некоторые поставщики медицинских услуг в государственном секторе, в основном, те, которые работают на схемах самофинансирования, платят своим медицинским работникам зарплату, которая несколько выше ставок бюджетных учреждений, тем самым привлекая и сохраняя более квалифицированных сотрудников. Тем не менее, такие поставщики медицинских услуг составляют лишь небольшую долю среди учреждений государственного сектора. Финансовые стимулы являются особенно недостаточными для медицинских работников, работающих в первичном звене (World Bank, 2009).

4. Материальные и трудовые ресурсы

В годы независимости наблюдается значительное сокращение в количестве коек в больницах краткосрочного пребывания; ожидается их дальнейшее сокращение. По числу коек в больницах краткосрочного пребывания на душу населения страна имеет показатели ниже среднего показателя для Центральноазиатских стран и СНГ. Наблюдается также спад в числе врачей на душу населения, в то время как число медсестер на душу населения держится, в основном, на одинаковом уровне на протяжении двух последних десятилетий.

В настоящее время в стране действует одна медицинская академия, четыре медицинских вуза и три областных филиала. Все они являются государственными учебными заведениями. В медицинских вузах существует четыре основных факультета, на которых готовят врачей: лечебный (общая медицина), лечебный с фокусом на преподавание (педагогика общей медицины), общий педиатрический и санитарно-эпидемиологический. Имеется 72 профессиональных колледжа, обеспечивающих базовую подготовку по медсестринскому делу. Медицинское образование было реструктурировано – срок медицинской бакалавриатуры увеличен с шести до семи лет, а ранняя специализация заменена большей ориентацией на общее направление. Выпускники вузов теперь получают квалификацию врачей общей практики. Период обучения по медсестринскому делу продлен до двух лет для обучающихся с законченным средним образованием и до трех лет для обучающихся с незаконченным средним образованием.

4.1 Материальные ресурсы

4.1.1 Инфраструктура

В Узбекистане планирование инфраструктуры государственной системы здравоохранения в основном является прерогативой центрального

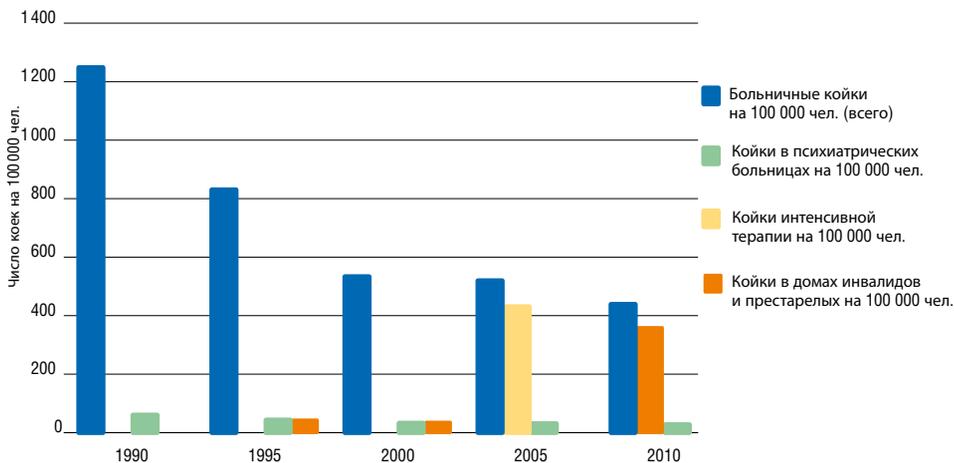
правительства. Крупные инвестиции в систему здравоохранения планируются и производятся центральным правительством, а капитальные вложения более мелкого масштаба поступают от местных органов власти. Центральное правительство регулярно производит оценки существующей инфраструктуры и ведет учет материально-технических ресурсов государственных учреждений здравоохранения. Исходя из государственных приоритетов и в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения, производится планирование ежегодных капитальных вложений и их включение в государственный бюджет. Основная масса инвестиций выделяется в рамках годовых программ и национальных приоритетов. Небольшие капитальные вложения в зависимости от имеющихся ресурсов осуществляются также на уровнях вилоятов или туманов, а также на уровне отдельных учреждений здравоохранения. Примерами крупных инфраструктурных инвестиций являются инвестиции в учреждения первичной медицинской помощи и центральные районные больницы посредством проектов, финансируемых кредитом Всемирного банка; инвестиции в педиатрические больницы посредством грантов и займов по программе АБР «Здоровье матери и ребенка», ЕС, ЮНИСЕФ, ВОЗ и KfW; а также инвестиции в санитарно-гигиенические лаборатории по проектам Центра по контролю за заболеваниями (CDC) и Агентства по сокращению военной угрозы (DTRA) США, а также Международного Агентства по сотрудничеству Республики Корея. Самые последние крупные государственные инвестиции в сектор здравоохранения (в сумме свыше 100 миллионов долларов США) планируются с целью оснащения специализированных центров третичного звена и сети экстренной помощи, онкологических и туберкулезных учреждений (Кабинет Министров, 2012), а также охраны психического здоровья. Государственное планирование также четко прослеживается в тенденциях, в последние годы присущих больничному сектору и коечному фонду в государственном секторе.

Правительство не контролирует капитальные и другие виды вложений в частном секторе. В частный сектор не поступают прямые субсидии правительства на осуществление капитальных вложений. Однако некоторые косвенные субсидии все же предусмотрены, например, таможенные льготы при приобретении медицинского оборудования (Президент Республики Узбекистан, 2007d).

Соотношение больничных коек на население (как для больничных коек в целом, так и для больничных коек неотложной помощи) существенно снизилось в течение последних двух десятилетий (рис. 4.1), аналогично изменениям в других странах региона (рис. 4.2). Тем не менее, эти статистические данные охватывают только число коек в

Рис. 4.1

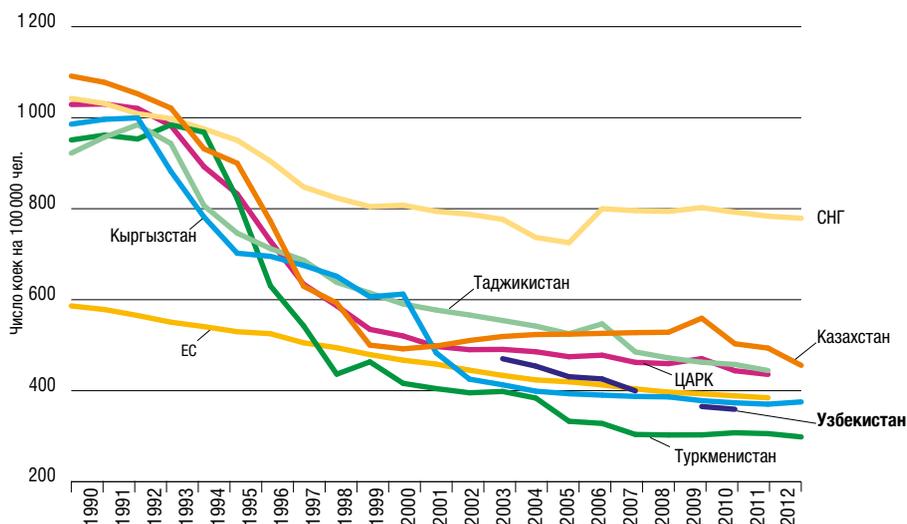
Виды коек в больницах интенсивной терапии, учреждениях долговременной медицинской помощи и психиатрических больницах Узбекистана, на 100 000 населения, 1990–2010 гг.



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Рис. 4.2

Число коек в больницах интенсивной терапии на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, 1990–2012 гг.



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

государственном секторе и не отражают данные частного сектора. Койки в государственном секторе можно разделить на те, которые финансируются из государственного бюджета и те, которые основаны на самофинансировании. В 2012–2015 гг. планируется дальнейшее сокращение количества бюджетных коек. Крупнейшие сокращения планируются на уровне туманов с ожидаемым сокращением примерно 19%. В целом, в период между 2012 и 2015 гг. планируется сократить около 14% финансируемых государством коек (17 949 из 127 119 коек) (Кабинет Министров, 2012а).

4.1.2 Медицинское оборудование

Какой-либо единой организационной схемы закупок и распределения медицинского оборудования, приборов и изделий медицинского назначения в стране не существует. Говоря в целом, на закупки медицинского оборудования, приборов и изделий медицинского назначения сейчас используются либо средства, полученные по международным кредитам, либо целевое государственное финансирование, либо частный капитал в частном секторе, либо в государственном секторе средства, полученные в результате предоставления платных медицинских услуг или по линии спонсорской помощи.

В государственном секторе значительная часть крупных закупок производится в рамках международных кредитов, когда процесс закупки осуществляется в соответствии с условиями кредитных соглашений. В большинстве случаев в роли покупателя выступает Министерство здравоохранения, и закупки производятся либо в рамках международного тендера, либо путем организации закупок из местных источников. Для реализации на рынке Узбекистана оборудование, приборы и приспособления должны быть одобрены Управлением контроля качества лекарственных средств и изделий медицинской техники при Министерстве здравоохранения (национальный регулирующий орган).

4.1.3 Информационные технологии

В республиках бывшего Советского Союза информационные технологии (ИТ) приходят в системы здравоохранения с большим опозданием. В узбекской системе здравоохранения основными препятствиями в применении таких технологий являются отсутствие доступа к оборудованию ИТ, высокие затраты, связанные с разработкой и применением программного обеспечения, нехватка

квалифицированных кадров и потенциала, а также недостаточное осознание всех потенциальных преимуществ внедрения ИТ.

В государственных медицинских учреждениях Узбекистана ИТ используются очень мало и, в основном, ограничиваются сбором и внесением информации в электронные базы данных. О применении ИТ в частном секторе данных не имеется. Использование пациентами Интернета в качестве основного инструмента для отбора поставщиков медицинских услуг или для доступа к информации в сфере здравоохранения пока только зарождается; в узбекской системе здравоохранения немного доступной медицинской информации и услуг с применением Интернета. Тем не менее, двуязычное население страны может пользоваться большим числом русскоязычных Интернет-сайтов.

Последние правительственные указы создают мощный импульс для более быстрого применения ИТ в государственных медицинских учреждениях (Министерство здравоохранения, 2012, Президент Республики Узбекистан, 2012а). Планируется создание комплексной национальной системы ИТ для сектора государственного здравоохранения, которая свяжет Министерство здравоохранения и органы здравоохранения вилоятов и туманов, а также поддержит отчетность и обмен информацией. Планируется создание электронных баз данных с целью координации служб экстренной и скорой медицинской помощи, а также мониторинга и контроля отдельных инфекционных заболеваний и переливаний крови. Ряд поставщиков медицинских услуг работает над созданием системы электронных медицинских записей на институциональном уровне. Финансируемый Всемирным банком проект по реформированию здравоохранения и несколько финансируемых донорами проектов нацелены на создание электронных программ эпидемиологического надзора за заболеваниями в стране.

В последние годы при поддержке международных организаций в стране вводится телемедицина. Организована система видеоконференц-связи между четырьмя учреждениями третичной медицины, позволяющая в сложных клинических ситуациях проводить видеоконсультации. Планируется связать все пункты экстренной помощи по стране, создав возможность для консультаций с национальным центром в режиме реального времени в случае возникновения сложных клинических ситуаций.

4.2 Трудовые ресурсы

4.2.1 Медицинские кадры: тенденции

Поскольку в первые годы независимости считалось, что в стране имеет место переизбыток врачебных кадров, то это привело к сокращению приема студентов в медицинские вузы. Число врачей на 100 000 населения сократилось с уровня 1990 г., сейчас этот показатель немного ниже среднего коэффициента для Центральноазиатских стран (рис. 4.3). В числе медсестер особых уменьшений не наблюдается, их число в соотношении к населению Узбекистана и коэффициенты превышают средний показатель для региона (рис. 4.4 и 4.6). Число стоматологов на 100 000 населения уменьшилось с уровня 1990 г. – сейчас этот показатель ниже всей Центральной Азии (рис. 4.5). Доля врачей, работающих в больницах, сократилась с 63,8% в 1991 г. до 39,7% в 2000 г., а затем выросла до 45,3% в 2009 г. (WHO Regional Office for Europe, 2014a). Тем не менее, наблюдается неравномерность распределения медицинских работников – в городах концентрация медицинских работников высока, а в сельской местности наблюдается дефицит кадров.

Рис. 4.3

Число врачей на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные

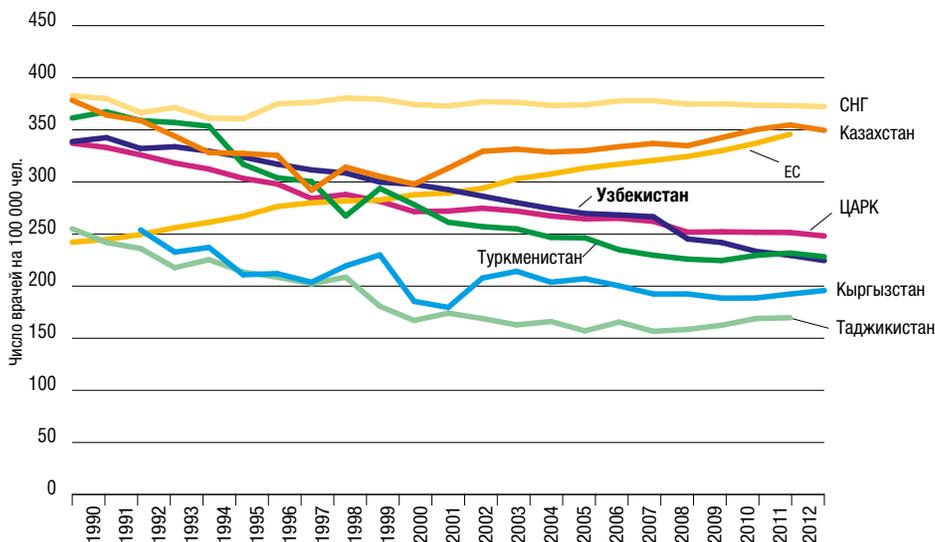
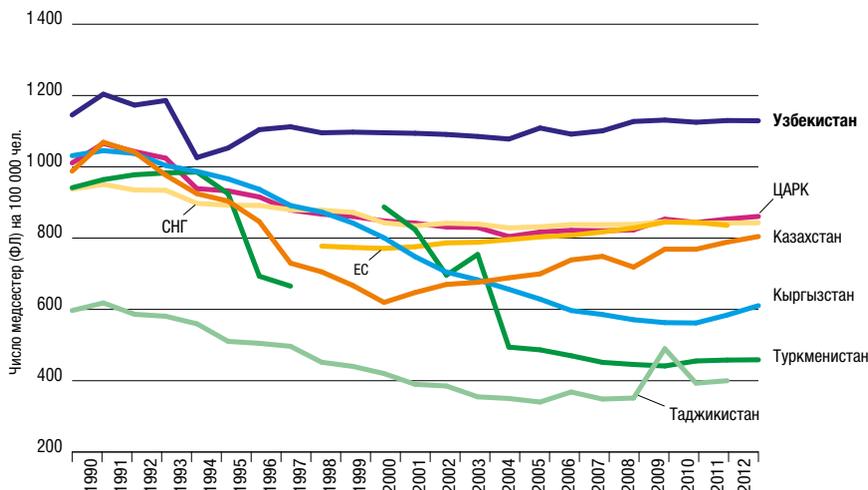


Рис. 4.4

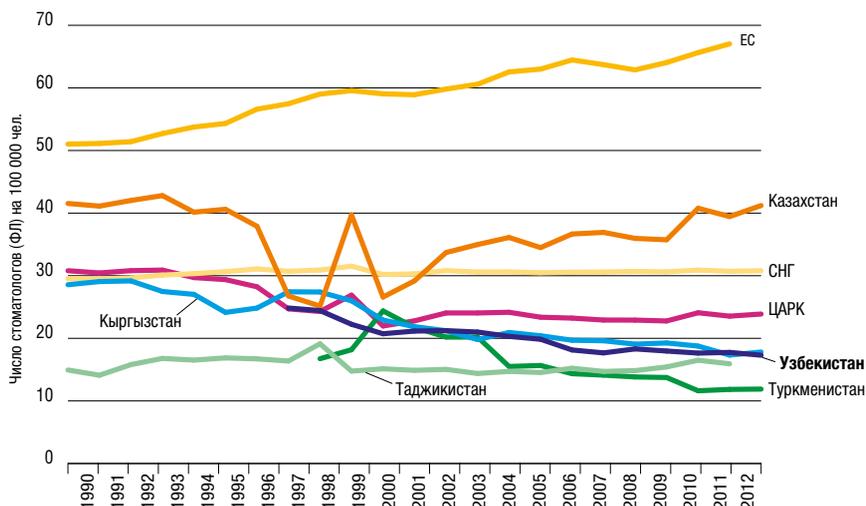
Число медсестер на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Рис. 4.5

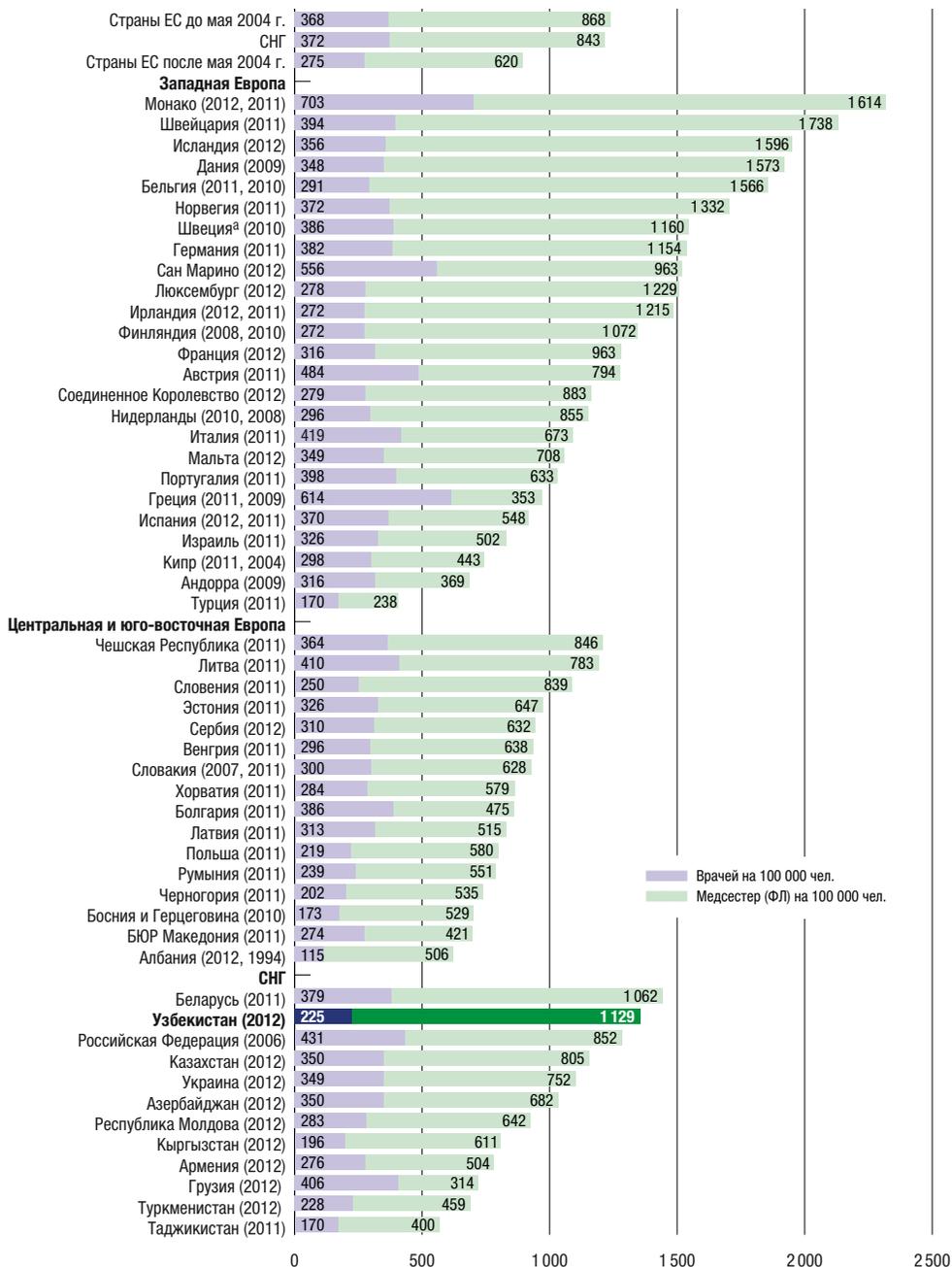
Число стоматологов на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Рис. 4.6

Число врачей и медсестер на 100 000 населения в странах Европейского региона ВОЗ, с 2012 г. по последний год, на который имеются данные



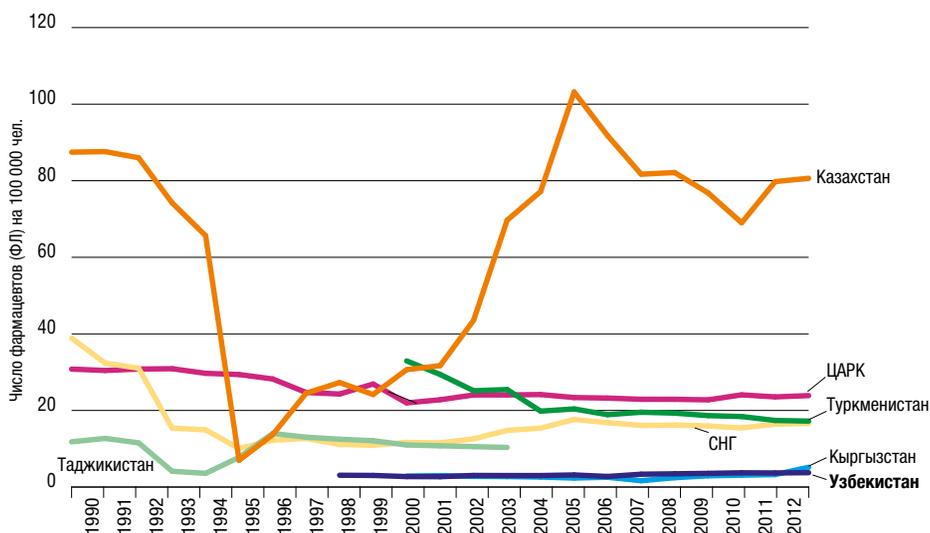
Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Примечания: ^а Eurostat database. СНГ: Содружество независимых государств; БЮР Македония: бывшая Югославская республика Македонии.

Число фармацевтов на 100 000 населения является довольно низким со второй половины 1990-х гг. (рис. 4.7) и идет вразрез увеличивающемуся числу выпускников. Это несоответствие может быть связано с не включением фармацевтов частного сектора (в котором на сегодняшний день функционирует большая часть аптек) в государственные статистические данные.

Рис. 4.7

Число фармацевтов на 100 000 населения в Узбекистане и ряде стран, с 1990 г. по последний год, на который имеются данные



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

4.2.2 Профессиональная мобильность работников здравоохранения

Объективных данных о перемещении работников здравоохранения за рубеж нет. Тем не менее, согласно некоторым сведениям, большое количество врачей эмигрировало, в основном, в Россию и Казахстан, чаще всего из-за лучшего экономического положения врачей в этих странах, отсутствия языковых барьеров и относительно легкого процесса заверения узбекских медицинских дипломов. Значительно реже врачи (в частности, молодые выпускники) также мигрируют в западные страны, такие как Великобритания, США и Канада, а также в страны Персидского залива.

4.2.3 Подготовка медицинских работников

Основные группы медицинских работников в Узбекистане это врачи, медсестры, стоматологи и фармацевты. Профессиональные работники службы общественного здравоохранения и менеджеры в системе здравоохранения рассматриваются как одна специализация в рамках группы врачей. Все учебные заведения, участвующие в подготовке специалистов в области здравоохранения в Узбекистане являются государственными. В настоящее время в стране действует одна медицинская академия, четыре медицинских вуза и три областных филиала. Все они находятся в государственной собственности. Каждая из четырех основных профессиональных групп следует своему пути подготовки. Подготовка врачей и стоматологов осуществляется в медицинских вузах, в то время как базовая подготовка медсестер обеспечивается в медицинских колледжах. В медицинских вузах существует четыре основных факультета, на которых готовят лечащих врачей: лечебный (общая медицина), лечебный с фокусом на преподавание (педагогика общей медицины), общий педиатрический и санитарно-эпидемиологический. Только одно медицинское учреждение, Ташкентская государственная медицинская академия (и ее Ферганский филиал), обеспечивает санитарно-эпидемиологическое образование в Узбекистане. Ташкентский фармацевтический институт является единственным образовательным учреждением, предоставляющим высшее образование в сфере фармацевтики. Вместе с тем, во многих профессиональных колледжах предлагаются фармацевтические курсы, по окончании которых присваивается квалификация, эквивалентная аптечным ассистентам. Имеется 72 профессиональных колледжа, дающих базовую подготовку по медсестринскому делу. Высшее сестринское образование было введено в узбекское медицинское образование в 2000/2001 учебном году и обеспечивается медицинскими вузами. Система последипломного медицинского образования включает в себя Ташкентский институт усовершенствования врачей, факультеты последипломного медицинского образования для врачей в Андижанском медицинском институте и Самаркандском медицинском институте, Республиканский центр повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников с 12 областными филиалами.

Врачи

После обретения независимости в систему и содержание медицинского образования Узбекистана были внесены некоторые изменения. Продолжительность додипломной подготовки студентов-медиков была

увеличена с шести до семи лет. На смену выбору специализации на начальном этапе обучения пришла система подготовки врачей более широкого профиля. Сейчас выпускники получают квалификацию врача общей практики, в отличие от советской системы высшего медицинского образования, в рамках которой медиков готовили по трем основным специализациям (медицина внутренних болезней, хирургия или акушерство и гинекология). Содержание образовательного материала постепенно меняется от обучения, ориентированного на конкретное заболевание, к обучению, основанному на симптомах или синдромах. Еще одним приоритетом медицинского образования было определено развитие клинических навыков, и во всех медицинских вузах страны введены новые системы их оценки.

На этапе последипломной подготовки Советская клиническая ординатура (программы стажировки по узкой специальности) была заменена магистратурой, обучение в которой имеет иную продолжительность и проводится по иной схеме. Однако структура клинической ординатуры по-прежнему функционирует. Например, на 2013/2014 учебный год было выделено почти 1500 стажировочных мест (Министерство здравоохранения, 2013b).

В магистратуре основное внимание уделяется сочетанию наставничества с дидактической формой организации обучения по единой программе. Продолжительность обучения в магистратуре длится от двух до трех лет в зависимости от специализации; для большинства клинических специальностей срок обучения составляет три года. Окончившие магистратуру могут работать как в стационарах, так и в амбулаторном звене, и принимают участие в образовательном процессе. Что же касается клинической ординатуры, то это – двухгодичная программа с гораздо более гибкой структурой. К ней предъявляются менее строгие требования, чем к магистратуре.

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

В основе системы обязательного непрерывного медицинского образования лежит требование о наборе как минимум 288 кредитных часов раз в пять лет, из которых 144 часа набираются за счет посещения

краткосрочных курсов повышения квалификации (Министерство здравоохранения, 2005; Кабинет Министров, 2009с). Задача по разработке и проведению курсов по повышению квалификации входит в обязанности Ташкентского института усовершенствования врачей. Отделения повышения квалификации медицинских работников есть также в нескольких областных медицинских вузах страны, которые служат хабами для близлежащих областей.

Для тех, кто планирует получить категорию (квалификацию), которая используется для определения повышения заработной платы в государственных учреждениях, в Центр лицензирования и аттестации врачей и фармацевтов вместе с оплатой необходимо представить пакет документов, включая доказательства набранных кредитных часов.

Медсестры, акушерки и специальности медицинских сестер

В рамках реформы медицинского образования все медицинские училища страны по подготовке медсестер были перепрофилированы в профессиональные колледжи подготовки медицинских работников. В настоящее время в этих колледжах осуществляется среднее специальное образование по пяти специальностям: медицинская сестра общего профиля, лечение и профилактическая медицина (ассистенты эпидемиологов), фармацевтика, ортопедическая стоматология и лабораторная диагностика. Продолжительность обучения была увеличена до двух лет для студентов, имеющих полное среднее образование, и до трех лет для студентов, имеющих аттестат о неполном среднем образовании.

В медицинских вузах были созданы новые факультеты, на которых медсестры могут получить высшее сестринское образование. Необходимым условием зачисления является наличие диплома профессионального колледжа. В последний год обучения по программе подготовки медсестер с высшим образованием все студенты могут выбрать одну из четырех специальностей: терапия, хирургия, акушерство (акушерство и гинекология) и администрирование. Окончившие курс обучения по программе «Медсестра с высшим образованием» могут продолжить подготовку и получить степень магистра по некоторым дисциплинам. В настоящее время в медицинских вузах можно получить степень магистра сестринского дела.

Схема непрерывного медицинского образования для медсестер такая же, как и для врачей. Главным учреждением, отвечающим за непрерывное медицинское образование медсестер, является Республиканский центр повышения квалификации и специализации средних медицинских и фармацевтических работников с 13 филиалами (по одному на каждое

территориальное образование). Действует обязательное требование о прохождении курсов повышения квалификации минимальным сроком в 144 часа не реже одного раза в пять лет. Такие курсы имеются в 13 специализированных областных центрах повышения квалификации медицинских работников среднего звена.

Стоматологи

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

Фармацевты

Подготовка по специальности «биотехнология и промышленная фармация» производится по четырехлетней программе додипломного обучения. По специальности «фармация» есть две различные программы: первая дает подготовку только в области фармации, а вторая предусматривает также курс педагогической подготовки, позволяющей выпускникам заниматься преподавательской деятельностью. Последипломное фармацевтическое образование состоит из двухгодичной магистратуры по одной из двух специальностей: «технология иммунобиологических и микробиологических препаратов» или «биотехнология лекарственных растений».

Общественное здравоохранение

Профессия общественного здравоохранения в западном смысле не существовала в Узбекистане до 2000 года, когда бывший Второй Ташкентский государственный медицинский институт инициировал введение единой программы общественного здравоохранения в соответствии с международными стандартами. В последующие годы факультеты общественного здравоохранения были запущены во всех медицинских вузах, а курсы по различным аспектам общественного здравоохранения (клинической эпидемиологии, управления здравоохранением и маркетинга) были включены в медицинский учебный план додипломного образования. Ряд медицинских вузов запустили программы, по окончании которых выдается степень магистра в области общественного здравоохранения.

4.2.4 Относительная значимость различных медицинских специальностей

Как и во многих других странах, в Узбекистане некоторые врачи-специалисты получают более высокую оплату за свой труд, чем врачи общего профиля и отдельных специальностей (например, хирурги и акушеры-гинекологи получают больше, чем врачи общей практики или специалисты по внутренним болезням). Расширение частного сектора сыграло определенную роль в изменении относительной значимости специальностей за последние годы. Рентгенология, например, была недооценена в советское время и в первые годы независимости с явным дефицитом специалистов и претендентов на стажировочные места. За последние несколько лет в частном секторе наблюдается значительный прирост в количестве аппаратов магнитно-резонансной томографии (МРТ), УЗИ и компьютерной томографии (КТ). В сочетании с более высокими заработными платами в частном секторе это привело к увеличению спроса и конкуренции на стажировку в области рентгенологии.

Практикующие врачи с ученой степенью и участвующие в академическом обучении принимаются общественностью в качестве поставщиков медицинской помощи более высокой квалификации. Был разработан ряд мер и (денежных и неденежных) стимулов, чтобы изменить имидж «недооцененных» специальностей, хотя не все из них были успешными. Заработная плата медицинских работников на первичном уровне здравоохранения и тех, которые участвуют в лечении туберкулеза, в 2011 году увеличилась на 50% (Кабинет Министров, 2011). Заработные платы работников здравоохранения в государственных учреждениях экстренной медицинской помощи были установлены на значительно более высоком уровне, чем зарплаты работников здравоохранения в других финансируемых государством медицинских учреждениях.

5. Предоставление медицинских услуг

В государственном секторе служба санэпиднадзора сохранила свой традиционный фокус на обеспечении гигиены окружающей среды, безопасности пищевых продуктов и контроле инфекционных заболеваний. Вместе с тем, появились и новые игроки, в том числе центры по борьбе с ВИЧ/СПИДом, Институт здоровья и медицинской статистики, подразделения первичной медицинской помощи и НПО.

Услуги первичной медицины предоставляются государственными учреждениями первичной медицинской помощи и амбулаторными клиниками государственных учреждений вторичного и третичного звена медицинской помощи, а также частными амбулаторными клиниками. В сельской местности первым пунктом обращения пациента за медицинской помощью является сельский врачебный пункт, а вторичное амбулаторное лечение осуществляется амбулаторными клиниками центральных районных больниц. Установлены четыре типа сельских врачебных пунктов, каждый с определенным количеством и составом штатных сотрудников, помещением и оборудованием. Во всех типах имеются врачи общей практики, координирующие командную работу в своей практике.

В городской местности первичные медицинские услуги, а также некоторые вторичные медицинские услуги, оказываются в поликлиниках с охватом от 10 000 до 80 000 населения. Все типы поликлиник (ранее отдельные для взрослых и детей, для всех слоев населения и поликлиники, специализирующиеся на женском здоровье) в настоящее время трансформируются в семейные поликлиники, оказывающие услуги первичного звена медицинской помощи для всех групп (городского) населения. Ожидается, что специалисты в городских семейных поликлиниках постепенно будут заменены врачами общей практики.

В сельской местности первым пунктом обращения пациента за государственной медицинской помощью вторичного звена являются районные больницы или районные медицинские объединения (ранее известные как центральные районные больницы) с многопрофильными амбулаторными подразделениями. В городской местности больницы вилоятов и городские многопрофильные больницы оказывают населению стационарную помощь. На уровне вилоятов многие категории заболеваний и группы населения получают лечение в отдельных самостоятельных больницах. Сюда входят детские больницы, больницы для туберкулезных больных, больницы, где лечатся заболевания, передающиеся половым путем, а также дерматологические заболевания, психиатрические больницы, кардиологические клиники и больницы экстренной помощи. Услуги третичного здравоохранения обычно оказываются в крупных больницах и научно-исследовательских институтах и центрах общенационального уровня. Неотложная медицинская помощь претерпела значительные реформы – была организована сеть отделений экстренной помощи по всей стране на основе существующих на уровне туманов, вилоятов и на общенациональном уровне стационаров. Реформа в здравоохранении внедрила концепцию официально бесплатной и доступной для всех экстренной медицинской помощи, что, видимо, привело к чрезмерной нагрузке на сферу неотложной медицинской помощи. Последнее также связано с бытующим мнением, что система экстренной помощи обеспечена лучшим оборудованием, медицинскими аппаратами и приборами, а также медикаментами по сравнению с другими государственными медицинскими учреждениями.

В части медикаментозной помощи государственные аптеки практически полностью приватизированы. В стране принята долгосрочная стратегия по увеличению местного производства лекарств во избежание зависимости от дорогостоящего импорта. Значительная часть расходов на лекарства оплачивается из частных источников.

5.1 Общественное здравоохранение

За реализацию функций общественного здравоохранения отвечают различные ведомства, в том числе государственная служба санэпиднадзора, центры по борьбе с ВИЧ/СПИД, Институт здоровья и медицинской статистики, подразделения первичной медико-санитарной помощи и НПО.

На общенациональном уровне центральным органом, отвечающим за осуществление общего контроля санитарного состояния и инфекционных заболеваний в Узбекистане, является Главное управление санитарно-эпидемиологического надзора при Министерстве здравоохранения. Оно осуществляет надзор за деятельностью всех санитарно-эпидемиологических учреждений в стране. Республиканский центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора отвечает за обеспечение гигиены окружающей среды, безопасность пищевых продуктов и контроль инфекционных заболеваний. Центр имеет два основных подразделения, что отражает дихотомический характер всей системы санитарно-эпидемиологического надзора в стране: сектор санитарии и сектор эпидемиологии. В задачи сектора санитарии входит контроль санитарно-гигиенических проблем, связанных с общими производственными рисками: гигиена, радиационный контроль, безопасность пищевых продуктов и сопутствующая деятельность. Сектор эпидемиологии занимается вопросами профилактики и борьбы с инфекционными болезнями. В нем есть отделы вирусологии, паразитологии, туберкулеза и венерических болезней, и «особо опасных инфекций». Медицинские услуги, связанные с туберкулезом, онкологией, психическим здоровьем, наркозависимостью, эндокринологией и профессиональными заболеваниями, классифицируемыми как «социально значимые и опасные» заболевания, оказываются государственными медицинскими учреждениями и полностью финансируются из государственных источников.

Система санэпиднадзора имеет вертикальную иерархическую структуру, включающую службы на общенациональном уровне, на уровне вилоятов и туманов. Помимо центров санэпиднадзора различных уровней в системе санэпиднадзора есть также ряд научно-исследовательских институтов и центров. Центр по контролю особо опасных заболеваний является структурой, отдельной от Республиканского центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора, и подотчетен непосредственно Управлению санитарно-эпидемиологической инспекции при Министерстве здравоохранения. Примерами научно-исследовательских институтов являются Научно-исследовательский институт вирусологии и Научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний.

Подразделения, работающие на основе смешанного финансирования, были созданы в целях организации платных услуг населению, выходящих за рамки основных функций системы санэпиднадзора. Например,

домохозяйства или прочие юридические лица могут пользоваться услугами дезинфекции, предоставляемыми дезинфекционными станциями на платной основе. У таких организаций, как «Узбекистан Темир Йуллари», «Узбекистан Хаво Йуллари» и Служба национальной безопасности, есть собственные, полуавтономные центры санэпиднадзора, не входящие в основную систему.

В 1998 г. в Узбекистане была организована вертикальная инфраструктура системы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа, выведенная из общей системы санэпиднадзора. Республиканский центр по борьбе со СПИДом, имеющий филиалы в каждом из вилоятов, находится в Ташкенте. Центр располагает иммуно-диагностической лабораторией и стационаром для лечения больных. Центр выполняет три основные функции: профилактика ВИЧ-инфекции и СПИДа; анализ эпидемиологической ситуации в Узбекистане по ВИЧ/СПИДУ; лечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Центры в вилоятах занимаются, в основном, надзором и диагностикой ВИЧ/СПИДа и санитарным просвещением среди местного населения и постепенно начинают вовлекаться в клиническое ведение больных.

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

Профилактика считается важнейшей частью процесса оказания медицинской помощи. В основных правительственных документах, касающихся реформирования сектора здравоохранения, профилактическим мерам отдан особый приоритет (Республика Узбекистан, 1996; Президент Республики Узбекистан, 1998). Иммунизация и вакцинация населения проводятся силами государственных учреждений ПМСП, а координацией и контролем в этой области занимаются районные органы управления здравоохранением и службы санэпиднадзора туманов. Министерством здравоохранения разработан соответствующий протокол об обязательной иммунизации и вакцинации, соблюдение которого строго контролируется. В последние годы в частном секторе появляются

новые службы, которые нацелены на удовлетворение растущего спроса на услуги вакцинации и иммунизации, не обеспечиваемые государственным сектором, например, прививки против гепатитов А и В и гриппа.

Существует ряд мероприятий, направленных на улучшение питания, в том числе программы железо-фолиевых добавок (для беременных женщин, детей в возрасте 1–2 года и девочек в возрасте 12–14 лет), обогащения муки, добавки витамина А для детей в возрасте 6–59 месяцев и всеобщего йодирования соли.

В 2001 г. был создан Институт Здоровья, который должен был стать главным органом, занимающимся вопросами укрепления здоровья и санитарного просвещения населения в масштабах всей страны. Институт имеет 14 филиалов в вилоятах и 159 в туманах и 15 городских центров. В Институте Здоровья четыре отдела: отдел по связям со СМИ, редакторский отдел, отдел пропаганды и обучения здоровому образу жизни и отдел медицинской статистики.

Многие международные агентства, такие как ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Мировой банк, также вовлечены в мероприятия по укреплению здоровья. В центре таких мероприятий по укреплению здоровья находятся области репродуктивного здоровья, ВИЧ/СПИД и питания.

Профилактика неинфекционных заболеваний является одной из обязанностей Лечебного управления при Министерстве здравоохранения. Были запущены некоторые программы, такие как комплексный межсекторальный национальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний и внедрение в медицинское образование врачей общей практики модулей по предупреждению насилия и травматизма и по психическому здоровью.

Услуги в области профессиональной гигиены предоставляет ряд специализированных учреждений, имеющих стационарные, амбулаторные и реабилитационные отделения. Роль Министерства здравоохранения по-прежнему больше связана с медицинскими аспектами охраны здоровья работников, чем с вопросами планирования, регулирования и мониторинга. Масштабные программы вне сектора здравоохранения, направленные на предупреждение травматизма и смертности ежегодно проводятся отделами управления дорожным движением МВД и пожарными бригадами. Программа обеспечения безопасности дорожного движения включает проведение силами дорожной милиции занятий в школах и организацию социальной рекламы в общественном транспорте, на радио и телевидении.

5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения

Маршрут пациента отличается в зависимости от того, оказывается ли ему первичная или вторичная помощь. Бесплатную амбулаторную (кроме неотложной) помощь пациент может получить:

- в немногочисленных фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), расположенных в удаленных географических зонах или в сельских врачебных пунктах в сельских районах обслуживания; семейных поликлиниках в городских районах обслуживания;
- в амбулаторных отделениях центральных районных больниц в случае проживания в сельских районах и в городских многопрофильных поликлиниках в случае проживания в городских районах.

Следующие поставщики оказывают платные услуги:

- амбулаторные отделения учреждений вторичной и третичной медицинской помощи как на уровне вилоятов, так и на республиканском уровне;
- частные поставщики медицинских услуг;
- государственные поставщики, когда пациентам требуется помощь не по месту прописки.

При получении амбулаторной помощи в государственных учреждениях, таких как СВП, городская семейная поликлиника или районные/городские многопрофильные поликлиники, с пациента может взиматься оплата за некоторые диагностические услуги и лабораторные анализы. Все лекарства обычно оплачиваются за личный счет граждан (исключения см. в разделе 3.2). При получении услуг непосредственно в амбулаторных отделениях учреждений вторичной и третичной медицинской помощи пациент обязан оплатить оказанные услуги по установленным тарифам. Визит к частному врачу пациент оплачивает полностью. В государственных учреждениях вторичной и третичной медицинской помощи максимальный уровень тарифов на услуги устанавливает Министерство здравоохранения (наценка составляет не более 25% от стоимости услуг), а частные поставщики устанавливают цены на свои услуги по собственному усмотрению.

Когда в секторе здравоохранения только появились рыночные механизмы, одной из первых инициатив правительства было обеспечение

пациентов правом выбора поставщика медицинских услуг. Закон «Об охране здоровья граждан» гарантирует право пациента на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения (Республика Узбекистан, 1996). Эта новая политика в корне отличается от советской модели, когда выбор врача и медицинского учреждения был ограничен иерархическим порядком системы здравоохранения и основывался на строгой системе направлений. Благодаря данному закону появилась возможность конкуренции между частными и государственными поставщиками медицинских услуг, работающих на основе смешанного финансирования.

Согласно закону «Об охране здоровья граждан» 1996 г., пациент имеет право на получение первичной помощи в любом амбулаторном учреждении на всей территории страны. Однако на практике регулярное обращение в службы ПМСП, находящиеся не по месту прописки, является проблематичным. Новый механизм финансирования по подушевым нормативам, который планируется ввести на всей территории страны, еще больше ограничит всеобщий доступ к службам ПМСП местом жительства пациента (см. главы 3 и 6). Однако скорая и неотложная помощь по-прежнему будет оказываться всеми государственными поставщиками медицинских услуг вне зависимости от места прописки (Республика Узбекистан, 1996).

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

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

- обратиться в районную или городскую больницу, больницу вилоята или в любое другое государственное стационарное учреждение, работающее не по системе «самофинансирования». В этом случае пациенты могут получить базовую специализированную помощь и должны внести частичную плату за лечение (например, на питание, коммунальные услуги или лекарства); определенные группы населения и пациенты, страдающие некоторыми заболеваниями, от таких затрат освобождены (Республика Узбекистан, 1996; Президент Республики Узбекистан, 1998);

- обратиться в государственное стационарное медицинское учреждение, работающее по системе «самофинансирования». В этом случае пациент должен будет оплатить услуги стационара по установленным в этом стационаре тарифам. Процесс установления цен на услуги регулируется и предусматривает предельные верхние уровни цен (см. главу 3). Если пациенты имеют право на бесплатное лечение с возмещением расходов больниц государством (инвалиды, сироты, ветераны и т. п.), то в таких учреждениях их лечат бесплатно, а больницам расходы по их лечению возмещает Министерство здравоохранения (Президент Республики Узбекистан, 1998). Однако объем государственного возмещения не должен превышать 20% общего бюджета медицинского учреждения (более подробно схемы возмещения расходов описаны в главах 3 и 6);
- обратиться к любому частному поставщику медицинских услуг. В этом случае пациенты должны оплатить лечение по установленной этим поставщиком цене. По закону определенные категории населения могут получить стационарное лечение в частных медицинских учреждениях, расходы по которому покрываются за счет государства (см. главу 4).

5.2.1 Система направлений

В контексте нынешних реформ государственные поставщики амбулаторных услуг должны оказывать населению высококачественную и доступную первичную медико-санитарную помощь, но для них это сопряжено с рядом проблем. Существующая финансовая и структурная схема не ставит первичную медико-санитарную помощь во главу угла узбекской системы здравоохранения. Четкие критерии направления на каждый уровень здравоохранения нередко отсутствуют, а маршруты пациентов зачастую не регулируются. В связи с тем, что вторичная и третичная медицинская помощь не входит в программу государственных гарантий для значительной части населения (исключения описаны в главе 2), это является еще одной причиной слабой связи между первичной и остальными видами медицинской помощи. У врачей общей практики также нет материальных стимулов для того, чтобы выступать в роли «привратника». Пациенты могут по своему выбору обращаться в любое учреждение вторичной или третичной медицинской помощи. В частном секторе процесс выдачи направлений регулируется еще меньше. Пациенты могут без направления обращаться к любому частному поставщику медицинских услуг.

С появлением в секторе стационарной помощи элементов рынка, как например, схемы «самофинансирования» или более широкое использование договорных отношений (см. главу 3), связь между первичным и вторичным звеньями здравоохранения ослабла еще более.

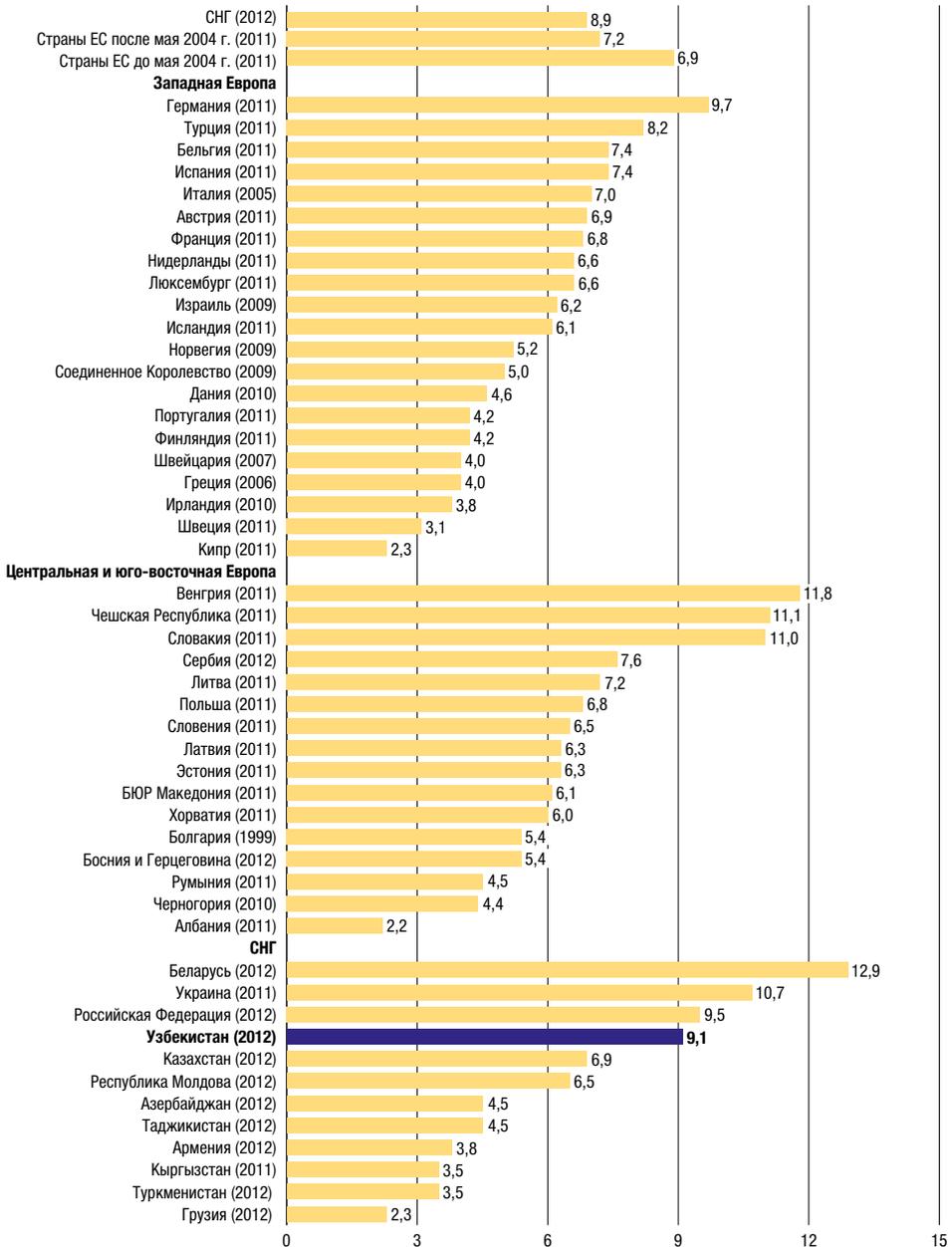
Правительством был предпринят ряд мер по улучшению доступа определенных категорий населения к стационарной помощи. В соответствии с новой схемой некоторым группам пациентов (инвалидам, сиротам и ветеранам) Министерство здравоохранения выдает специальные разрешения на использование услуг учреждений вторичной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

5.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь

Первичная помощь определяется в узбекском законодательстве как лечение некоторых распространенных заболеваний, травм и других чрезвычайных ситуаций; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий; и поставка отдельных видов услуг, связанных с защитой семьи, охраной здоровья матери и ребенка, а также других медико-санитарных мероприятий, необходимых по месту жительства (Президент Республики Узбекистан, 1998). Услуги ПМСП оказывают государственные учреждения ПМСП, амбулаторные клиники при государственных учреждениях вторичного и третичного звена медицинской помощи и частные амбулаторные клиники. В некоторых случаях можно в частном порядке договориться о консультации с врачом, работающим в стационарном учреждении. Количество официальных амбулаторных посещений на человека в год достигло уровня в 9,1 посещения в 2012 году – выше, по сравнению с другими странами Центральной Азии (рис. 5.1). Тем не менее, большое количество амбулаторных посещений в частном секторе, скорее всего,

Рис. 5.1

Число амбулаторных посещений на человека в год в странах Европейского региона ВОЗ в 2012 г. или по последним имеющимся данным



Источник: WHO Regional Office for Europe, 2014a.

Примечания: СНГ: Содружество независимых государств; БЮР Македония: бывшая Югославская республика Македонии.

не регистрируется, а количество контактов в государственном секторе может быть завышено с целью удовлетворения установленных норм приема пациентов.

5.3.1 Государственный сектор

В сельской местности первым пунктом обращения пациента за медицинской помощью традиционно были ФАП, обеспечивавшие населению доступ к основным услугам ПМСП с охватом от 600 до 3 000 человек. Работники ФАП оказывали основную лечебную, родовую и послеродовую помощь и проводили некоторые мероприятия по укреплению здоровья населения, в частности, иммунизацию и санитарное просвещение. В штате ФАП работали 1–3 медработника; обычно среди них были фельдшер и акушерка. Следующий уровень ПМСП в сельской местности – сельские амбулаторные клиники, в штате которых, в среднем, числились четыре врача. Обычно это были специалист по внутренним болезням, педиатр, акушер и стоматолог. Третий уровень ПМСП включал амбулаторные отделения сельских участковых больниц или центральных районных больниц.

Эта структура, в основном, заменена двухступенчатой системой оказания ПМСП, хотя в стране еще функционирует небольшое число ФАП. Первым пунктом обращения для населения является сельский врачебный пункт, а вторичную амбулаторную медицинскую помощь оказывают амбулаторные отделения центральных районных больниц. Численность персонала учреждений ПМСП в новой «модели» определяется численностью обслуживаемого населения. Предусматривается четыре вида сельских врачебных пунктов, отличающиеся друг от друга численностью и составом медицинского персонала, размерами и типом оснащения медицинским оборудованием: в СВП первого уровня работает один врач, обслуживающий территорию с населением 1 500–2 500 жителей; в СВП второго уровня – два врача, обслуживающие территорию с населением 2 500–3 500 жителей; в СВП третьего уровня – три врача и более, которые обслуживают территорию с населением 3 500–5 500 жителей, а СВП четвертого уровня представляет собой уже сельский медицинский центр по подготовке и обучению кадров, в котором работает 7–10 врачей. Планируется ограничить число таких образовательных медицинских центров в сельской местности одним-двумя на каждый вилоят. Они будут действовать как образовательные центры по общей практике для врачей и медсестер.

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

В городских районах ПМСП и некоторые виды специализированной помощи оказывают поликлиники с охватом от 10 000 до 80 000 человек. Раньше существовало несколько видов поликлиник: взрослые, детские, общего профиля и женские консультации. Последние тенденции по введению в сельской местности института врачей общей практики распространяются и на города. В настоящее время все виды поликлиник преобразуются в семейные поликлиники, оказывающие ПМСП всем группам населения. Штаты поликлиник ранее состояли из терапевтов, педиатров и других специалистов. Ожидается, что эти специалисты в городских семейных поликлиниках будут постепенно заменены врачами общей практики, а на данный момент специалисты работают бок о бок с врачами общей практики. Однако, как и в сельской модели первичной медицинской помощи, в районных многопрофильных поликлиниках будут работать специалисты, к которым врачи общей практики могут направить сложные случаи.

Скрининг является ключевой функцией подразделений первичной помощи. Врачи должны проводить регулярные обследования определенных групп населения, например, школьников или беременных женщин. Кроме того, многие работодатели при найме персонала и высшие учебные заведения при зачислении на учебу требуют прохождения обследований. Однако такие диспансеризации недостаточно специализированы, зачастую охватывают широкий спектр заболеваний и не могут считаться методом наиболее рентабельной или действенной клинической практики.

Медицинская документация ведется, прежде всего, на бумажных носителях. Очевидно, что комплексных оценок рабочих процессов первичной медико-санитарной помощи с целью повышения эффективности и удовлетворенности пациентов не проводилось. Тем не менее, в последнем докладе рабочей группы Министерства здравоохранения по реализации реформы первичной медицинской помощи были охвачены некоторые аспекты рабочих процессов в учреждениях первичной медицинской помощи. Его рекомендации

включали, например, улучшение зон ожидания пациентов, введение нового порядка записи пациентов и пересмотр учетно-отчетной документации (Министерство здравоохранения, 2007). Тем не менее, неясно, были ли применены какие-либо из этих рекомендаций.

5.3.2 Частный сектор

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

5.3.3 Качество медицинских услуг

Тщательных и всеобъемлющих оценок качества медицинских услуг, оказываемых в учреждениях первичного звена, не имеется. Оценки качества, в основном, ограничиваются государственными учреждениями и нацелены преимущественно на структурные аспекты организации услуг и, в меньшей степени, на исходы; оценка процесса оказания помощи, как правило, не проводится. Структурную оценку состояния медицинских учреждений и их оборудования проводят органы системы Министерства здравоохранения. Хотя репрезентативных национальных опросов по оценке качества медицинской помощи пока не проводилось, отдельные свидетельства позволяют предположить, что многие используемые подходы медицинской практики в настоящее время устарели (Asadov & Agirov, 2009; Эксперт фикри, 2011; Ahmedov et al., 2012).

С целью улучшения качества первичной медицинской помощи было реализовано небольшое количество национальных программ или отдельных мероприятий. Одна из этих программ включает в себя регулярные наставнические визиты специалистов вторичного или третичного уровня в сельские учреждения первичной медицинской помощи. В рамках этой программы, команда специалистов предоставляет бесплатные консультации большому числу пациентов в течение нескольких дней.

5.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь

Специализированная помощь определяется правительством, как уход, который требует специальных методов профилактики, диагностики или лечения и предполагает использование сложных медицинских технологий. Право оказывать специализированную помощь имеют только специализированные врачи в медицинских учреждениях, имеющих лицензию на оказание этого вида помощи. Типы, объем и качество специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, регулируются Министерством здравоохранения (Президент Республики Узбекистан, 1998).

После провозглашения независимости система оказания стационарной помощи в Узбекистане претерпела существенные изменения с точки зрения управления и финансирования: в стране идет процесс децентрализации и расширения самостоятельности поставщиков медицинских услуг (см. главы 3 и 7). Организационные изменения, в основном, коснулись сокращения коечного фонда больниц и создания новой схемы оказания экстренной помощи. Основной замысел в реформировании больниц Узбекистана заключался во введении более четкого разделения ответственности и в достижении более лучшего распределения ресурсов.

В сельской местности для пациентов, нуждающихся во вторичной медицинской помощи, первым пунктом обращения являются районные больницы и районные медицинские объединения (ранее называвшиеся центральными районными больницами) с многопрофильными специализированными амбулаторными отделениями. Районные больницы обслуживают от 10 000 до 12 000 человек и могут иметь в своем штате педиатров, специалистов по внутренним болезням и акушеров. Эти учреждения рассчитаны на 15–75 коек (в среднем – 45) и оказывают первичную и базовую вторичную помощь населению. Центральные районные больницы обычно рассчитаны на 100–300 коек и имеют в штате специалистов разного профиля. Следует отметить, что больницы и медицинские объединения туманов определены как поставщики первичной помощи; они обязаны предоставлять первичную помощь населению, включенную в программу государственных гарантий. В ходе продолжающихся реформ число районных больниц сокращается быстрыми темпами; районные медицинские объединения с многопрофильными амбулаторными отделениями в конечном итоге станут единственным поставщиком услуг вторичного звена в сельской местности.

В городах стационарную помощь оказывают многопрофильные больницы вилоятов и городов. В части экстренной помощи, а также для определенных категорий болезней и пациентов, эти стационары представляют собой часть гарантированного государством пакета услуг. Областные и городские больницы, расположенные в административных центрах каждого вилоята, рассчитаны на 600–1 000 коек, в них работают специалисты различного профиля, которые оказывают услуги более высокого уровня и большей сложности.

Одним из приоритетов системы здравоохранения Узбекистана всегда была охрана здоровья матери и ребенка. Большую часть услуг по послеродовому уходу оказывают в родильных домах, число которых с 1997 г. практически не изменилось. В родильных домах оказывают также некоторые виды дородовой медицинской помощи. В сельской местности родильные отделения теперь интегрированы в районные медицинские объединения. В городской местности специализированная помощь обычно оказывается отдельными родильными домами.

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

Третичную медицинскую помощь оказывают, как правило, в крупных больницах и исследовательских институтах и центрах республиканского уровня (рис. 5.2).

Рис. 5.2

Виды больниц в городах и сельской местности



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

В большинстве государственных поставщиков специализированной помощи медицинская документация, в основном, ведется на бумажных носителях. Тем не менее, ряд специализированных учреждений в государственном секторе уже начали внедрять современные ИТ-системы.

5.4.1 Качество

Оценка качества, в основном, ограничивается государственными учреждениями и нацелена преимущественно на структурные аспекты организации услуг и, в меньшей степени, на исходы; оценка процесса оказания помощи, как правило, не проводится. Структурная оценка состояния медицинских учреждений и их оборудования проводят органы системы Министерства здравоохранения, но как показатели исходов, собираемые в ходе таких оценок (которые, в основном, касаются показателей больничной летальности и осложнений), влияют на дальнейшую работу оцениваемых медицинских учреждений, неясно. В некоторых учреждениях – особенно в третичном звене – разработаны собственные системы оценки исходов и процессов, которые могут использоваться в целях повышения качества оказываемых услуг. Хотя по имеющимся сведениям до сих пор ни разу не проводились общенациональные исследования качества стационарных услуг, согласно бытующим мнениям, многие используемые медицинские подходы являются устаревшими, а качество медицинских услуг значительно варьирует в зависимости от конкретного учреждения (Asadov and Atipov, 2009; Mundt et al., 2012).

5.5 Скорая и неотложная медицинская помощь

После провозглашения независимости в системе скорой и неотложной помощи были произведены существенные преобразования, особенно, в части стационарной экстренной помощи. На всей территории страны в существующих стационарах туманов, вилоятов и республиканского уровня организованы отделения экстренной помощи. В сельской

местности районные отделения экстренной помощи на 5–20 коек обычно организуются в центральных районных больницах, в городах – в городских или центральных городских больницах. На уровне вилоятов существуют отдельные центры экстренной помощи вилоятов. Учреждением общенационального уровня является Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), расположенный в Ташкенте.

С реформами здравоохранения была введена концепция бесплатной и общедоступной экстренной помощи, что, по-видимому, привело к повышенной нагрузке на службы экстренной помощи; это также связано с тем, что по сравнению с прочими государственными медицинскими учреждениями учреждения экстренной помощи считаются обеспеченными лучшим оборудованием, медицинской аппаратурой и приборами, а также медикаментами. Как и на других уровнях системы здравоохранения Узбекистана, практика неофициальных платежей имеет место в учреждениях экстренной службы. Пациенты также могут вызывать частные службы скорой помощи за счет собственных средств. Частные службы скорой помощи в основном функционируют в крупных городах. Данных по оценке качества неотложной медицинской помощи в общедоступных ресурсах нет. Медицинская документация, в основном, ведется на бумажных носителях.

5.6 Медикаментозная помощь

После обретения независимости в Узбекистане возникла проблема поставок лекарственных средств и вакцин в условиях разработки и реализации собственной национальной лекарственной политики. В результате поэтапного создания такой политики произошло четкое разделение ролей правительства и частного сектора. Правительство сохранило за собой, в основном, регулирующие функции, а производство и распространение фармацевтической продукции были делегированы частному сектору.

От советского периода Узбекистан унаследовал хорошо развитую систему распространения лекарственных средств, в которую входили централизованная система государственной фармации («Фармация») и ее региональные отделения и аптеки (Ikhamov, Jakubowski & Nakioff, 2001). В настоящее время практически все государственные аптеки приватизированы – либо как часть акционерной

ассоциации («Дори-Дармон», которая ранее была единственным дистрибьютором лекарственных средств в стране), либо преобразованы в индивидуальные или коллективные аптеки. Относительно успешно проведенная приватизация способствовала появлению конкуренции в фармацевтическом секторе и возможностей по преодолению дефицита поставок зарубежных препаратов. Однако новейшую информацию о деятельности частных аптек (например, об их количестве или размерах) получить трудно, поскольку они не входят в систему Министерства здравоохранения и не подотчетны никаким его органам.

Главным поставщиком лекарств для больниц традиционно является «Дори-Дармон», но в последнее время стала расти и доля частных дистрибьюторов. Каждая больница ежегодно размещает в «Дори-Дармон» свои заказы на лекарства, а поставки обычно производятся еженедельно. В частном секторе поставки производятся по отдельным договоренностям. Частные дистрибьюторы занимаются также поставкой лекарств в аптеки, поликлиники и частные медицинские учреждения. Вакцины для государственного сектора распространяются непосредственно службами санэпиднадзора.

В Узбекистане разработана долгосрочная стратегия расширения отечественного производства лекарственных средств, нацеленная на обеспечение самодостаточности страны в области производства основных лекарственных средств, инфузионных растворов, вакцин, препаратов крови, одноразовых систем для переливания крови и кровезаменителей. Были вложены значительные средства в развитие местной фармацевтической промышленности, где страна намерена внедрить международные стандарты организации производства и контроля качества лекарственных средств. Хотя оценки различных источников расходятся, во всех отчетах отмечается стремительный рост фармацевтического рынка Узбекистана на протяжении последних нескольких лет. В 2010 г. было импортировано медикаментов стоимостью свыше 370 миллионов долларов США. В 2012 г. этот показатель вырос свыше 530 миллионов долларов США. Доля местной продукции на рынке по оценкам составляет 20–30%. Более 50% реализуемых медикаментов – генерические наименования. В стране, в производстве фармацевтической продукции задействовано около 130 компаний, более 80 компаний являются предприятиями оптовой торговли, и имеются свыше 5000 аптек (Chemrar, 2013; УзФармСаноат, 2013; Acierto Consult, 2013).

К проблемам, связанным с закупкой и распространением лекарственных средств, относятся трудоемкость процедуры регистрации импортных препаратов при прохождении границы, и ограниченность средств в твердой валюте для закупок лекарственных средств за границей. По-прежнему стоит проблема обновления перечня основных или «базисных» лекарственных средств на основании эмпирических данных, а также проблема усиления надзора за качеством и ценами на фармацевтические препараты.

Лекарства для амбулаторного лечения полностью оплачиваются за счет средств граждан; исключения составляют определенные группы населения и виды клинических заболеваний. Больные онкологическими, эндокринологическими и психиатрическими заболеваниями, туберкулезом, ВИЧ/СПИД, лепрой, перенесшие операции на сердце и трансплантацию органов имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение. Это право распространяется также на определенные группы населения, такие как ветераны Великой Отечественной войны, инвалиды из числа лиц, принимавших участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и одинокие пенсионеры (Кабинет министров, 1997b). Однако, данные о том, насколько удовлетворяются нужды этих групп в фармацевтической продукции, отсутствуют.

Лекарственное обеспечение во вторичном и третичном звене зависит от источника финансирования. Если пациент не имеет права на бесплатное лечение, то все затраты на лекарства должны быть полностью покрыты из внебюджетных источников – главным образом за счет личных платежей пациентов. Если пациент имеет право на возмещение расходов медицинского учреждения за счет государства, то он должен платить только за те лекарства, которые у данного поставщика медицинских услуг отсутствуют (Кабинет министров, 1994). Расходы на фармацевтическую продукцию как процент от общего расхода на здравоохранение очень сильно колебались за годы независимости. Тем не менее, государственный расход на фармацевтические продукты составляет малую часть в общем фармацевтическом расходе.

5.7 Реабилитационная медицинская помощь

Реабилитационную помощь населению оказывает Министерство здравоохранения, государственные организации или отрасли (наследие советского периода), а также частный сектор (постсоветское

явление). Реабилитационные услуги в рамках системы Министерства здравоохранения финансируются, регулируются и управляются Министерством здравоохранения. Довольно распространенным видом реабилитационных услуг были услуги, оказываемые реабилитационными учреждениями крупных государственных организаций или отраслевых ведомств. Доступ к данным учреждениям был предоставлен служащим крупных организаций и ведомств. Число ведомственных реабилитационных учреждений уменьшилось в постсоветский период, – многие были проданы в частные руки. Частные реабилитационные учреждения должны быть зарегистрированы в Министерстве здравоохранения и, как правило, функционируют как коммерческие предприятия. За последние годы наблюдается значительный прирост в количестве частных поставщиков реабилитационных услуг. Это – либо отдельностоящие учреждения с упором на сочетание отдыха и реабилитационных услуг, либо частные клиники, оказывающие реабилитационные услуги в дополнение к медицинским услугам.

5.8 Долговременная помощь

В Узбекистане долговременную помощь обеспечивают службы социальной защиты населения, которые не входят в систему Министерства здравоохранения. Финансирование поступает через Министерство труда и социальной защиты, в ведении которого также находятся вопросы определения права граждан на медико-социальную помощь. Существуют реабилитационные учреждения для нуждающихся в долговременной медико-социальной помощи. Однако точные данные о масштабах и рамках государственной долговременной медико-социальной помощи отсутствуют. Частных учреждений долговременной помощи в стране нет.

5.9 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными

Службы социальной защиты населения охватывают довольно малую часть лиц, осуществляющих неформальный уход за больными. Точное число лиц, осуществляющих уход за больными, неизвестно. Эти услуги,

в основном, ограничиваются предоставлением оплачиваемого отпуска родителям на определенный срок по уходу за ребенком в случае его болезни.

5.10 Охрана психического здоровья

В Узбекистане психиатрическая помощь является неотъемлемым элементом государственной системы здравоохранения и включена в программу государственных гарантий. Хотя психиатрическую помощь оказывают преимущественно в государственном секторе, из-за социальной стигматизации лиц, обращающихся за психиатрической помощью, пациенты, возможно, не всегда обращаются в государственных учреждениях. Это может стать двигателем спроса на альтернативные способы получения психиатрической помощи – например, на услуги частнопрактикующих психиатров или частные договоренности с врачами, работающими в госсекторе.

Официально государственный сектор является единственным поставщиком услуг в области психического здоровья в Узбекистане. Считается, что около 3% финансирования государственных учреждений здравоохранения используется для служб охраны психического здоровья; из них 89% расходуется на больничные услуги. Услуги охраны психического здоровья в государственном секторе являются бесплатными. Обеспечение медикаментами для пациентов с психическими расстройствами относительно хорошо финансируется – описывается, что около 80% лекарств обеспечиваются государством бесплатно (ВОЗ-AIMS, 2007).

После обретения независимости в стране был предпринят ряд мер по созданию правовых основ организации психиатрической помощи. Законом «О психиатрической помощи», принятым Парламентом в 2000 г., определена гарантированная государством бесплатная психиатрическая и медико-социальная помощь лицам, страдающим нарушениями психики. Кроме того, в Уголовный кодекс страны были внесены соответствующие поправки, и была добавлена новая статья о принудительной госпитализации пациента в психиатрическое учреждение.

В государственной системе психиатрической помощи был реализован ряд мер, направленных на переход от стационарного к преимущественно амбулаторному лечению. Организованы новые амбулаторные учреждения, так например, центры укрепления психического здоровья,

специализированные амбулаторные центры и детские центры, а также созданы новые службы – например, программы по предотвращению суицида. В психиатрических больницах также был значительно сокращен коечный фонд.

Во многих странах большой вклад в оказание психиатрической помощи вносят психологи и социальные работники. В Узбекистане социальные службы не очень связаны с системой психиатрической помощи. Психологи, хотя и входят в систему здравоохранения по месту оказания услуг, не в полной мере интегрированы в систему здравоохранения. Подготовка психологов производится вне системы медицинского образования и находится не в ведении Министерства здравоохранения. Медицинские работники, занимающиеся оказанием психиатрической помощи, относятся к категории профессий с профессиональной вредностью. Это обеспечивает таким специалистам особые условия – в частности, возможность более раннего выхода на пенсию, дополнительный отпуск и прибавку к зарплате.

5.11 Стоматологическая помощь

В 1990-х гг. доля частного сектора на рынке стоматологических услуг существенно возросла. Расширению частного сектора способствовало введение принципа взимания платы с пациентов и ограничение капитальных вложений в государственную систему стоматологической помощи. Тем не менее, частные стоматологические услуги, в основном, предлагаются в городах, а цены на них ориентированы преимущественно на группы населения с доходом выше среднего.

В государственном секторе система стоматологической помощи сохранила многие черты советского периода. Она представлена стоматологическими кабинетами в сельской местности и стоматологическими поликлиниками и специализированными стоматологическими стационарами в городах. Стоматологические кабинеты и поликлиники работают под эгидой органов здравоохранения туманов и считаются частью первичного звена медицинской помощи. Стоматологи являются государственными служащими, и как и другие элементы системы первичного звена, стоматологические учреждения принадлежат государству. Однако из-за ограничений государственных поставок стоматологических материалов с пациентов взимается плата за стоматологические услуги, которая должна покрывать затраты на

закупку необходимых материалов. Организация стоматологических услуг в сельской местности реформируются как часть проводимых реформ в сфере первичного звена. В соответствии с данными реформами предусматривается, что стоматологическая помощь будет оказываться через сеть сельских врачебных пунктов, штаты которых будут укомплектованы стоматологами. Специализированную стоматологическую помощь в государственном секторе оказывают в стационарах общего профиля или в отдельных стоматологических клиниках. И те, и другие подотчетны либо органам управления здравоохранением вилоятов, либо республиканским органам управления здравоохранением.

Пациент может обратиться к любому стоматологу – государственному или частному. Если производятся какие-либо лечебные процедуры в государственном секторе, то пациент должен оплатить необходимые материалы. Если необходимо произвести какие-либо сложные процедуры, то пациента направляют к специалисту более высокого уровня в государственном секторе – это может быть медицинское учреждение вторичного или третичного звена. Специализированная помощь в государственных учреждениях оплачивается пациентом, кроме случаев, когда он относится к соответствующей льготной категории; в этом случае расходы медицинского учреждения по его лечению возмещает государство. В частном секторе пациенты должны оплачивать все расходы. Расходы на помощь ортодонтот как в государственном, так и в частном секторе возмещаются пациентами в полном объеме за собственные средства.

В последние годы ряд случаев гепатита В и С объяснялся небезопасной практикой в стоматологии, в первую очередь, ненадлежащей стерилизацией инструментов и прочих материалов. С тех пор, правительство активизировало свои усилия по мониторингу стерилизационной практики в стоматологических учреждениях.

5.12 Дополнительная и альтернативная медицина

В области альтернативной или вспомогательной медицины действуют те же меры регулирования, что и в отношении остальных медицинских услуг. Медицинские работники, оказывающие услуги альтернативной медицины, должны быть сертифицированы Министерством здравоохранения. Однако точные данные о потреблении услуг альтернативной или вспомогательной медицины отсутствуют.

5.13 Медицинское обслуживание отдельных групп населения

5.13.1 Параллельные системы здравоохранения

Как уже говорилось выше, в стране действуют параллельные системы здравоохранения, обслуживающие работников и должностных лиц определенных организаций, предприятий, министерств и ведомств, включая Кабинет Министров, МВД, Службы национальной безопасности, Министерство обороны, Управление железных дорог, Управление гражданской авиации и компанию «Узбекистан Хаво Йуллари». Союзы писателей и художников Узбекистана также имеют собственную сеть медицинских учреждений, и примерно у 75 крупных промышленных предприятий есть свои службы здравоохранения. Все эти параллельные службы относятся к юрисдикции Министерства здравоохранения и работают под его надзором. Однако вопросы управления и распределения ресурсов относятся к компетенции тех организаций, которым они принадлежат.

5.13.2 Охрана здоровья матери и ребенка

Почти все услуги по охране здоровья матери и ребенка предоставляются в государственном секторе. Стационарная помощь оказывается в родильных домах или детских больницах, или отделениях многопрофильных больниц в соответствии с зонами обслуживания. На уровне туманов услуги по охране здоровья матери и ребенка предоставляются в рамках первичной медико-санитарной помощи либо врачами общей практики, либо специалистами (педиатрами или акушерами/гинекологами) в центральных районных больницах. Более специализированная помощь оказывается на уровне вилоятов и на республиканском уровне, как правило, отдельными учреждениями с амбулаторными и стационарными подразделениями.

Родильные дома или отделения делятся на подразделения для беременных женщин (которые имеют койки для нормальных родов и послеродового ухода) и подразделения, занимающиеся осложнениями. Новая структура системы охраны материнства также включает вертикально интегрированную модель управления и мониторинга состояния здоровья матери и ребенка, в связи с чем в органах управления здравоохранением вилоятов и в Министерстве здравоохранения были организованы соответствующие департаменты. Эти департаменты

занимаются координацией, управлением и мониторингом деятельности всех родильных домов, детских больниц и сопутствующих служб.

Охрана материнства и детства, в том числе дородовая медицинская помощь, включена в программу государственных гарантий. Министерством здравоохранения был разработан ряд протоколов профилактики и скрининга, которые должны неукоснительно соблюдаться на всей территории страны. В соответствии с протоколами Министерства здравоохранения, беременность регистрируется на сроке до трех месяцев, после чего женщина должна ежемесячно проходить осмотр врача и сдавать необходимые анализы до начала родов. Неонатальная помощь предоставляется в родильных отделениях с первого дня жизни ребенка. В первые два года жизни ребенок проходит регулярные медосмотры в подразделении первичной помощи с частотой, устанавливаемой Министерством здравоохранения.

В сельских врачебных пунктах первичной помощи и поликлиниках ведутся специальные журналы учета женщин репродуктивного возраста и производятся регулярные медосмотры и скрининги. Сначала ведение всех случаев всегда производится в системе первичного звена. Если врач учреждения первичного звена сочтет необходимым, то пациентку направляют в учреждение следующего уровня. В сельской местности это может быть врач-специалист, работающий в центральной поликлинике или в родильном доме. В городах во всех поликлиниках есть свои акушеры-гинекологи, поэтому специализированную амбулаторную помощь можно предоставить пациентке на уровне учреждения первичного звена. Если требуется стационарная помощь, то пациентку направляют в городское стационарное учреждение охраны материнства. В государственном секторе охрана здоровья детей производится по той же схеме: первым пунктом обращения является государственное учреждение первичного звена. Если необходимо, ребенку дают направление в педиатрическую больницу.

Ввиду высоких показателей младенческой и материнской смертности (см. главу 1) вопросы охраны материнства и детства стали одним из основных приоритетов государственной политики в области здравоохранения. Был разработан ряд государственных программ, направленных на снижение младенческой и материнской смертности, в том числе и программа в области планирования семьи. По всей территории страны были созданы скрининг-центры охраны материнства и детства, а в центрах во всех вилоятах – бригады врачей-реаниматологов и специалистов по патологии системы гемостаза. Эти и другие инициативы

получили широкую международную поддержку. ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮСЭЙД и ВОЗ оказали содействие в проведении ряда программ и проектов по укреплению здоровья и санитарному просвещению населения, в том числе «Безопасное материнство», «Расширение программы иммунизации», «Продвижение грудного вскармливания» (Borchert et al., 2010).

6. Основные реформы здравоохранения

За последние два десятилетия Узбекистан инициировал несколько крупных реформ в сфере здравоохранения с целью улучшения оказания медицинской помощи, управления и финансирования. Области реформ включали в себя первичное обслуживание (первоначально в сельской местности), вторичную и третичную помощь и неотложную медицинскую помощь. Первичная медико-санитарная помощь была реформирована из многоуровневой в двухуровневую систему; была начата подготовка врачей общей практики; финансирование первичной медицинской помощи все больше основывается на подушевом финансировании. Дополнительно предпринимаются усилия по внедрению новых подходов к здоровью матери и ребенка, общественному здравоохранению, предотвращению и контролю неинфекционных заболеваний, а также к мониторингу и оценке. Во вторичной и третичной помощи был сокращен коечный фонд; введены новые управленческие и финансовые механизмы в пилотных учреждениях третичной медицины. Было также начато реформирование медицинского образования.

6.1 Анализ последних реформ

После обретения независимости в Узбекистане начались реформы сектора здравоохранения, нацеленные на решение проблем, связанных с новыми социальными, политическими и экономическими условиями. В то же время в первые годы независимости конкретных и подробных долгосрочных планов по реформе здравоохранения не было. Первый наиболее важный документ о реформировании здравоохранения был издан в 1998 году и был ориентирован на системы первичной и неотложной медицинской помощи. В последующие годы реформы охватили системы вторичной и третичной помощи, академическую подготовку и медицинскую науку. В основе реформ в области здравоохранения с самого начала лежали два

основных принципа, хотя они и не были официально заявлены: намерение правительства оставаться основным игроком в оказании медицинских услуг и переложение все большего бремени расходов на пользователей, особенно, в части услуг, не включенных в гарантированный пакет льгот.

В таблице 6.1 перечислены имеющиеся на сегодняшний день основные инициативы и программные документы. Более подробная информация о реформах представлена в данной главе далее.

Реформы, начатые во второй половине 1990-х и в первой половине 2000-х гг., были подробно описаны в предыдущем обзоре системы здравоохранения (Ahmedov et al., 2007). В Указе Президента 1998 года «О государственной программе реформирования системы здравоохранения» изложен генеральный план будущих реформ в секторе здравоохранения. Указом определены приоритетные направления и планы на 1998–2005 гг., в том числе реформирование первичного звена здравоохранения, системы скорой медицинской помощи и медицинского образования, а также развитие частного сектора. В соответствии с Указом Президента 2003 г. «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» был инициирован пилотный проект по реформированию научно-исследовательских институтов третичного звена, в рамках которого предусмотрено создание специализированных центров и клиник, оснащенных современными технологиями для диагностики и лечения.

6.1.1 Направление последних реформ в сфере здравоохранения

В Узбекистане законы и указы президента, как правило, устанавливают общие приоритеты и направления реформ в системе здравоохранения. В последующих Постановлениях Кабинета Министров и Министерства здравоохранения излагаются более подробные рекомендации и информация о выполнении планов и достижении целей. С 2007 года правительство издало три основных программных документа (Указ Президента № 3923 от 19 сентября 2007 г.; Постановление Президента № 700 от 2 октября 2007 г. и Указ Президента № 1652 от 28 ноября 2011 г.), в которых в общих чертах описываются общие направления следующих этапов реформирования системы здравоохранения в стране. Эти документы положили начало ряду изменений, наиболее важными из которых являются:

- Для всех органов здравоохранения и медицинских учреждений установлена двойственная подотчетность. Все медицинские учреждения подчиняются как Министерству здравоохранения, так и соответствующим местным органам управления.

Таблица 6.1**Основные реформы и инициативы в области здравоохранения****за годы независимости****Основные национальные документы о политике реформ**

- Президентские инициативы по реформированию организации социальной помощи на селе, апрель 1996 г.
- Закон «Об охране здоровья граждан», 29 августа 1996 г.
- Указ Президента «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», 10 ноября 1998 г.
- Указ Президента № 3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации государственной программы развития здравоохранения», 19 сентября 2007 г.
- Постановление Президента № 700, 2 октября 2007 г., документ в дополнение к Указу Президента № 3923, определяет сроки и детали основных направлений реформ здравоохранения
- Указ Президента № 1652, 28 ноября 2011 г., о дальнейших этапах реформы здравоохранения
- Постановление Кабинета министров № 217, 2005 г., о подушевом финансировании в сфере здравоохранения
- Стратегия улучшения социального обеспечения 2008–2010 и 2013–2015 гг.

Основные инициативы в области реформы первичного и вторичного звена

- Проект «Здоровье», Всемирный банк (1998–2004 гг.)
- Проект «Здоровье II», Всемирный банк (2005–2012 гг.)
- Проект «Здоровье матери и ребенка», АБР (2005–2012 гг.)
- Проект «Здоровье III», Всемирный банк (2012–2018 гг.)

Документы о политике реструктуризации третичного звена

- Указ Президента № 3214, 26 февраля 2003 г., о реформировании структуры оказания третичных услуг
- Постановление Кабинета министров № 264, 8 июня 2004 г., документ в дополнение к Указу Президента № 3214, определяет сроки и детали основных направлений реформ здравоохранения
- Постановление Кабинета министров № 145, 21 мая 2009 г., об организационной и функциональной структуре центров оказания третичной помощи
- Указ Президента № 1652, 28 ноября 2011 г., о дальнейших этапах реформы здравоохранения
- Постановление Кабинета министров № 91, 29 марта 2012 г., о планируемых капитальных инвестициях в сектор здравоохранения и реформировании организационной структуры

Политика и инициативы в области охраны материнства и детства

- Указ Президента № 1096, 13 апреля 2009 г., о мерах реформ, направленных на улучшение охраны материнства и детства
- Указ Президента № 1144, 1 июля 2009 г., о мерах реформ, направленных на улучшение репродуктивного здоровья
- Проект «Здоровье матери и ребенка», АБР (2005–2012 гг.)
- Проект «Совершенствование услуг охраны материнства и детства», гранты ЕС, 2009–2012 и 2012–2016 гг.

Основная политика реформ в медицинской науке и академическом образовании

- Указ Президента, 20 февраля 2002 г., об улучшении состояния науки
- Указ Президента, 8 августа 2006 г., о мерах по улучшению координации и управления наукой и технологией
- Постановление Кабинета министров № 319, 18 декабря 2009 г., об улучшении структуры последипломного медицинского образования
- Указ Президента № 4456, 24 июля 2012 г., о реформировании структуры подготовки учетных и присуждении ученых званий
- Постановление Кабинета министров № 365, 28 декабря 2012 г., об улучшении состояния последипломного образования и науки

Основные документы о политике в области здравоохранения

- Закон «О государственном санитарном надзоре», 3 июля 1992 г., № 657-XII
- Закон «Об охране здоровья граждан», 29 августа 1996 г., № 265-I
- Закон «О профилактике заболеваний, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», 19 августа 1999 г., № 816-I
- Закон «О защите населения от туберкулеза», 11 мая 2001 г., № 215-II
- Закон «О донорстве крови и ее компонентов», 30 августа 2002 г., № 402-II
- Закон «О профилактике йододефицитных заболеваний», 3 мая 2007 г., № 97
- Закон «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции», 5 октября 2011 г., № 302
- Закон «О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения», 7 июня 2010 г., № 251
- Ратификация Рамочной конвенции по борьбе против табака, август 2012 г.

- Управление государственными средствами, выделяемыми медицинским учреждениям, возложено на вновь созданные казначейские отделы. По этой схеме казначейские отделы стали основными держателями государственных средств для государственных организаций и распределяют финансирование в соответствии с установленными инструкциями. Все медицинские учреждения, получающие государственные средства, стали самостоятельными юридическими лицами и в части использования государственных средств работают в непосредственном сотрудничестве с местными отделениями казначейства. Ранее областные и районные органы здравоохранения были основными получателями государственных средств. В их составе функционировали бухгалтерские отделы, занимавшиеся управлением государственных средств. Объем средств, выделяемых подчиненным медицинским учреждениям, в какой-то степени определялся по их усмотрению.

Этими тремя основными документами о политике в области здравоохранения предусмотрен ряд последующих реформ. Они включают в себя следующее:

- На районном уровне центральные многопрофильные поликлиники предполагается включить в состав центральных районных больниц – таким образом, образуется структура, которая оказывает специализированную амбулаторную и стационарную помощь под одной крышей. Ранее центральные районные больницы и центральные районные поликлиники функционировали как отдельные единицы и зачастую также находились вдали друг от друга. В соответствии с предлагаемыми реформами, новая структура будет называться *туман тиббиёт бирлашмаси* (районное медицинское объединение) и будет оказывать услуги здравоохранения на районном уровне для определенной географической группы населения. Центральные больницы и центральные поликлиники, которые ранее были отдельно расположенными единицами, будут объединены с целью оказания амбулаторной и стационарной помощи в одном учреждении или в нескольких учреждениях, находящихся в непосредственной близости друг от друга.
- На областном уровне областные взрослые и детские больницы, а также некоторые из клиник специализированной помощи предполагается преобразовать в областные многопрофильные взрослые и педиатрические центры. В каждой области создаются

медицинские диагностические центры, предоставляющие амбулаторную помощь на платной основе. Медицинские диагностические центры будут постепенно переходить от государственного финансирования к самофинансированию, а областные многопрофильные взрослые и педиатрические центры продолжают получать государственное финансирование.

- На республиканском уровне в продолжение начатых ранее пилотных инициатив по реформированию третичных медицинских услуг шесть специализированных клинических научно-исследовательских институтов преобразуются в новые специализированные центры. В них будут охвачены следующие специальности: дерматология, педиатрия, акушерство и гинекология, внутренние болезни, эндокринология и пульмонология. Четыре существующие пилотные специализированные центры перейдут на полное «самофинансирование» и преобразуются в акционерные предприятия, хотя государство, сохранив за собой контрольный пакет акций, останется ключевым игроком в их руководстве и управлении.
- Предполагается создание механизма ежегодной оценки управленцев здравоохранения специально созданными рабочими группами. Эти ежегодные оценки, как ожидается, позволят выявить неэффективных менеджеров и, при необходимости, заменить их на более квалифицированных кандидатов. Подробные механизмы процедуры оценки были изложены в последующих указах.
- Улучшение донорства крови и систем переливания планируется осуществить за счет значительных капиталовложений и новых нормативных инициатив. Все медицинские учреждения в настоящее время обязаны использовать одноразовые предметы для процедур, связанных с кровью и ее компонентами.
- Предусмотрены капитальные вложения в районные и областные больницы и центры третичной медицинской помощи.

Ниже приведены основные нормативные документы Кабинета Министров, последовавшие за вышеуказанными президентскими документами о политике в здравоохранении:

- *Постановление Кабинета министров № 227*, 25 октября 2007 г., о структуре аттестации управленческого персонала
- *Постановление Кабинета министров № 48*, 18 марта 2008 г., о структурных изменениях в структуре оказания услуг областными учреждениями здравоохранения

- *Постановление Кабинета министров № 145*, 21 мая 2009 г., об организационной и функциональной структуре центров оказания третичной помощи
- *Постановление Кабинета министров № 91*, 29 марта 2012 г., о планируемых капитальных инвестициях в сектор здравоохранения и реформировании организационной структуры.

В дополнение к упомянутым выше инициативам ряд реформ здравоохранения в настоящее время продолжается, внося изменения в различные элементы системы здравоохранения. Реформы первичного звена с фокусом на развитие инфраструктуры здравоохранения на районном уровне начались в конце 1990-х годов при поддержке международного финансирования и продолжаются по сей день. В 2012 году правительство Узбекистана и группа Всемирного банка подписали два кредитных соглашения, направленные на дальнейшее развитие инициатив в области реформ на районном уровне и расширение их действия с учреждений первичной медицинской помощи на больницы районного уровня. Реформы третичной медицинской помощи, начатые в начале 2000-х годов, в настоящее время расширяются с привлечением дополнительных шести специализированных центров. Ряд важных инициатив был предпринят для улучшения здоровья матери и ребенка, медицинского образования. Правительство также приняло ряд законов по проблемам общественного здравоохранения, которые требуют межсекторального подхода.

6.1.2 Реформирование сектора ПМСП

К настоящему моменту в Узбекистане реализованы две основные инициативы по реформированию сектора первичной медико-санитарной помощи. Первая из них – проект «Здоровье» (1998–2005 гг., впоследствии переименованный в «Здоровье I»), был плодом сотрудничества Всемирного банка и Правительства Узбекистана. В рамках этого проекта были введены некоторые новые механизмы и схемы оказания медицинской помощи, финансирования и управления ПМСП, такие как переход от многоуровневой к двухуровневой системе первичных медицинских услуг, подготовка врачей общей практики и медсестер и введение подушевых платежей. В рамках проекта распространялась информация о дальнейшей реструктуризации ПМСП в стране. Проект подробно описан в предыдущем издании «Системы здравоохранения: время перемен» (Ahmedov et al., 2007).

Вторая инициатива в области ПМСП, которая включает проект Всемирного банка «Здоровье II» и проект АБР «Здоровье матери и ребенка» (2005–2012 гг.), направлена на развертывание пилотных схем по всей территории страны и внедрение новых подходов в области охраны здоровья матери и ребенка, общественного здравоохранения, а также мониторинга и оценки. Всемирный банк и АБР разработали свои проекты так, чтобы они дополняли друг друга, и могли реализовываться параллельно друг другу, поддерживая при этом реструктуризацию услуг первичного здравоохранения в стране.

В 2011 г. Всемирный банк и правительство Узбекистана инициировали еще один пятилетний проект «Здоровье III», чтобы поддержать темп двух предыдущих проектов по реформе здравоохранения. Средства, выделенные на эту новую инициативу, в основном, покрывают издержки модернизации районных больниц, как в форме строительства, так и в форме медицинского оснащения.

Проект «Здоровье II» (2005–2012 гг.)

Проект состоит из четырех компонентов: развитие программы реформ первичного звена здравоохранения, финансирование и управление, усовершенствование системы общественного здравоохранения, управление, мониторинг и оценка проекта (World Bank, 2012a).

В компоненте развития программы реформ первичного звена здравоохранения предусматривались следующие мероприятия:

- Реконструкция и оснащение новых сельских ПМСП.
- Распространение реструктуризации первичного звена на городскую местность в виде пилотных инициатив. Было выбрано до 30 городских поликлиник в качестве пилотных объектов, куда пациенты по выбору могли зарегистрироваться для получения медицинских услуг.
- Усиление подготовки ВОП и лаборантов. В подготовке ВОП охвачен как додипломный компонент, в котором были внесены изменения в учебную программу, так и переподготовка практикующих врачей.
- Предоставление непрерывного медицинского образования двумя недавно созданными центрами: Центром доказательной медицины и Центром непрерывного медицинского образования.
- Проведение комплексного опроса по кадровым вопросам.

Целью компонента финансирования и управления было масштабирование сельских пилотов финансирования и управления,

начатых в рамках проекта «Здоровье I», в частности, пилотов подушевого финансирования в первичном звене здравоохранения. Еще одной целью компонента была разработка системы стимулов врачей, чтобы решить проблему с нехваткой врачей в сельской местности. Предусматривалось распространение управленческой информационной системы, разработанной в рамках проекта «Здоровье I», на общереспубликанском уровне. Кроме того, наращивание потенциала в области управления здравоохранением было поддержано в рамках додипломного и последипломного образования, а также разработана система национальных счетов здравоохранения.

Компонент усовершенствования системы общественного здравоохранения вообрал в себя следующие мероприятия:

- наращивание потенциала, в том числе разработка национальной стратегии в области общественного здравоохранения, создание школы общественного здоровья, а также поддержка укрепления здоровья и общественных программ в области здравоохранения;
- профилактика ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и заболеваний, передающихся половым путем, в том числе путем реализации национальной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом и распространение подхода DOTS (краткосрочный курс противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением) в лечении туберкулеза в общереспубликанском масштабе;
- укрепление инфраструктуры общественного здравоохранения, в том числе путем разработки комплексной электронной базы данных надзора за инфекционными заболеваниями, подготовка лабораторного персонала и ремонт отдельных лабораторий.

Компонент управления, мониторинга и оценки проекта, в основном, касался реализации Стратегического плана мониторинга и оценки, который был разработан ранее. В рамках этого компонента также проводились регулярные опросы и оценки, содействующие реализации проекта.

Стоимость проекта оценивалась в 118 миллионов долларов США, из которых 40 миллионов долларов США были предоставлены Всемирным банком в виде кредитов, а остальные средства получены из государственных фондов.

Были установлены конкретные показатели эффективности для трех из четырех компонентов проекта, и большинство целей были достигнуты к 2011 году (таблица 6.2).

Таблица 6.2

Некоторые целевые показатели и ход выполнения проекта «Здоровье II» по состоянию на 2011 год

Целевые показатели	Ход выполнения по состоянию на 2011 г.
Развитие программы реформ первичного звена здравоохранения	
Увеличение числа беременных, охваченных дородовым патронажем	99,3% в 2004 г. и 99,7% в 2011 г.
Увеличение охвата иммунизацией новорожденных против гепатита В	8% в 2001 г., 99,2% в 2005 г. и 99,3% в 2011 г.
Увеличение использования и доступа к услугам ПМСП	3,8 визита на душу населения в 2004 г. и 4,7 визита в 2011 г.
Подготовка 2700 врачей общей практики, работающих в СВП	898 подготовленных врачей к 2004 г. и 3770 к 2011 г.
Повышение доступности основных лекарственных средств на уровне первичного звена здравоохранения, измеряемое количеством имеющихся на складах основных ЛС	38,9% в 2004 г. и 64% в 2011 г.
Финансирование и управление	
Уменьшение на 10% числа направлений на госпитализацию и числа госпитализаций	20% направлений на госпитализацию в 2004 г. и 12% в 2011 г.
Подготовка 520 специалистов по политике здравоохранения и финансовых менеджеров	0 к 2004 г. и 1 769 к 2011 г.
Текущие расходы на финансирование первичного звена должны составлять как минимум 20% от общих государственных расходов на здравоохранение	16% в 2004 г. и 18,3% в 2011 г.
Доля расходов на первичную и амбулаторную медицинскую помощь должна составлять как минимум 40%	41,7% в 2004 г. и 45,2% в 2011 г.
Перевод сельских учреждений первичного звена здравоохранения на подушевое финансирование	21,5% в 2004 г. и 100% в 2011 г.
Усовершенствование системы общественного здравоохранения	
Доступ к тестированию на ВИЧ и лечению в целях предотвращения передачи инфекции от матери к ребенку должны иметь 100% беременных женщин	не измерено
Охват мероприятиями по борьбе с ВИЧ-инфекцией среди групп риска должен увеличиться на 10%	0 в 2004 г. и 14,3% в 2011 г.
Принятие Национального стратегического плана и распространение стратегии ДОТС на всю территорию страны	4 административно-территориальных образования в 2004 г. и все 14 в 2011 г.
Подготовка не менее 50 специалистов в области общественного здравоохранения и участковых медсестер	0 в 2004 г. и 54 в 2011 г.
Управление, мониторинг и оценка проекта	
Создание системы мониторинга и оценки и проведение не менее 2 обследований медицинских учреждений и 2 обследований домохозяйств	достигнуто

Проект «Здоровье матери и ребенка» (2005–2012 гг.)

Проект АБР «Здоровье матери и ребенка» был реализован в течение семи лет, с 2005 по 2012 г. (см. целевые показатели в таблице 6.3; также см. ADB, 2012). Его целями были поддержка государственной программы реформ первичного звена здравоохранения и повышение эффективности системы охраны здоровья матери и ребенка. АБР выделил заем в 40 млн. долларов США в поддержку этого проекта. Проект был разделен на несколько компонентов.

Компонент, связанный с укреплением служб охраны здоровья матери и ребенка, включал следующие субкомпоненты:

- Помощь в реорганизации первичного звена здравоохранения, в рамках которой особое внимание должно уделяться укреплению системы направлений детей и женщин из учреждений первичного звена и центральными районными больницами.
- Нарращивание потенциала служб охраны здоровья матери и ребенка на уровне первичного звена и на уровне вилоятов путем закупок необходимого оборудования и обеспечения подготовки кадров. В выбранных вилоятах 81 центральная районная больница и 6 педиатрических отделений и родильных домов вилоятов будут оснащены базовым набором оборудования и инструментов для учреждений охраны здоровья матери и ребенка.
- Субкомпонент по обеспечению непрерывного медицинского образования, в основном, касался подготовки медсестер и акушерок. Такая подготовка была произведена в центральных районных больницах и сельских пунктах ПМСП, при этом основное внимание уделялось вопросам общественного здравоохранения, профилактики, питания и лечебного ухода. Предполагалось, что курс подготовки пройдет около 10 000 медсестер и акушерок. Кроме того, проект предусматривал переподготовку примерно 2 500 врачей, специализирующихся в области акушерства-гинекологии и педиатрии.
- Субкомпонент мониторинга качества предусматривал организацию помощи в разработке клинических алгоритмов и схем направлений в секторе охраны здоровья матери и ребенка. В целях мониторинга и улучшения медицинского обслуживания женщин и детей проведена работа по наращиванию потенциала в области надзора на общенациональном уровне и уровне вилоятов.
- Субкомпонент санитарного просвещения предусматривал оказание содействия Институту Здоровья в разработке и распространении образовательных материалов по вопросам женского и детского здоровья.

Компонент проекта, связанный с совершенствованием механизмов финансирования, информационного обеспечения и управления узбекской системой здравоохранения, включал следующие субкомпоненты:

- В первом субкомпоненте оказана поддержка реализации программы финансирования и управления в первичном звене здравоохранения, начатой в рамках проекта «Здоровье», путем подготовки кадров и наращивания потенциала. Также были введены схемы финансирования больниц по клинико-статистическим группам (КСГ);
- Субкомпонент по созданию управленческих информационных систем был нацелен на разработку базы данных, содержащей сведения о состоянии здоровья населения пяти вилоятов, и осуществлялся в сотрудничестве с проектом «Здоровье II». Кроме того, данный компонент проекта предусматривал составление единого узбекского словаря медицинских терминов, компьютеризированного учебного центра при Институте Здоровья и внутренней электронной сети для Министерства здравоохранения. В субкомпоненте также оказана помощь в разработке информационной системы банка крови.
- Министерству здравоохранения оказана помощь в обновлении и совершенствовании государственных протоколов («приказов»), касающихся охраны здоровья матери и ребенка.

Компонент проекта, связанный с обеспечением безопасности крови, направлен на реформирование системы хранения и переливания крови в целях повышения ее эффективности и организации скрининга крови на наличие инфекций, передающихся через кровь (таких как ВИЧ/СПИД и гепатит). Данный компонент предусматривал реорганизацию системы хранения и переливания крови, совершенствование протоколов и содействие созданию устойчивого национального бюджета для обеспечения безопасности крови. Этот компонент включал следующие субкомпоненты:

- организация помощи правительству в создании национальной системы обеспечения безопасности крови, включающей как организационные, так и управленческие вопросы;
- в одном из вилоятов создана и протестирована новая областная система обеспечения безопасности крови. Закуплен комплект оборудования для Национального центра переливания крови,

Областного центра переливания крови и больничных банков крови. Проект также обеспечил поставку реактивов и расходных материалов на первый год работы;

- в последнем субкомпоненте была оказана помощь в замене системы платного донорства добровольным, бесплатным донорством крови.

Таблица 6.3

Некоторые целевые показатели и ход выполнения проекта «Здоровье матери и ребенка» по состоянию на 2011 год

Целевые показатели	Ход выполнения по состоянию на 2011 г.
Улучшение состояния здоровья женщин и детей	
Снизить за период с 2004 по 2009 г. показатель материнской смертности на 25% на всей территории проведения проекта	снижение на 26,4% в период с 2004 по 2011 г.; материнская смертность в 2004 г. – 31,4 на 100 000 живорожденных, 30,4 в 2009 г. и 23,1 в 2011 г.
Снизить за период с 2004 по 2009 г. показатель младенческой смертности на 25% на всей территории проведения проекта	снижение на 31,6% в период с 2004 г. по 2011 г.; младенческая смертность в 2004 г. – 15,2 на 1 000 живорожденных, 11,2 в 2009 г. и 10,4 в 2011 г.
Снизить за период с 2004 по 2009 г. показатель смертности детей в возрасте до 5 лет на 25% на всей территории проведения проекта	снижение на 30% в период с 2004 г. по 2011 г.; смертность детей в возрасте до 5 лет в 2004 г. – 21 на 1 000 живорожденных, 15,9 в 2009 г. и 14,8 в 2011 г.
Снизить к 2009 г. показатель заболеваемости железодефицитной анемией средней степени среди беременных женщин до 22% (в 1996 г. этот показатель составлял 27%)	не измерено
Повысить к 2009 г. распространенность использования контрацептивов среди замужних женщин до 70% (в 2002 г. этот показатель составлял 65%)	не измерено
Повышение эффективности, обеспечение справедливости, усовершенствование механизмов финансирования	
Унифицировать к 2009 г. механизм распределения ресурсов здравоохранения между вилоятами и туманами	
Усовершенствовать механизм распределения ресурсов, увеличив к 2009 г. долю финансирования на текущие расходы медицинских учреждений первичного звена и охраны здоровья матери и ребенка (за исключением расходов на зарплату персонала) до 20% (в 2000 г. – 15%)	В учреждениях первичного звена расходы (кроме зарплаты) в 2008 г. составили 5,6% и 9,8% в 2011 г.
Обеспечить к 2009 г. финансовую самостоятельность программы по обеспечению безопасности крови	в 2009 г. 81% издержек программы по обеспечению безопасности крови финансировались государством
Обеспечить к 2009 г. составление бюджетов СВП по подушевым нормативам	во всех учреждениях первичного звена используется подушевое финансирование
Ввести к 2009 г. новый механизм финансирования больниц в пилотных областях	запущен пилотный механизм финансирования больниц
Снизить к 2009 г. число выдаваемых СВП направлений на госпитализацию и уровень госпитализаций на 10%	20% пациентов направлено на госпитализацию в 2004 г. и 12% в 2010 г.
Снизить к 2009 г. среднюю продолжительность пребывания в стационаре при неосложненных родах до 5 дней (в 2000 г. – 9 дней)	5,4 дня в 2009 г., 5,2 дня в 2011 г.

Целевые показатели	Ход выполнения по состоянию на 2011 г.
Укрепление служб охраны здоровья матери и ребенка	
Повысить к 2009 г. долю беременных женщин, получающих в первый триместр беременности первичный антенатальный уход, осуществляемый квалифицированными медицинскими работниками, до 50%	39% в 1996 и 87,7% в 2010 г.
Повысить к 2009 г. долю страдающих анемией беременных женщин, получающих добавки железа, на 10%	57% получили добавки железа в 2011 г.
Повысить к 2009 г. уровень использования консультаций по вопросам интервалов между родами на 20%	процент женщин с интервалом между родами меньше двух лет составлял 8% в 2009 г. и 6,8% в 2010 г.
Повысить к 2009 г. долю новорожденных, получающих вакцинацию против гепатита В, до 20% (в 2001 г. – 8%)	99,3% новорожденных получили вакцинацию в 2011 г.
Повысить к 2009 г. долю младенцев в возрасте до 3 месяцев, получающих исключительно грудное вскармливание, до 20% (в 2002 г. – 9%)	98,1% в 2009 г.
Программа обеспечения безопасности крови	
Повысить к 2009 г. уровень скрининга используемой для переливания крови на инфекции до 90% (в 2000 г. – 60%)	100% в 2009 г., инфекций, связанных с переливанием крови, не наблюдалось
Разработать к 2007 г. государственную программу обеспечения безопасности крови	программа разработана, но не принята
Разработать к 2007 г. государственную политику и законодательные нормы, касающиеся обеспечения безопасности крови	разработано и принято семь документов, определяющих политику
Создать к 2008 г. Государственную систему и стандарты качества в соответствии с руководством ВОЗ	разработаны и приняты в 2012 г.
Обеспечить к 2009 г. 100%-ное добровольное бесплатное донорство крови	98% в 2012 г.
Создать 6 комплексных областных центров переливания крови (в 2002 г. таких центров не было вообще)	достигнуто
Создать к 2009 г. больничные банки крови, ориентированные на потребности пациентов	достигнуто
Разработать и ввести к 2007 г. клинические протоколы по безопасному использованию крови	достигнуто

Проект «Здоровье III» (2012–2018 гг.)

Проект «Здоровье III» состоит из четырех компонентов (см. показатели в таблице 6.4, также см. World Bank, 2011), которые сосредоточены на:

1. услугах здравоохранения, оказываемых на уровне районных/городских больниц и учреждений первичной медицинской помощи;
2. финансировании и управлении здравоохранением;
3. профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями;
4. управлении проектом и оценке.

Планируется, что оказание медицинских услуг улучшится за счет оснащения районных и городских больниц медицинским оборудованием, медицинской мебели и оборудования для хранения и удаления отходов по определенному списку. Кроме того, будут проведены оценки больничных помещений на предмет соответствия новым строительным требованиям и, в случае необходимости, будут осуществляться необходимые улучшения. Реформы первичной медико-санитарной помощи в городских условиях будут расширены с тем, чтобы охватить все городские учреждения первичной медико-санитарной помощи в пилотных городах. Подготовка врачей первичного звена по десятимесячной программе обучения в общеврачебной практике будет продолжена.

Клинические руководства по ряду клинических заболеваний будут подготовлены на доступных местных языках. Будут осуществляться каскадные тренинги в целевых объектах для улучшения соблюдения новых руководств.

Компонент финансирования и управления здравоохранением направлен на укрепление местного потенциала в вопросах финансирования и управления здравоохранением. Повышение эффективности профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними будет иметь форму укрепления местного потенциала в области укрепления здоровья. Последний компонент предусматривает проведение ряда оценочных исследований для укрепления процесса принятия решений в секторе здравоохранения на основании фактических данных.

Этот проект на сегодняшний день является крупнейшим реализуемым в Узбекистане проектом в сфере здравоохранения. Для мероприятий проекта обещано 228 миллионов долларов США, из которых около 186 миллионов будет предоставлено Всемирным банком в виде кредитов, в то время как остальная часть будет покрыта за счет государственных средств.

Таблица 6.4

Некоторые целевые показатели проекта «Здоровье III»

Целевые показатели	Цели хода реализации проекта
Улучшение больничных услуг и первичной медицинской помощи	
Оснастить центральные районные больницы туманов мебелью, медицинским оборудованием и оборудованием для хранения и удаления отходов	100% охват по всей стране к концу проекта
Разработать новые клинические руководства; их соблюдение в медицинских объединениях туманов и городов	руководства по 25 заболеваниям к концу проекта
Подготовка врачей городских ПМСП по 10-месячной программе подготовки ВОП	подготовка 3 670 врачей к концу проекта
Постоянные тренинги профессионального развития	предоставление тренингов 6 000 докторов и 57 000 медсестер к концу проекта
Тренинги по больничному управлению для управленцев больниц	предоставление тренингов 477 управленцев к концу проекта
Финансирование и управление здравоохранением	
Тренинги по финансовому управлению	предоставление тренингов 600 сотрудников к концу проекта
Подготовка и публикация Обзоров государственных расходов	два отчета к концу проекта
Подготовка и публикация национальных счетов здравоохранения	два отчета к концу проекта
Укрепление профилактики и контроля неинфекционных заболеваний	
Обучение специалистов общественного здравоохранения в области сбора и анализа данных	предоставление тренингов 300 сотрудников к концу проекта
Создание просвещающих видеороликов о рисках сердечно-сосудистых заболеваний	создание 6 роликов к концу проекта
Управление, мониторинг и оценка проекта	
Укрепление потенциала мониторинга и оценки среди сотрудников Министерства здравоохранения и сотрудников проекта	не описаны в ссылочном документе

Источник: World Bank, 2012b.

6.1.3 Реформы в секторе вторичной и третичной медицинской помощи

В Узбекистане больницы районного и городского уровней считаются частью гарантированной государством первичной медико-санитарной помощи. Эти больницы, главным образом, финансируются из государственных средств, и их реформы тесно связаны с реформами ПМСП. Медицинские учреждения на областном и республиканском уровнях считаются поставщиками вторичной и третичной помощи. Большинство из этих учреждений функционируют как стационары, но они также оказывают и амбулаторные услуги.

До сих пор реформы в секторе вторичной и третичной медицинской помощи были сосредоточены на изменении схем подчиненности учреждений третичного звена республиканского уровня и повсеместном сокращении коечного фонда в больницах с государственным финансированием. В 2003 г. четыре учреждения третичного звена на республиканском уровне были преобразованы в специализированные центры с расширенной ролью в части организации деятельности, а также управления собственными финансовыми и людскими ресурсами. Центрам было разрешено устанавливать цены на свои услуги, и технически они стали учреждениями, оказывающими платные услуги. Тем не менее, процессы ценовой политики в этих учреждениях должны были соответствовать инструкциям Министерства финансов, Министерства здравоохранения и Государственного комитета, занимающегося вопросами конкуренции и монополии. До 20% услуг должны были оказываться лицам, подпадающим под определение «уязвимых слоев населения»; расходы по уходу за этой группой населения покрываются Министерством здравоохранения (Президент Республики Узбекистан, 2003, Кабинет Министров, 2004). В 2009 году пилоты третичного уровня были расширены и включили еще шесть объектов третичной помощи (Кабинет Министров, 2009b).

По состоянию на 2013 г., пилотные учреждения третичного уровня должны были постепенно стать акционерными обществами с контрольной долей акций, принадлежащей государству. Ожидалось, что эти изменения приведут к увеличению гибкости в управлении, доходам и инновациям (Кабинет Министров, 2012a). Тем не менее, остается неясным, какое влияние эти пилотные схемы имели на финансовое состояние пилотных учреждений, качество оказываемой ими медицинской помощи, а также доступ к высокоспециализированной медицинской помощи для различных групп населения.

Инициативы по реформированию учреждений на областном уровне (вилоятов) до сих пор в значительной степени ограничивались реконструкцией помещений и рационализацией (Президент Республики Узбекистан, 2007c, 2007d; Кабинет Министров, 2008). В настоящее время на областном уровне создаются три различных вида учреждений вторичного звена: многопрофильные медицинские центры для взрослых, педиатрические медицинские центры и медицинские диагностические центры. Если первые два вида являются учреждениями больничного типа, оказывающими как стационарные, так и амбулаторные медицинские услуги, то третий тип объекта предоставляет только амбулаторную

помощь. Ожидается, что медицинские диагностические центры будут работать по схеме самофинансирования, взрослые многопрофильные центры – с сочетанием бюджетных средств и самофинансирования, а педиатрические центры будут полностью финансироваться государством.

В настоящее время на уровне вилоятов существует множество специализированных клиник, функционирующих параллельно с учреждениями новых типов, дублируя множество услуг. На сегодняшний день еще не ясно, что правительство планирует делать с этими поставщиками специализированной помощи, которые выходят за рамки трех новых типов объектов.

Как результат реформ здравоохранения, правительству удалось значительно сократить количество больничных коек с момента обретения независимости. В начале 2000-х годов число больничных коек сократилось примерно до половины уровня 1990-х гг. (см. главу 4). Тем не менее, не ясно, включены ли в официальную статистику только койки с бюджетным финансированием, все имеющиеся койки в государственном секторе, или койки, имеющиеся как в государственном, так и в частном секторах.

В 2011 г. новый Указ Президента (Президент Республики Узбекистан, 2011а) поставил целью дальнейшее сокращение количества финансируемых государством больничных коек (на 18 000 мест, что эквивалентно сокращению приблизительно на 14%). Им также предусмотрено закрытие более чем 1 000 зданий в государственном секторе здравоохранения. В таблице 6.5 содержится информация о количестве и типах зданий, которые предполагается в будущем закрыть.

Таблица 6.5

Намеченная рационализация зданий в государственном секторе здравоохранения

	Число зданий до 2012 г.	Предполагаемое число зданий после выполнения Указа Президента № 1652
Число зданий районного/городского уровня	4011	2921
Число зданий в туберкулезной сети	152	76
• районного/городского уровня	111	39
• областного уровня	41	37
Итого	4163	2997

Источник: Президент Республики Узбекистан, 2011б.

На 2012–2015 гг. запланированы значительные инвестиции в оборудование учреждений вторичного и третичного звена. Эти инвестиции являются частью более крупных инвестиционных планов, которые охватывают объекты экстренной и скорой помощи, онкологические учреждения, учреждения, предоставляющие помощь пациентам с туберкулезом и шести национальных специализированных центров (урологии, хирургии, дерматологии, микрохирургии глаза, внутренней медицины и реабилитации, и эндокринологии). Около 15 миллионов долларов США будут направлены на приобретение оборудования для шести центров высокоспециализированной медицинской помощи. Примерно 60 миллионов долларов США планируется направить на улучшение онкологической службы, 28 миллионов долларов США – для модернизации оборудования в противотуберкулезных учреждениях, а 10 миллионов долларов США для служб экстренной и скорой медицинской помощи.

Примеры ожидаемых покупок: машины скорой помощи, создание централизованных колл-центров обработки вызовов для служб скорой помощи, машин КТ, линейные ускорители, ультразвуковые аппараты для онкологической службы и цифровые рентгеновские аппараты, а также лабораторное оборудование для противотуберкулезных учреждений. Правительство выделило 10 миллионов долларов США для реабилитации и оснащения психиатрических учреждений.

6.1.4 Реформы здравоохранения материнства и детства

Реформы, связанные с охраной здоровья матери и ребенка, были тесно связаны с вышеупомянутыми реформами первичной и специализированной помощи, в частности в Проекте «Здоровье матери и ребенка» при поддержке АБР. Более ранние инициативы предусматривали создание централизованных родильных домов и процессов по уходу, основанных на протоколах. Более недавние реформы включают укрепление медицинских услуг в сфере материнства и детства в учреждениях первичной помощи и инфраструктурные инвестиции в родильные дома на районном и областном уровне, например, в рамках проектов, финансируемых АБР, и KfW и ЕС.

6.1.5 Реформы медицинского образования

Раньше академическое образование врачей представляло собой процесс из двух этапов (см. главу 4). Первый этап заключался в получении степени *tibbiyot fanlari nomzodi* (кандидат медицинских наук), которая считалась

необходимым условием для второго этапа, в котором врачи проводили крупномасштабные исследования, чтобы защитить степень *tibbiyot fanlari doktori* (доктор медицинских наук). Финансирование научных исследований не было основано на проектах, вместо этого оно выделялось штатным единицам в научно-исследовательских институтах.

Более ранние реформы были направлены на финансирование научных исследований. Теперь правительство перешло к конкурентному финансированию научных исследований, основанных на проектах, где финансирование выделяется на конкретный проект и срок (Президент Узбекистана, 2002, 2006).

Последние инициативы по реформированию сосредоточены на подготовке научных кадров. Указ Президента № 4456 установил новый формат получения научной степени, упразднив существовавшую ранее двухэтапную схему академической подготовки и заменив ее одноэтапной структурой, схожей с большинством западноевропейских стран. В рамках этой новой структуры, врачи, намеревающиеся получить научную степень, проводят исследования и защищают степень *tibbiyot fanlari doktori*, что эквивалентно степени доктора философии (PhD) (Кабинет Министров, 2012b, Президент Республики Узбекистан, 2012b).

7. Оценка системы здравоохранения

Несмотря на ограниченность масштабных сведений о работе системы здравоохранения, можно выделить несколько тенденций и задач. Страна предпринимает значительные усилия, чтобы повысить эффективность системы здравоохранения, обеспечить равное распределение медицинских учреждений и защитить уязвимые слои населения от катастрофических расходов на здравоохранение. Несмотря на увеличивающуюся долю государственных расходов на здравоохранение, большая доля личных платежей граждан и ограниченность пакета льгот, который включает в себя лишь первичную и экстренную медицинскую помощь, означают, что с финансовой точки зрения население недостаточно защищено от последствий плохого здоровья, что, в свою очередь, выливается в проблемы обеспечения равенства в вопросах охраны здоровья и доступа к услугам. Качество медицинских услуг все больше признается проблемным аспектом, постоянно прилагаются усилия по совершенствованию протоколов лечения, пересмотру программ медицинского образования, непрерывного профессионального развития, а также обеспечению качества и улучшению структур. Налицо также усилия, предпринимаемые для увеличения эффективности распределения ресурсов – доля ресурсов, вовлеченных в реформированную систему первичного здравоохранения, постепенно растет. Среди прочих проблем системы здравоохранения Узбекистана – практика неофициальных платежей, а также тот факт, что до сих пор в медицинском обслуживании восприятием и предпочтениями пациентов в большей части пренебрегают.

7.1 Задачи системы здравоохранения

В Узбекистане цели и задачи системы здравоохранения сформулированы в виде общих принципов. Детализация соответствующих задач содержится в ряде специальных программ (см. главу 6). Общие принципы узбекской системы здравоохранения изложены в нескольких ключевых правительственных документах. В частности, в статье 3 закона «Об охране здоровья граждан» 1996 г. (Республика Узбекистан, 1996) указаны следующие основные принципы охраны здоровья граждан:

- соблюдение прав человека в области охраны здоровья;
- доступность медицинской помощи для всех слоев населения;
- приоритет профилактических мер;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- единство медицинской науки и практики.

Эти принципы в последующих документах были переформулированы в виде организационных задач, например, по созданию новых медицинских учреждений или новых механизмов финансирования. Указ Президента 2011 г. о следующих этапах реформирования системы здравоохранения (Президент Республики Узбекистан, 2011b), например, обращен к принципам доступности и профилактики в рамках инициатив по реформированию в сфере первичной и неотложной медицинской помощи. Другие президентские указы сосредоточены на других принципах, например, повышение эффективности и содействие инновациям посредством реформ третичной помощи, или адаптация результатов научно-исследовательской работы к потребностям системы здравоохранения страны, обозначив реформы медицинской науки. Реализация национального законодательства находится под пристальным контролем, например, за счет использования централизованной административной инфраструктуры и прямой ответственности.

7.2 Финансовая защита и равенство в финансировании здравоохранения

7.2.1 Финансовая защита

Плохое состояние здоровья может стать значительным финансовым бременем для лиц и домохозяйств в связи с расходами на медицинское

обслуживание и связанного с ним потерей заработка. В советский период правительство предоставляло значительную финансовую защиту от плохого здоровья. Практически все виды медицинской помощи предоставлялись бесплатно в месте их потребления. Хотя неофициальные платежи и существовали, они редко влияли на финансовую защиту. Государственная система социальной поддержки выплачивала компенсации тем, кто не мог работать из-за болезни, по ставкам, близким к их нормальному уровню заработной платы, до их возвращения на работу.

После распада Советского Союза и в результате экономических трудностей в Узбекистане не было особого выбора, кроме как ограничить льготы во всех социальных сферах, включая услуги здравоохранения и социальную поддержку для больных лиц. Было принято решение ограничить финансовую защиту от плохого состояния здоровья отдельными сферами здравоохранения, такими как первичная и неотложная медицинская помощь.

Государственные учреждения ПМСП в Узбекистане должны обеспечивать всеобщий охват населения бесплатной медицинской помощью. Однако в программу государственных гарантий не входит комплексное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении; исключение сделано только для немногочисленных льготных категорий населения, а также для пациентов, страдающих некоторыми заболеваниями (см. главу 3). В Узбекистане нет механизмов возмещения расходов населения на приобретаемые медикаменты, например, посредством объединения финансовых ресурсов третьей стороной. Из-за отсутствия возмещения медикаментозных расходов при амбулаторном лечении уровень использования номинально бесплатных услуг ПМСП может снижаться. Полное фармацевтическое покрытие – это дорогостоящее мероприятие. В 2013 г. общее государственное финансирование здравоохранения составило чуть больше 1,5 млрд. долларов США (по официальному курсу), а прогнозируемый на этот же год объем фармацевтического рынка составлял 600 млн. долларов США (Chemtar, 2013; Министерство финансов, 2014). Во многих других бывших советских республиках за амбулаторные медикаменты также необходимо платить (Rechel et al., 2013; Richardson, Sautenkova & Bolokhovets, 2014).

Экстренная помощь, которую должна обеспечивать широкая сеть учреждений экстренной помощи, формально является бесплатной и общедоступной. Несмотря на то, что данные об объеме государственного финансирования, выделяемого на оказание экстренной помощи, найти довольно трудно, отдельные сведения позволяют предположить, что

учреждения экстренной помощи оснащены относительно неплохо. Лекарственное обеспечение учреждений экстренной помощи считается гораздо лучшим, чем в учреждениях первичного и вторичного звеньев государственного сектора, которые должны предоставлять населению бесплатную помощь по программе государственных гарантий. Медикаменты, отсутствующие в учреждении, должны обеспечиваться самими пациентами.

Похоже, что реализация принципа «бесплатной и общедоступной экстренной помощи» привела к ряду нежелательных последствий. В частности, поскольку услуги вторичной и третичной медицинской помощи, как правило, являются платными и гражданам приходится оплачивать эту помощь за собственный счет (так как системы плательщиков третьей стороны, которые возмещали бы больницам их расходы, нет), а объем лекарственного обеспечения ограничен, то это создает нежелательные стимулы для использования услуг экстренной помощи вместо услуг неэкстренного больничного сектора. В результате пациенты для получения неэкстренных стационарных услуг вместо профильных учреждений соответствующего звена обращаются в службы экстренной помощи. Это приводит не только к потере эффективности, но и, вероятно, ограничивает доступность экстренной помощи для тех, кто в ней действительно нуждается.

Кроме того, при получении номинально бесплатных услуг в первичной и экстренной медицинской помощи, возможно, часто требуются неофициальные платежи, которые, по всей вероятности, ослабляют предусмотренную реформами финансовую защиту. По имеющимся сведениям практика неофициальных платежей более распространена в больницах, чем в учреждениях первичной медицинской помощи (World Bank, 2009).

За последнее десятилетие усилия по укреплению финансовой защиты были в первую очередь направлены на улучшение инфраструктуры объектов, оказывающих услуги, включенные в пакет государственных гарантий. Эти усилия выразились в инвестициях в учреждения первичной медицинской помощи по всей стране, в услуги скорой и неотложной медицинской помощи, а также в детские учреждения областного и общереспубликанского уровней (см. главу 6). Инвестиции в инфраструктуру, в основном, состояли из строительных работ и закупок медицинского оборудования. Ожидалось, что они увеличат финансовую защиту за счет повышения качества услуг. Тем не менее, достоверные данные о результативности этих инвестиций в части финансовой защиты отсутствуют.

Механизмы финансирования специализированной медицинской помощи отражают усилия правительства по переложению расходов на внебюджетные источники. Государственные гарантии во вторичном и третичном звене предоставляются только для определенных категорий населения и болезней, которые не обязательно связаны с финансовым состоянием отдельных лиц. В отсутствие обязательных схем объединения финансовых ресурсов третьей стороной (например, страховыми компаниями), большая часть доходов в учреждениях третичной медицинской помощи поступает от прямых платежей, таким образом, все расходы перекладываются на самих больных. Бремя особенно будет тяжело отражаться на малоимущих слоях населения, которые не входят в льготные категории. Требование неофициальных платежей еще сильнее ухудшает положение малоимущих; даже если они и получают помощь, ее качество может быть ниже, если они не могут позволить себе произвести требуемый неофициальный платеж.

7.2.2 Равноправие в финансировании

Ядром системы здравоохранения Узбекистана является государственная, финансируемая за счет налогов система. Частный сектор представляет лишь малую долю оказанных медицинских услуг. В целом, система, финансируемая за счет налогов, способствует равноправию в финансировании, так как лица с более высокими доходами платят больше, независимо от фактического потребления ими услуг.

Тем не менее, необходимо принять во внимание два важных элемента существующей системы. В Узбекистане, как и во многих других постсоветских странах, неформальный сектор составляет значительную долю в экономике (Bendini, 2013; World Bank, 2013). Это означает, что не весь доход облагается налогом и, соответственно, не все люди вносят свой вклад в систему в соответствии со своими доходами.

Другой элемент связан с ограниченностью гарантированного государством пакета услуг и значимостью личных платежей. Гарантированный пакет, в основном, ограничивается первичной медицинской помощью, скорой и неотложной помощью, педиатрическими услугами, услугами для определенных категорий населения и лечением определенных болезней (см. главу 3). Другие услуги в государственном секторе, особенно на уровнях вторичного и третичного звена, все больше переводятся на платную основу. Хотя специализированные учреждения оказывают услуги бесплатно для определенных групп населения (см. главу 3), эти бесплатные услуги составляют лишь небольшую долю

в общем объеме оказываемой медицинской помощи. Такой расклад приводит к неравенству в финансировании услуг вне гарантированного пакета. Кроме того, общепринятая практика неофициальных платежей так же, как и частная индустрия, работающая на платной основе, еще больше способствует вертикальному неравенству в финансировании.

7.3 Восприятия пациентов и равенство доступа к услугам здравоохранения

7.3.1 Восприятия пациентов

Во многих отношениях, медицинские услуги не отличаются от многих других услуг, предоставляемых на рынке. На рынке товары и услуги должны удовлетворять трем ключевым аспектам, чтобы добиться успеха: они должны делать то, что они должны делать; они должны быть безопасными и надежными; и они должны обеспечивать хорошее восприятие среди пользователей (Bate & Robert, 2006). В Узбекистане поставщики услуг здравоохранения, в основном, сосредоточены на первых двух элементах и часто пренебрегают попытками улучшить восприятие пациентов. Функционирует система «издержек и противовесов», учитывающая мнения пользователей (то есть, схемы подачи жалоб), но зачастую они носят ретроспективный характер и сосредоточены на отдельных случаях, а не на улучшении системы в целом.

Эффективность и безопасность имеют первостепенное значение в области здравоохранения – это очевидно. Тем не менее, имеются серьезные экономические основания для улучшения пользовательского опыта. Один важный экономический аспект связан с издержками неиспользованных возможностей. Многие врачи в государственном секторе не имеют систем предварительной записи на приемы. Это приводит к длительным простоям в очереди и многочисленным повторным визитам. У многих поставщиков также отсутствуют системы оценки и улучшения рабочих процессов, что приводит к неудовлетворительному восприятию пациентов и к потере производительности из-за плохо проработанных рабочих процессов.

Несмотря на имеющиеся единичные инициативы, предпринимаемые поставщиками услуг по улучшению пользовательского опыта, масштабные, общесистемные усилия, по-прежнему, не предпринимаются. Надежных общесистемных данных о восприятии и предпочтениях пациентов также не существует. Тем не менее, исследования в других бывших

советских республиках выявляют низкую степень удовлетворенности среди пациентов. В опросе, проведенном в 2010 году в девяти странах постсоветского пространства, около 40% пациентов, в среднем, были удовлетворены соответствующей системой здравоохранения (Footman et al., 2013).

Одна из возможных причин, почему пользовательский опыт в узбекской системе здравоохранения не является приоритетным, заключается в том, что в секторе здравоохранения редко применяются бизнес-модели и идеи нового государственного управления. Медицинские услуги выполняются, в первую очередь, врачами, а курсы подготовки управленческих кадров здравоохранения в стране не имеют сильную бизнес-составляющую.

Ситуация в частном секторе несколько отличается – здесь восприятия пациентов удостоены большего внимания. Однако за последние несколько лет правительство приняло меры по сокращению сфер деятельности частного сектора. Например, стационарные хирургические процедуры в основной своей массе должны осуществляться в государственном секторе. Выполнение их в частном секторе требует специальных разрешений, которые если и выдаются, то крайне редко. В результате, некоторые государственные учреждения стали де-факто монопольными поставщиками в сфере услуг третичной медицинской помощи. Такое положение дел не способствует реагированию поставщиков на потребности пациентов и повышению качества их обслуживания.

7.3.2 Равноправие доступа к услугам здравоохранения

Доступ к медицинской помощи требует наличия услуг и равного доступа (Gulliford et al., 2002). Наличие услуг, когда в них испытывается потребность или необходимость, можно описать как потенциальный доступ. Фактический доступ связан с возможностью потребления имеющихся в наличии услуг или с наличием барьеров, которые препятствуют потреблению имеющихся услуг (Aday & Andersen, 1974; Andersen, 1995).

В Узбекистане регулярно собираются количественные данные об имеющейся инфраструктуре, такие как число больничных коек, амбулаторных клиник, врачей и медсестер. Эти данные могут помочь оценить потенциальный доступ к услугам.

В государственном секторе, данные об использовании медико-санитарной помощи, то есть, о фактическом доступе, также собираются регулярно. Однако в частном секторе, протоколы сбора данных

соблюдаются не строго, и представленные данные не отражают фактических показателей потребления услуг. Более того, данные об использованных услугах не отражают информацию о неудовлетворенных медицинских потребностях. Это особенно относится к таким сферам деятельности, как специализированная медицинская помощь, которая оказывается на платной основе.

Зачастую выделяют два основных типа барьеров в отношении доступа к услугам здравоохранения. Географическая доступность связана с расстоянием до медицинских учреждений: чем больше расстояние, тем выше расходы, связанные с получением медицинской помощи (то есть, расходы на проезд и проживание). Финансовая доступность связана с тем, влияет ли и, если да, то каким образом, способность платить за потребление услуг. Там, где личные платежи граждан являются повсеместными, например, в сфере специализированной медицинской помощи в Узбекистане, существуют более высокие финансовые барьеры для доступа.

В то время как реформы первичного звена привели к закрытию учреждений первичной медицинской помощи в сельских районах, правительство поставило целью обеспечить равный географический доступ к реорганизованным подразделениям первичной медицинской помощи (Ahmedov et al., 2007). С этой целью были изготовлены карты и отображено географическое расположение отделений ПМСП по отношению к населенным пунктам. В городской местности в системе ПМСП масштабных закрытий учреждений не было, поэтому можно предположить, что географический доступ к услугам первичной медицинской помощи в городских районах остался таким же, как и в дореформенный период.

В сфере стационарной вторичной медицинской помощи произошло некоторое сокращение числа малых сельских больниц, но в каждом городе или тумане имеется, по крайней мере, одна центральная городская или районная больница. Таким образом, можно предположить, что географический доступ к стационарной помощи в значительной степени сохраняется в том же виде, несмотря на закрытие небольших сельских больниц. Третичные стационарные учреждения не подвергались каким-либо значительным закрытиям, хотя на их доступность, возможно, повлияло сокращение числа коек. Улучшение доступности ряда комплексных услуг третичной медицинской помощи было основной целью реформ сектора специализированной медицинской помощи

в Узбекистане. С момента обретения независимости был создан ряд специализированных центров третичной медицинской помощи в таких сферах, как нейрохирургия, офтальмологическая микрохирургия и кардиохирургия.

Финансовая доступность была ослаблена за счет расширившейся за последние два десятилетия практики формальных и неформальных сборов с пользователей. По оценкам ВОЗ, в 2012 г. личные выплаты граждан составили почти половину всех расходов на здравоохранение (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014а). Плата за медицинские услуги может ограничивать доступ к необходимой медицинской помощи, при этом на малоимущих слоях населения это отражается несоразмерно больше. Это особенно верно в случае Узбекистана, где право на льготное медицинское обслуживание не связано напрямую с уровнем дохода пациента. Соответственно, между пациентами и категориями населения, имеющими право на гарантированный государством льготный пакет услуг, и остальной частью населения существуют значительные различия в части финансовой доступности услуг.

Существуют также и другие типы барьеров. Многие сельские учреждения первичного звена сталкиваются с нехваткой врачей. Ненадежные поставки электричества и водоснабжения сельских медицинских учреждений также создают препятствия при потреблении услуг в области здравоохранения (World Bank, 2009; Эксперт фикри, 2011; Министерство Здравоохранения, 2014). Исследований неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи в Узбекистане найдено не было.

7.4 Результаты здравоохранительных мер и качество услуг

7.4.1 Состояние здоровья населения

Состояние здоровья населения можно оценить с помощью ряда мер, в частности, тех, которые охватывают общие уровни смертности, уровни смертности по конкретным болезням и уровни заболеваемости. Динамика этих показателей с течением времени может дать представление о том, были ли инициативы для улучшения здоровья населения успешными. Тем не менее, изменения в общих показателях смертности и заболеваемости

могут быть вызваны различными факторами, в том числе изменениями в экономике, сфере образования, политической системе, системе социальной защиты и системе здравоохранения.

С другой стороны, изменения в показателях, связанных с конкретными заболеваниями, часто можно легко связать с конкретными усилиями сектора здравоохранения. Хотя показатели иммунизации высоки, результаты здравоохранительных мер в ряде других инфекционных заболеваний (таких как туберкулез и ВИЧ/СПИД) и в большинстве неинфекционных заболеваний (таких как сердечно-сосудистые или респираторные заболевания) намного хуже по сравнению с результатами здравоохранительных мер в странах Западной Европы. Тем не менее, последние успехи в снижении неонатальной и материнской смертности (см. главу 1) можно, по крайней мере, частично, объяснить улучшением качества оказания медицинских услуг.

В последние годы также наблюдаются улучшения в ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Тем не менее, достигнутый прогресс установить точно трудно, т.к. официальная статистика отличается от оценок международных агентств (см. главу 1). По оценкам Всемирного Банка, ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Узбекистане увеличилась на 1,6 лет в период с 1991 по 2012 гг., с 66,5 до 68,1 лет (World Bank, 2014). Аналогичный рост наблюдается в Казахстане (1,6 лет) и Кыргызстане (1,5 лет), в то время как гораздо больший прогресс согласно оценкам достигнут в Туркменистане (2,6 лет) и в особенности в Таджикистане (4,6 лет) (World Bank, 2014).

Потерянные годы жизни (ПГЖ) и годы жизни с поправкой на инвалидность (ГЖПИ) – это другие показатели, которые предоставляют информацию о состоянии здоровья населения. В ПГЖ учитывается возраст, в котором наступила смерть. Показатель увеличивается в случаях смерти в более молодом возрасте, таким образом, давая информацию о преждевременной смерти. ГЖПИ, в дополнение к измерению преждевременной смерти, также учитывает годы, утраченные в результате плохого состояния здоровья и инвалидности (ВОЗ, 2006). В таблице 7.1 перечислены заболевания в порядке их вклада в общий ПГЖ в Узбекистане в 1990 г. и 2010 году. За этот период времени, уровень заболеваемости болезнями нижних дыхательных путей снизился, в то время как заболеваемость неинфекционными болезнями, таких как ишемическая болезнь сердца, инсульт и цирроз печени, увеличилась.

Таблица 7.1

10 основных причин ПГЖ, 1990 и 2010 гг.

№ п/п	Патология, 1990 г.	% ПГЖ, 1990 г.	Патология, 2010 г.	% ПГЖ, 2010 г.
1	Инфекции нижних дыхательных путей	25,8	Инфекции нижних дыхательных путей	16,3
2	Ишемическая болезнь сердца	9,9	Ишемическая болезнь сердца	16,3
3	Неонатальная энцефалопатия	8,4	Инсульт	7,5
4	Диарейные заболевания	6,3	Неонатальная энцефалопатия	6,5
5	Инсульт	5,2	Цирроз	4,3
6	Осложнение ранних родов	3,9	Дорожно-транспортный травматизм	3,9
7	Дорожно-транспортный травматизм	3,1	Осложнение ранних родов	2,9
8	Врожденные аномалии	2,9	Врожденные аномалии	2,4
9	Утопление	2,2	Самостоятельное нанесение увечий	2,2
10	Цирроз	1,9	Туберкулез	2,1

Источник: ИНМЕ, 2014.

С учетом инвалидности более значимыми становятся такие болезни как диабет, боли в пояснице и большое депрессивное расстройство (таблица 7.2).

Таблица 7.2

Основные причины ГЖПИ и изменения в процентном выражении в период с 1990 до 2010 гг.

№ п/п	Патология, 1990 г.	Изменение, % 1990–2010 гг., округлен
1	Ишемическая болезнь сердца	60
2	Инфекции нижних дыхательных путей	-40
3	Инсульт	40
4	Неонатальная энцефалопатия	-20
5	Дорожно-транспортный травматизм	20
6	Большое депрессивное расстройство	70
7	Цирроз	120
8	Боль в пояснице	50
9	Железодефицитная анемия	5
10	Диабет	130

Источник: ИНМЕ, 2014.

Тем не менее, стоит отметить, что эти данные по ПГЖ и ГЖПИ несут в себе значительные неопределенности, связанные с ограниченностью данных и использованием предположений и оценок в случаях, когда данные не были доступны (ИНМЕ, 2014). В Узбекистане национальные данные по конкретным болезням, в основном, включают в себя показатели, связанные с заболеваемостью, распространенностью и смертностью. Данные, представленные Узбекистаном ВОЗ, подтверждают увеличение заболеваемости неинфекционными болезнями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, рак и диабет. К сожалению, эти данные уже давно не обновляются – последние данные по уровням смертности от конкретных заболеваний были 2005 года.

Кроме того, с учетом сложившейся структуры и организации системы здравоохранения и схем сбора данных к некоторым официальным данным следует относиться с осторожностью. Например, данные о заболеваниях, которые связаны со льготами в государственном секторе, таких как онкологические заболевания, скорее всего, более точные. Что же касается сердечно-сосудистых заболеваний или болей в спине, то некоторые пациенты с такими болезнями могут полностью обслуживаться в частном секторе, где к документации и к отчетности применяются менее строгие требования.

Существует очевидная потребность в более точных данных. Существует ряд медицинских вмешательств, которые снижают уровни смертности, заболеваемости и развитие болезни и которые включены в клинические руководства развитых стран (Strippoli et al., 2004; Rodbard et al., 2007; Benson et al., 2008; Smith et al., 2011; AHRQ, 2014). Хорошо разработанные и реализованные инициативы в области сбора данных могут способствовать принятию обоснованных решений и повышению производительности и эффективности системы здравоохранения.

Один из вопросов, который требует к себе внимания – это различия между областями в некоторых показателях. Например, официальная статистика младенческой смертности указывает на существенные различия в разных частях страны (таблица 7.3).

7.4.2 Качество медицинской помощи

Качество медицинской помощи можно оценить, исходя из наличия инфраструктуры, процессов ухода и результатов здравоохранительных мер (Donabedian, 1988). Инфраструктура должна быть доступна для обеспечения доступа к медицинской помощи, а предоставляемый уход должен быть безопасным и эффективным, чтобы привести к улучшенным результатам здравоохранительных мер (Campbell, Roland & Buetow, 2000).

В настоящее время инициативы по улучшению качества, в основном, касаются изменений в процессах ухода.

В Узбекистане обеспечение качества медицинской помощи стало одним из государственных приоритетов, и со второй половины 1990-х гг. в целях модернизации и реорганизации первичного, вторичного и третичного звеньев медицинской помощи, а также служб экстренной помощи был мобилизован значительный объем внешних и внутренних ресурсов (см. главу 6). И хотя достоверных эмпирических данных недостаточно, можно предположить, что вложения в инфраструктуру, оборудование и подготовку кадров способствовали улучшению доступности качественного медицинского обслуживания, что в свою очередь обусловило повышение доверия общества.

Однако для обеспечения улучшений в состоянии здоровья населения одних только инвестиций в инфраструктуру и медицинское оборудование недостаточно до тех пор, пока клиническая практика остается неизменной. И хотя достоверных данных о качестве медицинской помощи в Узбекистане нет, имеющиеся исследования, отчеты, а также случаи из практики указывают на необходимость в существенных улучшениях с тем, чтобы синхронизировать здравоохранение с имеющимися научно-обоснованными клиническими критериями (Asadov & Aripov, 2009; Hasker et al., 2009, 2010; Mundt et al., 2011, 2012; Ahmedov et al., 2012; Roberts et al., 2012).

Таблица 7.3

Младенческая смертность на 1000 живорожденных, 2000–2012 гг., выборочно

	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Узбекистан	18,9	15,4	14,9	14,5	13,6	12,5	11,7	11,0	10,4	10,2
Каракалпакстан	20,5	18,4	17,4	17,1	14,1	13,9	13,9	11,8	11,2	11,8
Андижан	15,2	14,0	12,3	12,1	13,0	11,0	10,4	9,4	9,2	11,9
Бухара	19,0	14,0	12,0	13,2	13,2	13,1	12,7	11,3	10,2	10,6
Джизак	16,2	12,0	12,3	10,5	10,5	10,4	9,8	8,8	8,8	8,1
Кашкадарья	19,0	14,0	13,8	13,3	12,8	12,0	11,4	10,1	9,6	8,8
Навои	18,4	12,6	10,9	9,4	9,9	8,6	7,9	6,6	7,4	7,6
Наманган	18,8	14,0	15,1	13,9	14,3	12,8	11,8	12,5	12,5	11,9
Самарканд	16,0	12,2	12,7	12,3	12,5	11,2	9,4	9,4	9,0	7,7
Сурхандарья	20,7	11,6	11,6	10,4	9,9	8,6	8,6	7,8	6,6	7,4
Сырдарья	20,4	18,1	16,7	15,7	13,9	14,4	12,2	10,2	10,7	11,6
Ташкентская область	19,6	15,6	15,4	14,0	12,8	11,7	11,0	11,0	10,6	9,9
Фергана	19,3	20,1	19,3	19,4	17,3	15,0	15,0	14,1	12,7	12,1
Хорезм	24,6	17,1	16,3	16,9	13,5	15,1	12,0	12,0	11,8	11,3
г. Ташкент	19,5	22,6	22,3	23,2	18,7	17,6	16,4	17,1	15,6	13,1

При сравнении с существующими научно-обоснованными подходами, в Узбекистане имеет место как недостаточное применение, так и чрезмерное или неправильное использование ряда медицинских подходов и услуг. Все три типа неправильных подходов могут, прежде всего, быть связаны с отсутствием у врача знаний о рекомендуемых научно-обоснованных подходах. Тем не менее, в последние годы, чрезмерное использование некоторых услуг не по назначению, судя по всему, получило гораздо большее распространение – тенденция, которая частично объясняется более широким применением механизмов платных услуг как в государственном, так и в частном секторе (O'Rourke, 2007). Представляется, что явные и скрытые стимулы поставщиков платных услуг, а также отсутствие надзора, побуждают врачей проводить чрезмерные обследования, прописывать чрезмерное количество и виды лекарственных средств и оказывать чрезмерное лечение. В то время как чрезмерность услуг является проблемой многих систем здравоохранения (Campbell, 2007; Smith-Bindman, Miglioretti & Larson, 2008; Hockenberry et al., 2011; Roehr, 2012; Bhaumik, 2013a, 2013b; Moynihan, Glasscock & Doust, 2013; Wiener, Schwartz & Woloshin, 2013), было признано, что схема платных услуг влияет на поведение врача и требует повышенного контроля для предотвращения злоупотреблений (Chren, Landefeld & Murray, 1989; Wazana, 2000; Blumenthal, 2004). Однако чтобы быть эффективными, меры и процедуры надзора должны быть тщательно продуманы и реализованы с учетом ограничений научно-обоснованных рекомендаций.

Тем не менее, механизмы оплаты за услуги не являются единственной угрозой для качества медицинской помощи. Критически важными также являются навыки самообучения врачей и имеющиеся структуры для их непрерывного профессионального развития. Медицинское образование в Узбекистане по-прежнему построено вокруг аудиторного обучения и подразумевает очень ограниченное взаимодействие с пациентами. Как правило, выпускники медицинских вузов приступают к клинической практике без чье-либо присмотра сразу после окончания учебы, имея при этом крайне небольшой предварительный опыт ухода за пациентами. Во многих странах, таких как США (USMLE, 2014), Канада (MCC, 2014) или Великобритания (GMC, 2014), от медицинских выпускников требуется удовлетворение минимальным требованиям в части медицинских знаний и навыков посредством прохождения независимо и тщательно разработанных тестов. В Узбекистане отсутствуют какие-либо похожие механизмы. Полезно было бы синхронизировать обучение во всех медицинских вузах страны посредством единых независимых

экзаменов и, если это сделать должным образом, это может обеспечить минимальные стандарты качества среди врачей, приступающих к клинической практике.

Структура непрерывного профессионального развития также недостаточно развита. Стоимость продления разрешения на врачебную практику полностью возложена на врачей. Сбор, взимаемый за продление разрешения, является значительным, учитывая нынешние низкие оклады работников здравоохранения. Заработные платы работников здравоохранения в государственном секторе считаются недостаточными, чтобы стимулировать постоянное самосовершенствование и полную отдачу в уходе за пациентами (World Bank, 2009). Низкие оклады также способствуют практике неформальных платежей.

Кроме того, большинство врачей не имеют доступа к современной медицинской литературе. Это отчасти связано с незнанием английского языка и отсутствием доступа к международным рецензируемым ресурсам. Отсутствие обучения методам критической оценки еще больше сдерживает введение доказательных изменений в клиническую практику. Основными ресурсами обучения являются местные профессиональные встречи, медицинские учебники на русском языке и обязательные учебные модули, разработанные Институтом последипломного медицинского образования. Качество этих ресурсов варьирует, и часто они не отражают самые последние разработки.

Ограничения, применяемые к частному сектору в связи с оказанием услуг третичной медицинской помощи, отчасти стали результатом опасений по поводу плохого качества медицинской помощи, оказываемой с целью получения прибыли в условиях ограниченного контроля со стороны органов здравоохранения. В настоящее время Министерство здравоохранения усилило свой контроль над частным сектором в отношении качества медицинской помощи, но еще предстоит выяснить, являются ли эти расширенные функции надзора достаточными для обеспечения качества медицинской помощи в частном секторе. Несмотря на эти изменения, ограничения на предоставление услуг третичной медицинской помощи в частном секторе на сегодняшний день еще не отменены.

Последней проблемой, стоящей на пути улучшения качества медицинской помощи в Узбекистане, является то, что механизмы обеспечения и улучшения качества клинических услуг все еще находятся в зачаточном состоянии, в том числе в отношении лекарств, лабораторных анализов и диагностических исследований (Emanuel, 2010). Надежные и

достоверные общесистемные данные о качестве медицинской помощи отсутствуют. Существующая система обеспечения качества основывается на жалобах пациентов или сборе сведений о серьезных медицинских ошибках; и не полагается на четко сформулированные и научно-обоснованные рекомендации. Тем не менее, есть некоторые области медицинской помощи, где был достигнут прогресс в плане качества. Одной из таких областей является внедрение комплексной программы здравоохранения матери и ребенка по эффективной перинатальной помощи, при поддержке ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЕС и ЮНФПА. Эта инициатива вобрала в себя несколько компонентов улучшения качества, таких как пересмотр клинических руководств, профессиональная подготовка, законодательная поддержка, мониторинг и оценка, внедрение пилотных проектов по поддерживающему кураторству и их критическая проверка, а также медиа-кампании.

Недавние инициативы по разработке ряда клинических руководств при поддержке Всемирного банка, ВОЗ и других международных организаций являются еще одним важным шагом в правильном направлении. Важно создание общей структуры обеспечения качества, которая отслеживает показатели качества в системе, создает стимулы для поставщиков медицинских услуг на качественной медицинской помощи и предоставляет рекомендации по приоритетным вопросам качества и оперативным мерам на основе фактических данных. В условиях отсутствия соответствующей структуры поставщики могут перекладывать расходы, связанные с низким качеством медицинской помощи, часто накладывая их на пациентов (Mello et al., 2007). Для достижения успеха нужно отойти от все еще преобладающей культуры обвинений. Когда медицинские работники сталкиваются с потенциальными наказаниями, они могут обойти систему посредством неточной отчетности, прикрывая, таким образом, реальную картину проблем с качеством услуг (World Bank, 2009). Медицинские ИТ могут помочь в сборе данных о качестве медицинской помощи, улучшении качества медицинской помощи и отслеживании изменений с течением времени.

7.5 Эффективность системы здравоохранения

7.5.1 Структурная эффективность

В Узбекистане распределение ресурсов не основывается на всеобъемлющих оценках потребностей в медицинской помощи,

а применение исследований эффективности затрат и сравнительной эффективности при определении политики и принятии решений является очень ограниченным. Вместо этого при распределении ресурсов за основу берутся более общие косвенные показатели потребностей населения в медицинской помощи. В государственном секторе распределение ресурсов производится в плановом порядке, при котором ресурсы распределяются в соответствии с установленными стандартами и протоколами, зачастую основывающимися на географических и демографических показателях. Механизмы распределения государственных ресурсов в первичном, вторичном и третичном звеньях медицинской помощи различны.

В государственном секторе ПМСП распределение ресурсов чаще всего привязано к численности обслуживаемого контингента. По существу, численность населения является одним из косвенных показателей потребностей в медицинской помощи, так как в территориальных образованиях Узбекистана распределение таких переменных, как доход населения и уровень образования, половозрастная структура, являются относительно равномерными с географической точки зрения. Более того, подушевые выплаты основаны на коэффициентах, учитывающих структуру населения с точки зрения возраста, пола и плотности (Кабинет Министров, 2005а). Однако в таких крупных городах, как Ташкент, в некоторых богатых кварталах проживает больше зажиточного населения с различными потребностями в медицинской помощи и немного отличающимися подходами к ее потреблению.

Финансирование вторичного и третичного звеньев стационарной медицинской помощи в государственном секторе по-прежнему производится на основании соответствующих нормативов, уровня производственных затрат и расходов прошлых лет, кроме учреждений, которые перешли на самофинансирование. Такой способ финансирования не учитывает производимые результаты. Эффективности распределения также противодействует практика личных платежей граждан (как официальных, так и неофициальных) и стимулируемый врачами спрос.

За последние годы учреждения государственного сектора все больше и больше переходят к самофинансированию. В первую очередь, это касается третичных и некоторых объектов вторичной медицинской помощи. Эта схема финансирования усиливает организационное поведение, при котором цели предприятия имеют больший приоритет по сравнению с целями системы здравоохранения и общества в целом. Например, чтобы защитить источники дохода, организации могут участвовать в деятельности, которая снижает эффективность и действенность системы

здравоохранения в целом. Примерами являются дублирующие тесты и процедуры, необоснованная госпитализация. Распределение ресурсов среди государственных поставщиков, работающих на схеме самофинансирования, и поставщиков в частном секторе (кроме тех пациентов, которые покрываются гарантированным государством пакетом) основывается на рыночных факторах. В этом случае ресурсы распределяются в соответствии со спросом, а не потребностями в области здравоохранения, что приводит к низкой эффективности распределения ресурсов.

Эффективность распределения также зависит от расходов на здравоохранение по уровням медицинской помощи. В соответствии с уменьшением расходов на третичную медицинскую помощь, государственные средства в последние годы были перенаправлены в сторону первичной и вторичной медицинской помощи, что повысило эффективность распределения ресурсов.

Фрагментация системы здравоохранения остается проблемой эффективности распределения. Отсутствие координации между различными уровнями оказания медицинской помощи, а также в пределах одного и того же уровня оказания медицинской помощи, может привести к фрагментированному и несогласованному уходу за больными, дублированию услуг, менее эффективным моделям предоставления услуг и низкому качеству медицинской помощи из-за отсутствия преемственности. Четкого маршрута или структуры, которая координирует уход за пациентами за пределами первичной медицинской помощи, нет. Кроме того, учитывая невыполнение роли «привратника» системой первичной помощи, ее можно полностью обойти и сразу перейти к медицинской помощи более высокого уровня. Пациенты могут получить помощь на любом уровне (вторичном или третичном) и любой формы собственности (государственной или частной). Врачи не имеют средств и инструментов, чтобы должным образом координировать уход за пациентом после того, как он покинул их практику. Кроме того, в контексте платных услуг, результаты тестов и процедур, выполняемых другими поставщиками, часто не принимаются, и пациенты должны проходить их заново, что приводит к дублированию и фрагментации помощи. Последние реформы направлены на создание более тесной связи между первичной и специализированной медицинской помощью на районном уровне. Тем не менее, пока не ясно, как эта новая структура будет способствовать улучшению координации помощи как внутри, так и за пределами районного уровня. Фрагментация также способствует существованию параллельных систем здравоохранения при Службе

национальной безопасности, Министерстве внутренних дел, узбекских авиалиниях и других министерствах или государственных компаниях.

7.5.2 Техническая эффективность

Техническая эффективность означает достижение определенных целей и задач с наименьшей неуместной растратой ресурсов (Duran et al., 2012). Вероятно, две инициативы, реализованные после провозглашения независимости, способствовали повышению технической эффективности стационарной помощи в государственном секторе: введение официальных платежей пациентов и новые протоколы лечения. Введение платы привело к значительному снижению спроса на стационарные услуги, хотя это также может быть следствием неплатежеспособности населения. В соответствии с новыми протоколами лечения была ограничена продолжительность госпитализации. В то же время, переход вторичных и третичных поставщиков медицинских услуг в государственном секторе на самофинансирование неизбежно снизил техническую эффективность, так как более высокая занятость коек приводит к более высоким доходам для поставщиков. Динамика эффективности первичного звена здравоохранения остается неясной из-за введения новых механизмов финансирования, основанных на подушевых нормативах (которые, возможно, повысили эффективность) и сложных взаимоотношений между учреждениями первичной медицинской помощи и районными отделениями казначейства (Эксперт фикри, 2011). Предполагается, что коммерческие организации имеют более высокую техническую эффективность, чем некоммерческие поставщики (Jha et al., 2009).

Больницы в большинстве бывших советских республик в настоящее время получают средства на основе общих бюджетов или числа пациентов, прошедших лечение (Fuenzalida-Puelma et al., 2010). В Узбекистане действуют пилотные проекты для тестирования новых механизмов финансирования больниц, в том числе финансирования больниц по клинико-затратным группам (КЗГ).

Последние усилия правительства по рационализации объектов здравоохранения на районном уровне должны способствовать улучшению технической эффективности. На областном уровне имеется множество учреждений вторичной медицинской помощи, которые обеспечивают один и тот же тип услуг (см. главу 5). Дополнительные усилия по оптимизации поставщиков и маршрутов пациента на областном и республиканском уровнях может привести к дальнейшему повышению эффективности.

7.6 Прозрачность и ответственность

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

Принятие решений на основе фактических данных по-прежнему ограничено как при принятии решений в области политики, так и при принятии клинических решений. На уровне разработки политики это отчасти связано с отсутствием надежных и достоверных данных в поддержку решений, принимаемых стратегами. Тем не менее, многое еще не достигнуто на пути формирования культуры принятия решений на основе фактических данных или способности анализировать и интерпретировать имеющуюся информацию.

Отсутствие соответствующих данных на системном уровне также является крупным препятствием при оценке эффективности системы здравоохранения в целом. В стране существует система сбора данных, но сбор данных, прежде всего, ориентируется на оценку существующих возможностей системы и количественные выражения итоговых показателей заболеваемости и смертности. Нет механизмов сбора данных, нацеленных на оценку клинических процессов, качества услуг и изучение опыта пациентов. Существующая в Узбекистане система сбора данных по республике ранее использовалась для изучения качества услуг и опыта пациентов при поддержке международных доноров. К сожалению, эти опросы не стали принятой в местном контексте постоянной практикой. Наличие надежных и достоверных данных, охватывающих целый ряд вопросов, имеет решающее значение для повышения прозрачности и обеспечения эффективности в разработке политик и принятии решений.

8. Заключение

Система здравоохранения Узбекистана претерпела значительные реформы за последние два десятилетия, охватившие все уровни медицинской помощи, а также вопросы подотчетности и финансирования. Были реализованы существенные сокращения в количестве больничных коек и принят ряд инициатив по укреплению первичной медико-санитарной, а также вторичной, третичной и неотложной медицинской помощи. Первичная медико-санитарная помощь в сельских районах была преобразована в двухуровневую систему, а в городских районах все виды поликлиник (ранее отдельные для взрослых, детей, общего профиля и поликлиники, специализирующиеся в области охраны здоровья женщин) в настоящее время преобразовываются в семейные поликлиники, которые будут предоставлять первичную медицинскую помощь всем группам населения. Дополнительно предпринимаются усилия по внедрению новых подходов к здоровью матери и ребенка, общественному здравоохранению, предотвращению и контролю неинфекционных заболеваний, а также к мониторингу и оценке.

Реформы вобрали в себя создание новых механизмов для распределения ресурсов. Первичная медико-санитарная помощь в сельских районах теперь оплачивается на подушевой основе, а к 2015 г. ожидается, что аналогичная модель будет применяться и в учреждениях ПМСП в городской местности. Кроме того, растет число поставщиков третичной и специализированной медицинской помощи, переходящих на самофинансирование. Узбекистан также приступил к реализации реформ в медицинском образовании.

С учетом бюджетных ограничений вследствие переходного спада в начале 1990-х гг., Законом 1996 года «Об охране здоровья граждан» определен пакет базовых услуг, гарантированный правительством; этот закон по-прежнему обеспечивает общую основу для политики и правил,

касающихся льгот. Гарантированный правительством пакет базовых услуг вбирает в себя первичную медицинскую помощь, неотложную помощь, лечение «социально значимых и опасных» заболеваний и специализированное лечение для категорий населения, которые классифицируются государством как уязвимые слои.

Однако, несмотря на широкомасштабные реформы, страна также сохранила некоторые черты советской системы. Большинство поставщиков здравоохранительных услуг по-прежнему принадлежат государству, а частный сектор, хотя и растет, но все еще остается небольшим. Система здравоохранения все еще следует интегрированному подходу, договорные отношения не развиваются, и почти все медицинские работники являются государственными служащими.

Некоторые из важнейших проблем связаны с финансированием здравоохранения. Узбекистан тратит лишь относительно маленькую долю ВВП на здравоохранение и, хотя в последние годы расходы государственного сектора составляли все большую часть общих расходов на здравоохранение, частные расходы остаются значительными и, в основном, в форме (как официальных, так и неофициальных) личных платежей. Это имеет очевидные последствия для обеспечения равенства в финансировании и потреблении медицинских услуг. Дальнейшее увеличение доли государственных расходов на здравоохранение сделает возможным применение стратегий, которые обеспечивают лучшую финансовую защиту населения. Сюда можно включить расширение базового пакета услуг и формирование социального пакета бесплатного медикаментозного обеспечения при амбулаторном лечении, как это практикуется в некоторых других странах бывшего СССР. Переход к платежным механизмам на основе платежей пациентов за услуги, реализованный в государственном секторе, возможно, потребует тщательного пересмотра, чтобы предотвратить непредусмотренные негативные последствия.

Повышение эффективности распределения может стать еще одной областью для будущих реформ. Правительство выделяет все большую долю своих расходов на первичную медико-санитарную помощь, но можно сделать больше. Это также относится к усилиям по снижению дублирования и фрагментации оказываемой помощи, например, из-за отсутствия четких маршрутов пациентов и механизмов направлений, а также продолжающегося существования параллельных систем здравоохранения.

Неравномерное распределение ресурсов по всей стране является еще одним важным вопросом. Существует нехватка врачей и специалистов в сельских и отдаленных районах, но избыток в крупных городах. Состояние здоровья, а также распределение государственных расходов на здравоохранение, тоже отличаются от области к области – необходимо создать механизмы, чтобы контролировать и преодолевать эти неравенства.

Как и в других странах региона, существует проблема неофициальных платежей. От них, как известно, очень сложно избавиться, но, прежде всего, необходимо признать масштаб проблемы и каким образом эти выплаты подрывают ключевые цели системы здравоохранения. Это может проложить дорогу к большей прозрачности в системе здравоохранения, в том числе за счет укрепления прав пациентов, более четкого фокуса на пользовательский опыт и более высокой заработной платой для работников здравоохранения. Целенаправленные и хорошо продуманные инициативы по реформированию в этих областях, скорее всего, приведут к улучшению доступа, равенства, качества медицинской помощи, эффективности и результативности.

Качество медицинских услуг все больше признается проблемным аспектом, постоянно предпринимаются усилия по совершенствованию протоколов лечения, пересмотру медицинского образования, непрерывного профессионального развития, а также обеспечению качества и улучшению структур. В будущем эти усилия необходимо активизировать с целью дальнейшего улучшения качества медицинской помощи. Будет также необходимо уделить внимание используемым в настоящее время некачественным лекарственным средствам и изделиям медицинского назначения, и может потребоваться более строгий государственный надзор.

Наконец, обязательными являются дальнейшие инвестиции в информационные системы здравоохранения. Существует нехватка данных о функциональном состоянии, удовлетворенности пациентов, доступности и качестве услуг. Местный потенциал в проведении исследований и методов сбора качественных данных может быть усилен, чтобы поддержать регулярный сбор данных в отдельных сферах, представляющих интерес. Это могло бы помочь восполнить пробелы во многих областях, где необходимы более точные данные, и обеспечить лучшую основу для обоснованной политики здравоохранения.

9. Приложения

9.1 Библиография

- Acierto Consult (2013). *Анализ рынка фармацевтической продукции Узбекистана за 2012 год*. Darmon (http://www.darmon-info.uz/index.php?option=com_content&view=article&id=227:-2012-&catid=37:2012-08-13-09-18-17&Itemid=55, по состоянию на 1 октября 2013 г.).
- Aday LA, Andersen R (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3):208.
- ADB (2012). *Completion report. Uzbekistan: Woman and child health development*. November. Tashkent, Asian Development Bank.
- Ahmedov M et al. (2007). Uzbekistan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(3):1–210.
- Ahmedov M et al. (2012). Addressing the challenges of improving primary care quality in Uzbekistan: a qualitative study of chronic heart failure management. *Health Policy and Planning*, 28(5):458–466.
- AHRQ (2014). Quality Indicators [web site] Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>, по состоянию на 12 июня 2014 г.).
- Aleshina N, Redmond G (2003). *How high is infant mortality in central and eastern Europe and the CIS?* Florence, Innocenti Research Centre (Innocenti Working Paper 99).
- Andersen RM (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1):1–10.
- Asadov DA, Aripov TY (2009). The quality of care in post-soviet Uzbekistan: are health reforms and international efforts succeeding? *Public Health*, 123(11):725–728.
- Bate P, Robert G (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care*, 15(5):307–310.
- Belli P, Gotsadze G, Shahriari H (2004). Out-of-pocket and informal payments in the health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1):109–123.
- Bendini R (2013). *Uzbekistan: Selected trade and economic issues*. Brussels, Directorate-General for External Policies ([http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/briefing_note/join/2013/491518/EXPO-INTA_SP\(2013\)491518_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/briefing_note/join/2013/491518/EXPO-INTA_SP(2013)491518_EN.pdf), по состоянию на 10 июля 2014 г.).
- Benson VS et al. (2008). Colorectal cancer screening: a comparison of 35 initiatives in 17 countries. *International Journal of Cancer*, 122(6): 1357–1367.
- Bhaumik S (2013a). Cardiologists are putting in stents needlessly, doctors say. *British Medical Journal*, 346.

- Bhaumik S (2013b). Oxfam calls for new regulations to reduce unnecessary hysterectomies in private hospitals. *British Medical Journal*, 346.
- Blumenthal D (2004). Doctors and drug companies. *New England Journal of Medicine*, 351(18):1885–1890.
- Borchert M et al. (2010). Improving maternal and perinatal health care in the Central Asian Republics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 110(2):97–100.
- Кабинет Министров (1994). *Постановление № 404 «О неотложных мерах по улучшению снабжения и распределения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в республике»*, 6 августа 1994 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (1997а). *Постановление № 96 «Об утверждении перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»*, 20 февраля 1997 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (1997б). *Постановление № 532 «О совершенствовании системы финансирования лечебно-профилактических учреждений»*, 2 декабря 1997 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (1999а). *Постановление № 18 «О совершенствовании управления в системе здравоохранения Республики Узбекистан»*, 14 января 1999 г. (изменено Постановлением № 150 от 1 мая 2002 г. и Постановлением № 53 от 31 января 2003 г.). Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (1999б). *Постановление № 414 «О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций»*, 3 сентября 1999 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2001). *Постановление № 68 «О государственной программе «Мать и ребенок»*, 5 февраля 2001 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2003). *Постановление № 90*, 27 февраля 2003 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2004). *Постановление № 264*, 8 июня 2004 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2005а). *Постановление № 217 «О мерах по дальнейшему реформированию системы финансирования и управления учреждений здравоохранения республики Узбекистан»*, 28 сентября 2005 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2005б). *Постановление № 276 «Об утверждении усовершенствованной системы оплаты труда медицинских работников»*, 21 декабря 2005 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2007а). *Постановление № 53 от 20 марта 2007 г. «Об утверждении положения о казначействе Министерства финансов Республики Узбекистан»*. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2007б). *Постановление № 148 от 19 июля 2007 г. о внесении изменений в Постановление № 414 от сентября 1999 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2008). *Постановление № 48*, 18 марта 2008 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2009а). *Постановление № 1*, 5 января 2009 г., «О мерах по совершенствованию организационной структуры и деятельности центров по борьбе со СПИДом». Ташкент, Республика Узбекистан (<http://minzdrav.uz/documentation/detail.php?ID=11070>, по состоянию на 25 июня 2013 г.).

- Кабинет Министров (2009b). *Постановление № 145*, 21 мая 2009 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2009c). *Постановление № 319*, 18 декабря 2009 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2011). *Постановление № 206*, 14 июля 2011 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2012a). *Постановление № 91*, 29 марта 2012 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2012b). *Постановление № 365*, 28 декабря 2012 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Кабинет Министров (2013). *Постановление 204*, 22 июля 2013 г., «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий лиц на льготной основе». Ташкент, Кабинет Министров.
- Кабинет Министров (2014). *Постановление № 50 «О мерах по дальнейшей оптимизации и повышению эффективности деятельности сельских врачебных пунктов»*, 5 марта 2014 г. Ташкент, Кабинет Министров.
- Campbell EG (2007). Doctors and drug companies – scrutinizing influential relationships. *New England Journal of Medicine*, 357(18):1796–1797.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11):1611–1625.
- Chemrar (2013). *Перспективы развития фармацевтического рынка Узбекистана [The prospects for the development of the pharmaceutical market in Uzbekistan]*. Moscow, Chemrar (http://www.chemrar.ru/i-news/index.php?ELEMENT_ID=15492, по состоянию на 1 октября 2013 г.).
- Chren M, Landefeld C, Murray TH (1989). Doctors, drug companies, and gifts. *Journal of the American Medical Association*, 262(24):3448–3451.
- Donabedian A (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12):1743–1748.
- Duran A et al. (2012). Understanding health systems: scope, functions and objectives. In: Figueras J, McKee M, eds. *Health systems, health, wealth and societal well-being*. Maidenhead, Open University Press:19–36.
- Emanuel B (2010). *Consultant report. On improving laboratory diagnostics and optimizing laboratory networks in Ferghana oblast*. Tashkent.
- Эксперт фикри (2011). *Здоровье II – Окончательный оценочный отчет*. Ташкент, Эксперт фикри.
- Footman K et al. (2013). Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union. *Health Policy*, 112(1):62–69.
- Fuenzalida-Puelma HL et al. (2010). Purchasing of health care services. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab B, eds. *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. Copenhagen, World Health Organization:155–186.
- GMC (2014). Professional and Linguistic Assessments Board (PLAB). London, General Medical Council (<http://www.gmc-uk.org/doctors/plab.asp>, по состоянию на 12 июня 2014 г.).
- Gulliford M et al. (2002). What does ‘access to health care’ mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3):186–188.

- Hasker E et al. (2009). Drug prescribing practices for tuberculosis in Uzbekistan. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 13(11):1405–1410.
- Hasker E et al. (2010). Why do tuberculosis patients default in Tashkent City, Uzbekistan? A qualitative study. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 14(9):1132–1139.
- Hockenberry JM et al. (2011). Financial payments by orthopedic device makers to orthopedic surgeons. *Archives of Internal Medicine*, 171(19):1759–1765.
- ИНМЕ (2014). Global burden of disease country profiles. Seattle, Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://www.healthdata.org/results/country-profiles>, по состоянию на 12 июня 2014 г.).
- Илхамов ФА, Якубовски Е, Хайиоф С (2001). Uzbekistan: health system review. *Health Systems in Transition*, 3(6):1–74.
- Жа АҚ et al. (2009). Measuring efficiency: the association of hospital costs and quality of care. *Health Affairs*, 28(3):897–906.
- Кучкаров Д, Хайдаров А (2004). Местные бюджеты через призму проблем. *Экономическое обозрение (Economic review)*, 6.
- Маматкулов Б (2013). *Общественное здравоохранение и управление здравоохранением*. Ташкент, Илм Зиyo.
- МСС (2014). Examinations. Ottawa, Medical Council of Canada (<http://mcc.ca/examinations/>, по состоянию на 12 июня 2014 г.).
- Measure DHS (2002). *Health examination survey*. Calverton, MD, Measure DHS.
- Mello MM et al. (2007). Who pays for medical errors? An analysis of adverse event costs, the medical liability system, and incentives for patient safety improvement. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(4):835–860.
- Министерство финансов (2014). [веб-сайт]. Ташкент, Министерство финансов (www.mf.uz, по состоянию на 7 марта 2014 г.).
- Министерство финансов (2014). *Исполнение государственного бюджета на 2013 г.* Ташкент, Министерство финансов (<https://www.mf.uz/ru/mf-state-budget.html>, по состоянию на 21 июля 2014 г.).
- Министерство здравоохранения (2003). *Постановление № 96* о новой редакции схемы рассмотрения жалоб пациентов, 3 марта 2003 г. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.
- Министерство здравоохранения (2004). *Постановление № 535*, 6 декабря 2004 г. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.
- Министерство здравоохранения (2005). *Постановление № 132*, 30 марта 2005 г. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.
- Министерство здравоохранения (2007). *Выводы обзора пилотного тестирования городской модели первичной медицинской помощи в Ташкенте*. Ташкент, Министерство здравоохранения, Рабочая группа, созданная в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения № 1381, 30 ноября 2007 г.
- Министерство здравоохранения (2010). *Постановление № 56*, 27 февраля 2010 г. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.
- Министерство здравоохранения (2012). *Постановление № 76*, 26 марта 2012 г. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.
- Министерство здравоохранения (2013а). *Постановление № 27*, 8 ноября 2013 г., «Об утвержденном перечне лекарственных средств для амбулаторного фармацевтического покрытия определенных групп пациентов». Ташкент, Министерство здравоохранения.

- Министерство здравоохранения (2013b). *Постановление № 232*, 17 июля 2013 г. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.
- Министерство здравоохранения (2013с). *Постановление № 3*, 30 января 2013 г. Ташкент, Министерство здравоохранения Республики Узбекистан.
- Министерство здравоохранения (2014). *Развитие первичной медико-санитарной помощи в Узбекистане: достижения и проблемы*. Ташкент, Министерство здравоохранения.
- Moynihan R, Glassock R, Doust J (2013). Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased. *British Medical Journal*, 347.
- Mundt A et al. (2011). Use of psychiatric inpatient capacities and diagnostic practice in Tashkent/Uzbekistan as compared to Berlin/Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12):1295–1302.
- Mundt AP et al. (2012). Prescription patterns of patients diagnosed with schizophrenia in mental hospitals in Tashkent/Uzbekistan and in four German cities. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21(2):145–151.
- O'Rourke E (2007). *Consultant report. Assessment and analysis of the current status of the health services in pediatrics*. Tashkent, Asian Development Bank.
- Olson CD (2003). *Health management information systems (HMIS) draft technical report*. Asian Development Bank Working Group, 25 November. Tashkent, Asian Development Bank.
- Президент Республики Узбекистан (1998). *Указ Президента «О государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан»*, 10 ноября 1998 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2002). *Указ Президента «О совершенствовании организации научно-исследовательской деятельности»*, 20 февраля 2002 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2003). *Указ Президента 3214 от 26 февраля 2003 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2005). *Постановление Президента «О совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников»*, 6 декабря 2005 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2006). *Постановление Президента «О мерах по совершенствованию координации и управления развитием науки и технологий»*, 8 августа 2006 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2007a). *Указ Президента 594 от 28 февраля 2007 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2007b). *Указ Президента 594 от 28 февраля 2007 г. «О мерах по дальнейшему развитию системы казначейского исполнения государственного бюджета»*. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2007с). *Указ Президента 700 от 2 октября 2007 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2007d). *Указ Президента 3923 от 19 сентября 2007 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2009). *Указ Президента 1119 от 2 февраля 2009 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2011a). *Указ Президента 1652 от 28 ноября 2011 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.

- Президент Республики Узбекистан (2011b). *Указ Президента 1652 от 28 ноября 2011 г. «О мерах по дальнейшему углублению реформирования системы здравоохранения»*. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2012a). *Указ Президента 1730 от 21 марта 2012 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Президент Республики Узбекистан (2012b). *Указ Президента 4456 от 24 июля 2012 г.* Ташкент, Республика Узбекистан.
- Rechel B et al. (2013). Health and health systems in the countries of the former Soviet Union. *The Lancet*, 381(9872):1145–1155.
- Республика Узбекистан (1992). *Конституция Республики Узбекистан*. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Республика Узбекистан (1993). *Закон «О судах»*, 3 сентября 1993 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Республика Узбекистан (1996). *Закон «Об охране здоровья граждан»*, 29 августа 1996 г. Ташкент, Республика Узбекистан. (N 265-I).
- Республика Узбекистан (2003). *Закон «О Кабинете Министров Республики Узбекистан»*, 29 августа 2003 г. Ташкент, Республика Узбекистан. (http://www.lex.uz/Pages/GetAct.aspx?lact_id=51941, по состоянию на 7 июля 2013 г.).
- Республика Узбекистан (2004). *Закон «О казначейском исполнении Государственного бюджета»*, 26 августа 2004 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Республика Узбекистан (2007). *Закон «О профилактике йододефицитных заболеваний»*, 3 мая 2007 г. Ташкент, Республика Узбекистан.
- Республика Узбекистан (2011). *Закон «Об ограничении распространения и употребления алкогольной и табачной продукции»*, 5 октября 2011 г. Ташкент, Республика Узбекистан. (http://www.lex.uz/Pages/GetAct.aspx?lact_id=1880029, по состоянию на 25 июня 2013 г.).
- Richardson E, Sautenkova N, Bolokhovets G (2014). Pharmaceutical care. In: Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. *Trends in health systems in the former Soviet countries*. Copenhagen, World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies).
- Roberts B, Karanikolos M, Rechel B (2014). Health trends. In: Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. *Trends in health systems in the former Soviet countries*. Copenhagen, World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies):9–27.
- Roberts B et al. (2012). The persistence of irregular treatment of hypertension in the former Soviet Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(11):1079–1082.
- Rodbard HW et al. (2007). American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the management of diabetes mellitus. *Endocrine Practice*, 13:1–68.
- Roehr B (2012). Fee for service payments are thwarting evidence based medicine in the US. *British Medical Journal*, 345:e7019.
- Rowland D (1991). Soviet health care from two perspectives. *Health Affairs*, 10(3):71–86.
- Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Larson EB (2008). Rising use of diagnostic medical imaging in a large integrated health system. *Health Affairs*, 27(6):1491–1502.
- Smith RA et al. (2011). Cancer screening in the United States, 2011. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1):8–30.
- Государственный комитет по статистике (2013). *Статистический ежегодник*. Ташкент, Государственный комитет по статистике.

- Streveler D (2004). *Strategic evaluation of health management information systems in Uzbekistan*. Consultancy report. Tashkent, World Bank.
- Strippoli GF et al. (2004). Effects of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor antagonists on mortality and renal outcomes in diabetic nephropathy: systematic review. *British Medical Journal*, 329(7470):828.
- USMLE (2014). United States Medical Licensing Examination. Philadelphia, PA, Federation of State Medical Boards and National Board of Medical Examiners (<http://www.usmle.org/>, по состоянию на 12 июня 2014 г.).
- УзФармСаноат (2013). [веб-сайт]. Ташкент, УзФармСаноат (<http://www.uzpharmsanoat.uz/>, по состоянию на 1 октября 2013 г.).
- Wazana A (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of the American Medical Association*, 283(3):373–380.
- WHO-AIMS (2007). *WHO-AIMS Report on Mental Health System in Uzbekistan*. Tashkent, WHO and Ministry of Health (http://www.who.int/mental_health/evidence/uzbekistan_who_aims_report.pdf, по состоянию на 1 октября 2013 г.).
- WHO (2006). Years of life lost (percentage of total). Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/whosis/whostat2006YearsOfLifeLost.pdf>, по состоянию на 12 июня 2014 г.).
- WHO (2010). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2014a). *Global health expenditure database*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>, 20 июля 2014 г.).
- WHO (2014b). *National health accounts*. April. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/>, по состоянию на 27 мая 2014 г.).
- WHO Regional Office for Europe (2014a). European Health for All database (HfA-DB) [offline database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2014b). *WHO Mortality Indicator Database* (HfA-MDB) [offline database], 15 May 2014 release (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/mortality-indicator-database-mortality-indicators-by-67-causes-of-death-age-and-sex-hfa-mdb>, по состоянию на 18 мая 2014 г.).
- Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S (2013). When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. *British Medical Journal*, 347:f3368.
- World Bank (2003). *Uzbekistan living standards assessment* (Report No. 25923-UZ). Washington DC, World Bank.
- World Bank (2004). *Millennium Development Goals for health in Europe and Central Asia. Relevance and policy implications*. Washington, DC, World Bank (World Bank Working Paper No. 33).
- World Bank (2009). *Republic of Uzbekistan: Assessment of the primary health care reform: transparency, accountability and efficiency*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2011). *Project appraisal document: Report No. 56632-Uz.*, 10 March 2011. Tashkent, World Bank.
- World Bank (2012a). *Implementation completion and results report. Report No.: ICR 2257*, 26 June 2012. Tashkent, World Bank.
- World Bank (2012b). *Integrated safeguards datasheet. Report oAC681457*, 12 December 2012. Tashkent, World Bank.

World Bank (2013). *Doing business 2014: Uzbekistan – understanding regulations for small and medium-size enterprises*. Washington, DC, World Bank.

World Bank (2014). *World development indicators*. Washington, DC, World Bank.

9.2 Полезные веб-ресурсы

Аптека.uz: <http://www.apteka.uz>

Eurasianet Uzbekistan: <http://russian.eurasianet.org/resource/uzbekistan>

Взаимоотношения Евросоюза с Узбекистаном:

http://eeas.europa.eu/uzbekistan/index_en.htm

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-страница Узбекистана):

<http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=UZB>

Министерство здравоохранения: <http://www.minzdrav.uz>

Министерство финансов: <http://www.mf.uz>

Онлайн-база нормативных документов: www.lex.uz; www.norma.uz

Институт последипломного медицинского образования: www.tipme.uz

Ташкентская медицинская академия: www.tma.uz

Ташкентский фармацевтический институт: <http://www.pharmi.uz>

ЮНЭЙДС (страница, посвященная Узбекистану):

<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/uzbekistan/>

ЮНИСЕФ (страница, посвященная Узбекистану):

<http://www.unicef.org/uzbekistan/>

ПРООН (страница, посвященная Узбекистану): <http://www.uz.undp.org/>

Правительство Узбекистана: <http://www.gov.uz>

ВОЗ (страница, посвященная Узбекистану):

<http://www.who.int/countries/uzb/en/>

Миссия Всемирного банка в Узбекистане: <http://www.worldbank.org.uz>

9.3 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, национальные и региональные программные документы, публикации. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных ОЭСР и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР «Health Data» содержится 1 200 показателей по 34 странам-членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительствами. С лета 2013 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входили 28 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в том числе и стандартные цифры, подготовленные сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в особенности, в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 9 глав:

1. Введение. Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. Организация и управление. Эта глава дает представление о том, как организована, управляется, планируется и регулируется система здравоохранения страны; дает историческую справку о системе; содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений, и описывает права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, вовлеченности в деятельность системы здравоохранения и трансграничного здравоохранения.
3. Финансирование. Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, распределении расходов на здравоохранение на разные сферы здравоохранения, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, объем взимаемых с пациентов платежей и прочие личные платежи граждан, добровольном медицинском страховании и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. Материальные и трудовые ресурсы. В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения капитала и инвестиций, инфраструктуры и медицинского оборудования, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о тенденциях среди трудовых ресурсов, профессиональной мобильности, подготовке и профессиональном росте.
5. Предоставление услуг. В этой главе основное внимание уделяется организации и оказанию услуг, потокам пациентов, аспектам

общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи, вторичной и третичной медицинской помощи, дневному уходу, неотложной медицинской помощи, фармацевтической помощи, реабилитации, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативному уходу, психиатрической помощи, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию особых групп населения.

6. Основные реформы в области здравоохранения. Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований; обзор будущих изменений.
7. Оценка системы здравоохранения. В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, финансовой защиты и равенства в финансировании; восприятия пациентов и равенства в доступе к услугам здравоохранения; эффективности системы здравоохранения; прозрачности и ответственности.
8. Заключение. Излагает основные выводы, содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
9. Приложения. Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Качество обзоров имеет большое значение, т.к. они представляют информацию для разработки политики и мета-анализа. Обзоры подвергаются многочисленным консультациям в процессе составления и редактирования, что подразумевает несколько «итераций». Затем происходит следующее.

- Процесс тщательного редактирования (см. следующий раздел).
- Принимаются дополнительные меры для обеспечения качества при подготовке окончательной редакции обзора с ударением на техническое редактирование и корректуру.
- Распространение (распечатка, публикация в электронном формате, переводы и издание). Редактор обзора оказывает его авторам всяческую поддержку на протяжении всего процесса подготовки и, находясь с ними в постоянном контакте, обеспечивает, чтобы все этапы этого процесса проходили максимально гладко и эффективно.

Один из авторов также является сотрудником Обсерватории и обязан поддерживать других авторов в процессе написания и подготовки. Они тесно друг с другом консультируются, чтобы обеспечить максимальную эффективность всех этапов процесса и соответствие стандартам серии «Системы здравоохранения: время перемен», а также, чтобы обзор мог быть использован как для принятия национальных решений, так и для сравнения с другими странами.

9.4 Процесс редактирования

Этот процесс состоит из трех этапов. Первоначально текст обзора проверяется, рассматривается и утверждается редакторами серии обзоров в Европейской обсерватории. Затем он направляется двум академическим экспертам, чьи замечания и изменения включаются в текст, а также делаются соответствующие модификации. Затем обзор передается на рассмотрение в соответствующее Министерство здравоохранения или в соответствующий орган управления, где организаторы здравоохранения исключительно проверяют обзор на предмет фактических ошибок.

9.5 Сведения об авторах

Мохир Ахмедов – консультант по организации медицинских услуг и систем здравоохранения.

Равшан Азимов – старший преподаватель Школы общественного здоровья при Ташкентской медицинской академии, Узбекистан.

Зульхумор Муталова – директор Института здоровья и медицинской статистики при Министерстве здравоохранения Узбекистана.

Шахин Гусейнов – технический специалист Европейского регионального бюро ВОЗ и координатором по заболеваниям, предупреждаемым вакцинацией, и иммунизации в Центральноазиатских странах и Казахстане.

Елена Цой – национальный специалист Национального бюро ВОЗ в Узбекистане, отвечающий за неинфекционные болезни и укрепление системы здравоохранения.

Bernd Rechel – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и почетный преподаватель Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен»

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона ВОЗ и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.healthobservatory.eu, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие документы и рекомендации по выработке политики и журнал Eurohealth.

Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

info@obs.euro.who.int

Публикации
Европейской
обсерватории по системам
и политике здравоохранения
помещены на сайте
www.healthobservatory.eu



Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»:

Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001^e, 2006^e, 2013^e)
Азербайджан (2004^d, 2010^g)
Албания (1999, 2002^{ag})
Андорра (2004)
Армения (2001^g, 2006, 2013)
Беларусь (2008^g, 2013^g)
Бельгия (2000, 2007, 2010)
Болгария (1999, 2003^b, 2007^g, 2012)
Босния и Герцеговина (2002^g)
Бывшая югославская Республика
Македония (2000, 2006)
Венгрия (1999, 2004, 2011)
Германия (2000^e, 2004^{eg}, 2014^e)
Греция (2010)
Грузия (2002^{dg}, 2009)
Дания (2001, 2007^g, 2012)
Израиль (2003, 2009)
Исландия (2003)
Испания (2000^h, 2006, 2010)
Ирландия (2009)
Италия (2001, 2009, 2014)
Италия (Венето) (2012)
Казахстан (1999^g, 2007^g, 2012^g)
Канада (2005, 2013^c)
Кипр (2004, 2012)
Кыргызстан (2000^g, 2005^g, 2011^g)
Латвия (2001, 2008, 2012)
Литва (2000, 2013)
Люксембург (1999)
Мальта (1999, 2014)
Монголия (2007)
Нидерланды (2004^g, 2010)
Новая Зеландия (2001)
Норвегия (2000, 2006, 2013)
Польша (1999, 2005^k, 2012)
Португалия (1999, 2004, 2007, 2011)
Республика Корея (2009)
Республика Молдова (2002^g, 2008^g, 2012)

Российская Федерация (2003^g, 2011^g)
Румыния (2000^f, 2008)
Словакия (2000, 2004, 2011)
Словения (2002, 2009)
Соединенное Королевство (1999^g)
Соединенное Королевство (Англия) (2011)
Соединенное Королевство
(Северная Ирландия) (2012)
Соединенное Королевство
(Шотландия) (2012)
Соединенное Королевство (Уэльс) (2012)
Соединенные Штаты Америки (2013)
Таджикистан (2000, 2010^{gl})
Туркменистан (2000)
Турция (2002^{gi}, 2012^j)
Узбекистан (2001^g, 2007^g)
Украина (2004^g, 2010^g)
Финляндия (2002, 2008)
Франция (2004^{cg}, 2010)
Хорватия (1999, 2006, 2014)
Чешская Республика (2000, 2005^g, 2009)
Швейцария (2000)
Швеция (2001, 2005, 2012)
Эстония (2000, 2004^{gj}, 2008)
Япония (2009)

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. Наличие версий на других языках указано следующими обозначениями:

a албанский

b болгарский

c французский

d грузинский

e немецкий

f румынский

g русский

h испанский

i турецкий

j эстонский

k польский

l таджикский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Австрии, Бельгии, Ирландии, Норвегии, Швеции, Соединенного Королевства, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNSAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» – это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы системы здравоохранения.