

10

ВОПРОСОВ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ
В СТРАНАХ

КАВКАЗА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ



ЕВРОПА



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Киргизия



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



ЕВРОПА

10
вопросов о
здоровоохранении
в странах
Кавказа и
Центральной
Азии

Авторы: Elke Jakubowski и Albena Arnaudova

Ключевые слова

VITAL STATISTICS
DELIVERY OF HEALTH CARE
HEALTH STATUS INDICATORS
PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION
FINANCING, HEALTH
COMPARATIVE STUDY
ARMENIA
AZERBAIJAN
GEORGIA
KAZAKHSTAN
KYRGYZSTAN
TAJKISTAN
TURKMENISTAN
UZBEKISTAN
ASIA, CENTRAL

ISBN 978 92 890 4171 3

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

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

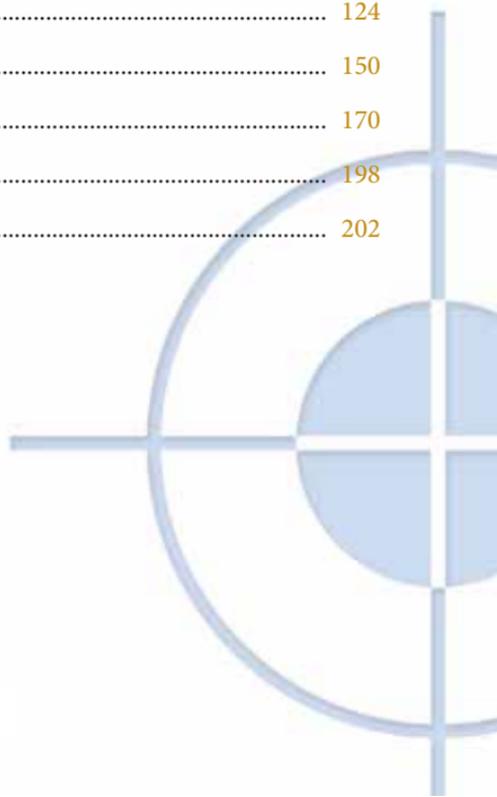
Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ.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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие	iv
Сокращения.....	vi
Технические примечания	viii
Выражение признательности.....	xi
Азербайджан.....	2
Армения.....	26
Грузия.....	50
Казахстан.....	76
Кыргызстан.....	100
Таджикистан.....	124
Туркменистан.....	150
Узбекистан	170
Библиография	198
Глоссарий.....	202



ПРЕДИСЛОВИЕ

Данная серия публикаций представляет государства-члены ВОЗ Европейского региона, группируя их в зависимости от принадлежности к Европейскому Союзу (ЕС). Первая книга была посвящена 10 странам, присоединившимся к ЕС 1 мая 2004 г. Два года спустя в книге «10 вопросов о здравоохранении в странах – новых соседях ЕС» были представлены 12 стран, ставших географическими соседями ЕС (граничащими со странами ЕС) после произошедшего в 2004 г. расширения Союза. В эту, вторую книгу входили лишь три страны из числа стран, по отношению к которым ЕС применяет Европейскую политику соседства. Кавказские республики не были представлены, равно как и пять республик Центральной Азии, с которыми ЕС развивает отношения в рамках Инструмента сотрудничества в области развития.

Целью этой новой книги, третьей из данной серии, является завершение сравнительной картины различных групп государств – членов ВОЗ Европейского региона и стран ЕС. Восемь охваченных здесь стран представляют одну группу из всех 53 государств-членов ВОЗ Европейского региона. Мы сотрудничаем со всеми этими странами и хорошо осведомлены о состоянии их здравоохранения и вопросах, вызывающих беспокойство. В целом по Региону различия в состоянии систем здравоохранения стран усугубляются. Наша миссия заключается в распространении имеющихся фактических данных, рассматривая национальные данные и знания в более широком Европейском контексте.

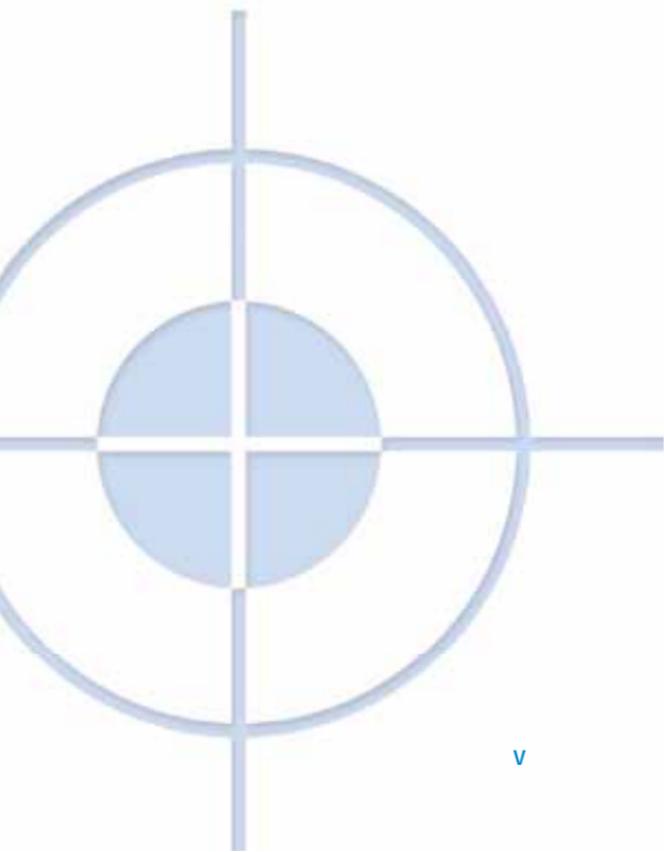
В данной книге проводится сравнение между национальными данными от каждой из этих стран и усредненными данными для трех групп – представленных здесь стран, 15 стран, являвшихся членами ЕС на 1 мая 2004 г., и 27 стран, являющихся членами ЕС в настоящее время. Сравнительное представление фактических данных является убедительным источником информации для действий. Я считаю, что такой способ презентации информации может быть

полезным лицам, определяющим политику, и заинтересованным участникам как в самих странах, так и на международном уровне. Эта книга может помочь тем, чья миссия заключается в работе над нерешенными проблемами здравоохранения с целью уменьшения значительных различий в состоянии здоровья граждан во всех странах Европейского региона ВОЗ.



Marc Danzon

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



СОКРАЩЕНИЯ

АКДС-3	комбинированная вакцина против дифтерии, столбняка и коклюша (три дозы)
ВБ	Всемирный банк
ВВП	валовой внутренний продукт
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	врач общей практики
ВТО	Всемирная торговая организация
ДО	Данные отсутствуют
ЕС	Европейский союз
ЕС-15	15 стран, входившие в состав Европейского союза до мая 2004 г.
ЕС-27	все 27 стран в составе Европейского союза
ИМТ	индекс массы тела
МВФ	Международный валютный фонд
МОМ	Международная организация по миграции
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПЗЖ	ожидаемая продолжительность здоровой жизни
ПРООН	Программа развития ООН
СНГ	Содружество независимых государств
СНГ-8	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
УВКБ	Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев
УНПООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ФАО	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН
ЮНЕСКО	Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН

ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
DALY	утраченные годы здоровой жизни
DFID	Департамент Соединенного Королевства по международному развитию
EBRD	Европейский банк реконструкции и развития
GTZ	Германское общество технического сотрудничества (принадлежит правительству Германии)
JICA	Японское агентство международного сотрудничества
SIDA	Шведское агентство международного сотрудничества в области развития
USDA	Министерство сельского хозяйства США

ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИМЕЧАНИЯ

Данные в этой публикации собраны из широкого круга источников. Данные о здоровье населения различаются от одного источника к другому, и из-за использования различных методологических подходов они не всегда полностью сопоставимы. Поскольку одна из важнейших задач этой публикации заключается в рассмотрении состояния здравоохранения в каждой из 8 стран в сравнении с другими странами Региона, приоритет был отдан цифрам, которые позволяют проводить надежные и значимые сопоставления. Данные о некоторых показателях могут не отражать последние имеющиеся статистические данные в странах, так как для обеспечения сопоставимости национальных и международных данных могли быть выбраны более ранние годы. Но даже в этом случае проведение сравнения не всегда было возможным, поскольку национальные системы информации здравоохранения и их охват, полнота и качество могут значительно различаться.

В этой публикации используются три сокращения для обозначения определенных совокупностей стран. Когда речь идет о Европейском союзе (ЕС), используется сокращение ЕС-27 для обозначения 27 стран, ставших членами ЕС с 1 мая 2007 г. ЕС-15 означает 15 стран ЕС до 1 мая 2004 г. В группу стран СНГ-8 в данной публикации входят Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. В настоящей публикации они представлены совместно исключительно для того, чтобы провести сравнение данных между 8 странами и странами ЕС-15 и ЕС-27.

Номера источников, приведенных в конце каждого раздела, указывают на соответствующий источник в библиографии.

Данные по здоровью и системе здравоохранения, предоставляемые ВОЗ, и из других международных источников и национальных отчетов значительно различаются. Национальные данные не всегда систематически доступны, а когда они есть, то часто оказываются ненадежными. Недостаточное качество имеющихся данных мешает объективному представлению картины состояния здоровья населения и системы здравоохранения.

Данные относятся преимущественно к 2003–2006 гг., и взяты из Европейской базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ (по состоянию на июль 2008 г.). Там, где при представлении данных год не указан, данные относятся к 2006 г.

Оценки ВОЗ составлялись с учетом таких факторов, как занижение национальных данных и их неправильная классификация, и поэтому они отличаются от данных самих стран.

Региональное бюро использует различные данные о смертности и заболеваемости, для того чтобы составить надежные и сравнимые оценки бремени болезней и ожидаемой продолжительности здоровой жизни для государств - членов ВОЗ.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) и утраченные годы здоровой жизни (DALY) являются обобщающими показателями здоровья населения, объединяющими информацию о смертности и нелетальных результатах в отношении здоровья для представления данных о состоянии здоровья населения в цифровом выражении. Они дополняют показатели смертности посредством оценки относительного вклада различных причин в общую потерю здоровья в группах населения.

DALY основаны на информации о причинах смертности по каждому региону ВОЗ и на региональных оценках эпидемиологии основных патологий, обуславливающих потерю трудоспособности. DALY представляют собой оценки за 2002 г., рассчитанные ВОЗ для *Доклада о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г.* Дополнительные методологические данные по глобальному бремени болезней можно получить на сайте

<http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>. Средние значения для групп стран являются взвешенными по отношению к населению и рассчитаны Европейским региональным бюро ВОЗ.

Национальные оценки ОПЗЖ базируются на данных таблиц вероятности дожития по каждой стране, обследованиях репрезентативной выборки населения, дающих оценку физической нетрудоспособности, и нетрудоспособности, связанной с нарушением когнитивной функции, и общего состояния здоровья,

а также на подробных эпидемиологических данных по основным патологиям, приводящим к инвалидности в каждой стране.

Показатели расходов на здравоохранение основаны на данных Национальных счетов здравоохранения ВОЗ за 2007 г. (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>). Эти цифры являются обновленными оценочными данными. Зарубежная помощь на нужды здравоохранения обычно включается в цифру, характеризующую государственные расходы на здравоохранение в виде процента от общих расходов на здравоохранение.

Что касается иммунизации, то в качестве показателя охвата населения иммунизацией используется показатель иммунизации вакциной против коклюша, дифтерии и столбняка – АКДС-3.

Статистические данные по профессиональным заболеваниям и несчастным случаям базируются на национальном законодательстве, которое различается по странам.



ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Данная книга является результатом коллективных усилий многих партнеров и коллег с различными профессиональными навыками, опытом и знаниями.

Особую признательность за предоставление данных мы хотели бы выразить Mikka Gissler (Отдел информации Национального центра научных исследований и разработок в области социального обеспечения и здравоохранения, STAKES, Финляндия) и Claudio Politi (Европейское региональное бюро ВОЗ). Незаменимый вклад внес редактор текста David Breuer.

Многие эксперты Европейского регионального бюро ВОЗ внесли вклад в подготовку этой публикации о состоянии здравоохранения, предоставляя замечания и рецензии, основанные на знании конкретных стран. Создание этой книги было бы невозможным без их значительной и глубокой поддержки. Мы приносим искреннюю благодарность следующим:

- сотрудникам государственных офисов ВОЗ и экспертам Европейского регионального бюро ВОЗ, работающим в странах: Kamran Garakhanov и Jenni Kehler (Азербайджан), Elizabeth Danielyan, Jenni Kehler и Jens Wilkens (Армения), Antonio Duran и Rusudan Klimiashvili (Грузия), Gabit Ismailov (Казахстан), Joe Kutzin и Oscon Moldokulov (Кыргызстан), Santino Severoni (Таджикистан), Bahtygul Karriyeva (Туркменистан) Zakir Khodjaev и Michel Tailhades (Узбекистан);
- техническим экспертам Европейского регионального бюро ВОЗ: Enrique Loyola – в области оценки бремени болезней, Joe Kutzin и Jens Wilkens – по вопросам финансирования здравоохранения, Martina Pellny – в сфере первичной медико-санитарной помощи, и Galina Perfilieva – в сфере кадров для здравоохранения, Nina Sautenkova – по вопросам фармацевтической политики.
- Административную поддержку оказала Fatima Ludin.

Elke Jakubowski и Albena Arnaudova

АРМЕНИЯ



ԺՉՄՉԵՒ ՉՄՅ

ԺՉՄժՉä°î àôÃÚàôÛ

ПЛОЩАДЬ (км²) 29 800

Примерно соответствует площади Бельгии
ЕС-27: 4,3 млн., ЕС-15: 3,2 млн., СНГ-8: 4,2 млн.

НАСЕЛЕНИЕ 3,0 млн. человек
(2007 г.)

В два раза превышает население Эстонии, 0,6% от населения ЕС-27 и 4% от населения СНГ-8
ЕС-27: 490 млн. человек, ЕС-15: 387 млн. человек, СНГ-8: 75 млн. человек

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ армяне – 98%, езиды (курды) – 1,5%, русские – 0,5%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ЯЗЫК армянский – 98%, езидский (курдский) – 1,5%,
русский – 0,5%

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Республика

РЕЛИГИЯ Армянская апостольская церковь – 95%,
другие христиане – 0,5%, езиды – 1,5%,
прочие – 3,0%

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1991 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ (2008 г.) 3990 долл. США
11% от среднего для ЕС-27 и 112% от среднего
для СНГ-8

*ЕС-27: 36 000 долл. США, ЕС-15: 51 000 долл.
США, СНГ-8: 3570 долл. США*

6370 долл. США по паритету покупательной
способности

*ЕС27: 30 275 долл. США, ЕС-15: 38 600 долл.
США, СНГ-8: 5950 долл. США*

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ

11 провинций

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА Драм

1 драм = 0,00268 долл. США

1 долл. США = 372 драм (2009 г.)

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.) 0,775

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.) 7,1%

ЕС-27: 8,5%, ЕС-15: 6,3%, СНГ-8: 6,5%

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, Всемирного Банка,
ВТО (наблюдатель)

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники 1–5, 27.

ЗДОРОВЬЕ

²èàÔæàôÃÚàôÛ



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргыстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА (2005 г.)

Соотношение мужчин и женщин

0,89 мужчин на одну женщину

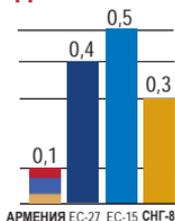
Городское население 64% *ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%*

Возрастная структура 0–14 лет 21%
ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%
≥65 лет 11%
ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

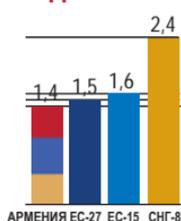
Коэффициент демографической нагрузки

51% *ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА (2006 г.)



Ежегодный прирост населения (%)



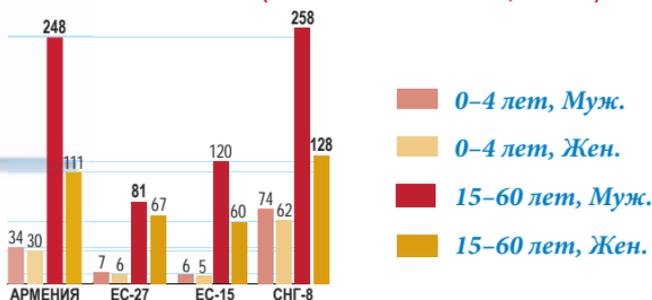
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 100 000 населения, 2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы)

Все население	68	ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 68
Мужчины	65	ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64
Женщины	72	ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Армения	61	59	63	12	13	11	14
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

- Численность населения сокращается в результате последствий разрушительного землетрясения 1988 г. и массовой эмиграции населения, до 1 миллиона человек, после обретения независимости.
- Большая армянская диаспора численностью около 5 миллионов человек проживает в других странах СНГ, в США, Франции и странах Среднего Востока.
- За десятилетний период независимости коэффициенты фертильности и рождаемости снизились примерно на 60%.

Источники: 1-8.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



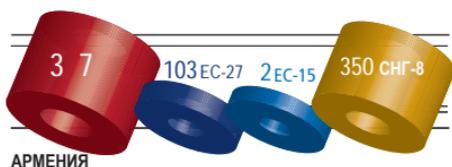
Узбекистан



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности: на них приходится 53% смертей (2003 г.).
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие: (2003 г.).
 - болезни системы кровообращения: 627 смертей на 100 000 населения; **ЕС-27: 273, ЕС-15: 214, СНГ-8: 684**
 - ишемическая болезнь сердца: 387 смертей на 100 000 населения, является причиной 13% бремени болезней;
 - цереброваскулярные болезни: 277 смертей на 100 000 населения, являются причиной 7% бремени болезней и 16% всех смертей;
 - согласно оценкам, на высокое кровяное давление приходится 8% смертей среди мужчин и 9% смертей среди женщин.



РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ)

- Рак является причиной 159 смертей на 100 000 населения (2003 г.).
ЕС-27: 180, ЕС-15: 170, СНГ-8: 110
- В стране ежегодно регистрируется 222 новых случая рака на 100 000 населения (2006 г.).
ЕС-27: 460, ЕС-15: 475, СНГ-8: 110
- Новые случаи рака на 100 000 населения в год (2003 г.): рак шейки матки: 7 (**СНГ-8: 10**); рак молочной железы: 30 (**СНГ-8: 16**); и рак легких (2006 г.): 38 (**ЕС-27: 54, ЕС-15: 54, СНГ-8: 13**).

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- На хроническую обструктивную болезнь легких приходится 3% всех смертей и 2% бремени болезней.

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета (2006 г.): 1,2%.
- Диабет является причиной 4% бремени болезней и 61 смерти на 100 000 населения (2002 г.).

ЕС-27: 14, ЕС-15: 14, СНГ-8: 25

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

На 100 000 населения в год (2006 г.):

- новые случаи психических расстройств: 78. *СНГ-8: 100*
- самоубийства или смерть в результате преднамеренного самоповреждения: 2. *ЕС-27: 11, ЕС-15: 10, СНГ-8: 8*
- новые случаи алкогольного психоза: 2. *СНГ-8: 43*

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Являются причиной 36 смертей на 100 000 населения в год (2003 г.).

ЕС-27: 42, ЕС-15: 36, СНГ-8: 61

- Транспортные травмы ежегодно являются причиной 6 смертей на 100 000 населения в год (2003 г.).

ЕС-27: 9, ЕС-15: 8, СНГ-8: 9

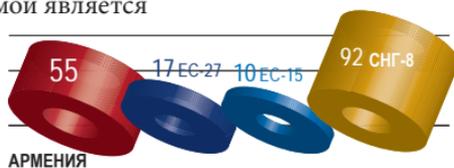
ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни являются причиной менее 1% всех смертей (2003 г.).

- Значительной проблемой является

туберкулез:

выявляется 55
новых случаев
на 100 000 населения
в год (2006 г.).



- Новые случаи ВИЧ-инфицирования (2006 г.): 2 на 100 000 населения. *ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5*

- Инфекции, передаваемые половым путем (на 100 000 населения в год, 2007 г.):

– новые случаи сифилиса: 5; *ЕС-27: 4, ЕС-15 (2004 г.): 3, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 14*

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



- 
- новые случаи гонококковой инфекции: 24.
ЕС-27: 8, ЕС-15 (2006 г.): 9, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 21

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность снижалась более быстрыми темпами по сравнению с другими странами данного региона, но этот показатель остается все еще высоким – 12 смертей на 1000 живорожденных (2003 г.).
ЕС-27: 5, ЕС-15: 4, СНГ-8: 19
- Охват иммунизацией вакциной АКДС-3: 90% (2006 г.).
ЕС-27: 95%, ЕС-15: 95%, СНГ-8: 94%
- Показатель смертности от диарейных заболеваний среди детей в возрасте от 0 до 5 лет (2003 г.): 9 на 100 000 населения.
ЕС-27: 0,6, ЕС-15: 0,3, СНГ-8: 37

10 ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В АРМЕНИИ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	33
2. Цереброваскулярные болезни	16
3. Сахарный диабет	6
4. Рак трахеи, бронхов и легких	4
5. Хроническая обструктивная болезнь легких	3
6. Воспалительные болезни сердца	2
7. Гипертензивная болезнь сердца	2
8. Рак молочной железы	2
9. Рак желудка	2
10. Цирроз печени	2



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В АРМЕНИИ, СНГ-8 И ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней (%)			
	Армения	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	18	22	14	12
Психоневрологические расстройства	17	16	30	32
Непреднамеренные травмы	7	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	5	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	7	5	ДО	ДО
Болезни системы пищеварения	4	6	5	4
Болезни опорно-двигательного аппарата	3	ДО	4	ДО
Врожденные пороки развития	5	ДО	ДО	ДО
Рак (злокачественные новообразования)	10	6	13	13
Болезни органов чувств	6	4	4	4
Все неинфекционные болезни	7	2	7	4
Все инфекционные болезни	5	7	2	2
Все травмы		11	11	10

ДО: данные отсутствуют.

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Структура смертности в Армении скорее аналогична структуре смертности в странах ЕС, чем в ряде других стран СНГ, за исключением смертности в результате болезней дыхательных путей и сердечно-сосудистой системы.
- Смертность в результате внешних причин ниже, чем в ряде других стран СНГ.
- Младенческая смертность значительно выше в сельской местности по сравнению с городом.
- Со времени провозглашения независимости число случаев туберкулеза возросло в четыре раза.
- Официальный показатель ВИЧ-инфицирования в Армении по-прежнему считается низким по сравнению с соседними странами, хотя регистрируемое число лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, возможно, занижено.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники: 1, 5, 9, 10.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



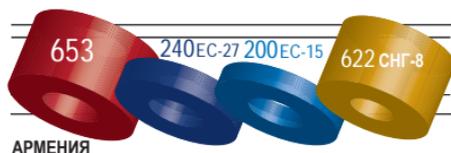
Узбекистан



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых высока: 27% населения являются регулярными курильщиками (2006 г.).
ЕС-27: 28, ЕС-15: 28, СНГ-8: 22
- Армения является одной из стран Европейского региона ВОЗ, где наиболее высока доля курильщиков среди мужчин: 57% курят регулярно (и 3% женщин) (2006 г.).
- На курение приходится 12% бремени болезней и 653 смерти на 100 000 населения (2003г.).



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий уровень потребления алкоголя (2003 г.): 1,1 литра на человека в год.
ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5
- Алкоголь является основным фактором риска среди мужчин, на долю которого приходится 5% всего бремени болезней и 8% бремени болезней среди мужчин (2003г.).
- Причины смерти, связанные с потреблением алкоголя (2003 г.): 59 смертей на 100 000 населения.
ЕС-27: 67, ЕС-15: 58, СНГ-8: 124

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- Марихуана – это наиболее распространенный из запрещенных наркотиков: его употребляли 3% населения в возрасте 15–65 лет (2006 г.).
- Распространенность злоупотребления опиатами (2005 г.): 0,3% (в возрасте 15–65 лет).
- Число впервые госпитализированных в центры по лечению от наркотической зависимости (2006 г.): 3 на 100 000 населения в год. *ЕС-27: 48, СНГ-8: 40*

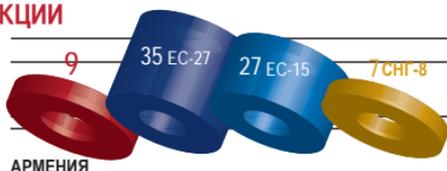
ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ОЖИРЕНИЕ

- Распространенность (2006 г.): 12% – среди мужчин и 20% – среди женщин.
- 18% всех смертей и 10% бремени болезней связаны с высоким индексом массы тела (2002 г.).
- 9% всех смертей и 4% бремени болезней связаны с недостаточной физической активностью (2002 г.).

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- Сальмонеллез (2006 г.): зарегистрировано 9 случаев на 100 000 населения.



ГИГИЕНА ТРУДА

- Получившие производственные травмы в результате несчастного случая (2006 г.): 3 на 100 000 населения в год.
ЕС-27 (2006 г.): 905, ЕС-15 (2005 г.): 1054, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 9
- Смерть в результате несчастного случая на производстве в 2005 г.: 0,5 на 100 000 населения в год.
ЕС-27 (2006 г.): 1,2, ЕС-15 (2005 г.): 1,1, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 1,4

КАЧЕСТВО ВОЗДУХА

- Уровень выбросов SO₂ (1999 г.): 0,26 кг на душу населения.
ЕС-27: 21, ЕС-15: 14, СНГ-8: 7

Источники: 1, 6, 10, 11.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Государственная гигиеническая и противэпидемиологическая инспекция
Научный центр экспертизы лекарств и медицинских технологий
Национальный институт здравоохранения
Государственное агентство здравоохранения с центральным представительством в Ереване и 10 региональными филиалами.

ПАРЛАМЕНТ

Постоянный комитет по здравоохранению

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Более 40 профессиональных ассоциаций, в числе которых
Армянская медицинская ассоциация, Ассоциация стоматологов Армении, Ассоциация медицинских сестер Армении
Армянская ассоциация общественного здравоохранения

АКАДЕМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Ереванский государственный медицинский университет

НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Армянское общество Красного Креста
Оксфам
Адвентистское агентство помощи и развития
Врачи без границ
Организация «За спасение детей»
Институт «Открытое общество»



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Одиннадцать областных управлений и входящие в их состав отделы здравоохранения



Как организовано предоставление услуг?

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Государственная гигиеническая и санитарно-эпидемиологическая инспекция предоставляет услуги общественного здравоохранения. Она представлена головным подразделением в Министерстве здравоохранения, 7 оперативными подразделениями в Ереване и 10 региональными подразделениями. Кроме того, 14 независимых лабораторий проводят анализы, предоставляют экспертные услуги и проводят работу по защите населения, а также существует ряд передвижных лабораторий. В число основных программ общественного здравоохранения входят эпидемиологический надзор, программа профилактики передачи ВИЧ-инфекции и программа иммунизации (осуществляются в первичном звене медико-санитарной помощи под руководством Министерства здравоохранения). Санитарное просвещение пока не получило должного развития, но большее распространение получают такие виды деятельности, как информационно-разъяснительные кампании, организованные правительственными и неправительственными организациями.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Виды услуг первичной медико-санитарной помощи различаются в сельской и городской местности. Страна унаследовала систему со времен до обретения независимости, когда первичное звено было развито в недостаточной степени, и основное финансирование было сосредоточено на вторичной и специализированной стационарной помощи, а не на амбулаторных услугах. Однако за период независимости произошел существенный сдвиг в сторону первичной медико-санитарной помощи. За последние годы право владения и управления лечебно-профилактическими учреждениями первичного уровня передано от центрального местным органам управления.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

Население сельской местности в первую очередь обращается за консультацией в фельдшерско-акушерские пункты, которые оказывают основную дородовую и послеродовую помощь и проводят иммунизацию. Кроме того, они дают рекомендации по вопросам здоровья и направляют на более высокий уровень медицинской помощи; контроль за ними осуществляют близлежащие поликлиники и амбулаторные лечебно-профилактические заведения. Доступ к услугам первичного звена более высокого уровня можно получить в населенных пунктах, где существуют амбулатории и поликлиники. В крупных городах медицинское обслуживание населения на первичном уровне осуществляется в основном поликлиниками. Люди могут выбирать врача, который будет оказывать им первичную медико-санитарную помощь.

В 1993 году в структуру первичной медико-санитарной помощи была введена специализация. Все большее распространение в системе оказания первичной медико-санитарной помощи приобретает семейная медицина, область, в которой ведется подготовка и переподготовка работников здравоохранения с целью обеспечения более целостного подхода к оказанию медицинской помощи всем членам семьи.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Многочисленные медицинские учреждения оказывают вторичную медицинскую помощь, включая больницы на районном и региональном уровнях, больницы с относящимися к ним поликлиниками, медицинские центры, в основном рассчитанные на оказание амбулаторной помощи, но при этом имеющие около 20 койко-мест для оказания стационарной помощи, родильные дома и специализированные диспансеры.

Высокоспециализированные службы третичного уровня в основном сосредоточены в Ереване, в учреждениях, оснащенных высокотехнологичным оборудованием.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Частные поставщики медицинских услуг постепенно стали частью системы оказания медицинской помощи Армении вследствие изменения юридических рамок и широкой продажи

государственных лечебно-профилактических учреждений отдельным предпринимателям, предпринимательским группам и компаниям. Приватизировано более 200 ранее принадлежавших государству медицинских учреждений, в основном аптек и стоматологических кабинетов. В результате почти все аптеки, большая часть стоматологических служб и предприятий по эксплуатации медицинского оборудования в настоящее время приватизированы. Также приватизировано около шести больниц (9% всего коечного фонда) в Ереване, предоставляющих вторичную и третичную медицинскую помощь. Частно практикующих врачей все еще немного, и чаще всего, их круг ограничивается гинекологами, акушерами и психиатрами.

Важные моменты

Оказание медицинских услуг

- За период независимости состояние фельдшерско-акушерских пунктов значительно ухудшилось, хотя на отдаленных территориях они все еще являются важным местом обращения за медицинской помощью.
- За последнее десятилетие между сельской и городской местностью возникла несбалансированность с точки зрения географического доступа к медицинским услугам.
- Традиционно в стране коэффициент использования служб медико-санитарной помощи был низок. За время независимости страны коэффициент использования служб здравоохранения еще более снизился до уровня, значительно меньшего по сравнению с уровнем в странах ЕС, и в большей степени это касается первичной медико-санитарной помощи, чем стационарной.
- По-прежнему вызывает обеспокоенность проблема доступа к оказанию медицинской помощи, особенно среди уязвимых групп населения.
- Основной проблемой по-прежнему остается координация между различными уровнями оказания медицинской помощи.
- По данным опросов пациентов, частные поставщики медицинских услуг ассоциируются у них с уменьшением доступа к услугам и обеспокоенностью в отношении их качества и безопасности.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Со времени объявления независимости страны число врачей уменьшилось, что произошло преимущественно за счет миграции, и эта цифра сопоставима с соответствующим показателем в большинстве стран ЕС. Это связано также с уменьшением набора в медицинский институт. Характерной чертой является большое количество врачей-специалистов, большая доля которых (почти 50%) приходится на стационары. Тем не менее, за последнюю декаду увеличилось количество работников здравоохранения, прошедших подготовку и переподготовку в качестве семейных врачей после введения в систему медицинского образования базовых постдипломных программ по семейной медицине. Усиление внимания к первичной медико-санитарной помощи привело к некоторой безработице среди врачей-специалистов. За время независимости страны число медицинских сестер уменьшилось до уровня, значительно более низкого по сравнению со странами СНГ и ЕС. Кроме того, большая часть медицинских сестер имеет слабую подготовку и квалификацию. За этот период число стоматологов практически не изменилось, тогда как количество фармацевтов, как представляется, значительно снизилось. Особая проблема для всех работников здравоохранения состоит в недостаточной престижности профессии и низких уровнях оплаты труда.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2006 г.)

Врачи	346	ЕС-27: 315, ЕС-15: 332, СНГ-8: 315
Стоматологи	39	ЕС-27: 62, ЕС-15: 66, СНГ-8: 25
Медсестры	41	ЕС-27: 742, ЕС-15: 794, СНГ-8: 585
Фармацевты	5	ЕС-27: 72, ЕС-15: 81, СНГ-8: 19
ВОП	5	



АРМЕНИЯ

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БОЛЬНИЦЫ (2006 г.)

Число больниц на 100 000 чел.: 4

ЕС-27: 3, ЕС-15: 3, СНГ-8: 5

Число коек на 100 000 чел.: 443

ЕС-27: 576, ЕС-15: 564, СНГ-8: 559

Число госпитализаций на 100 чел.:

ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11

Средняя продолжительность госпитализации (дней): 9

ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

В Армении шесть компаний производят фармацевтические средства. Внутреннее производство удовлетворяет около 4-6% потребностей страны в лекарственных средствах.

Правительство централизованно закупает лекарственные средства для лечения определенных болезней, таких, как туберкулез и диабет, и распределяет фармацевтические средства, поступившие в рамках гуманитарной помощи. Остальная часть фармацевтической отрасли приватизирована. Список основных лекарственных средств существует, но на практике осуществление концепции основных лекарственных средств было затруднено. В реальной жизни граждане все еще должны оплачивать большую часть расходов на приобретение лекарственных средств из собственного кармана. В практике семейной медицины уже начали применяться руководящие принципы лечения при рациональном назначении лекарственных средств, но необходимы дальнейшие меры по введению их в силу.

Правительство регулирует регистрацию, производство, закупку, поставку и продажи фармацевтических средств и отвечает за лицензирование фармацевтических средств, но в целом регулирование не является жестким. Для укрепления регулирующих рамок в настоящее время разрабатывается новый закон о лекарственных средствах на основании рекомендаций ВОЗ. Научный Центр экспертизы лекарств и медицинских технологий при правительстве Армении, созданный по

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

подобию Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами США, является основным органом оценки и регистрации фармацевтических средств и изделий медицинского назначения.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- За период независимости страны число стационарных коек сократилось почти вдвое. Сокращение коечного фонда в результате слияния и закрытия больниц коснулось в основном сельской местности, тогда как в городах коечный фонд все еще чрезмерно завышен. Дальнейшее его сокращение на 25% ожидается в результате создания больничной сети, при этом в 2004 г. уже произошло слияние 44 больниц и формирование на их основе 10 больничных сетей.
- Армения явилась одной из первых стран бывшего СССР, которая ввела специализированную подготовку в сфере первичной медико-санитарной помощи и создала университетские кафедры и центры по подготовке в области семейной медицины.
- Нерациональное использование лекарственных средств связано с отсутствием надлежащих и доступных по стоимости лекарственных средств как в сфере стационарной, так и амбулаторной помощи.

Источник: 1.



Кто и за что платит?

Расходы на здравоохранение покрываются из средств государственного бюджета, международных пожертвований и за счет непосредственно личных средств населения. После землетрясения 1988 г. международные пожертвования играли основную роль; однако, в настоящее время они составляют менее 14% всех расходов на оказание медицинской помощи. Бюджетные средства на здравоохранение выводятся из налоговых сборов на национальном и общинном (*hamaynkner*) уровнях и фонда социального страхования. По данным

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

национальных счетов здравоохранения ВОЗ государственное финансирование покрывает 40% всех расходов на оказание медицинской помощи. К 2015 г. планируется значительное увеличение доли государственных расходов. В настоящее время более половины всех расходов на оказание медицинской помощи приходится на выплаты из личных средств населения. Лишь очень небольшая часть из 20 частных страховых компаний предлагают добровольное медицинское страхование. Существует ряд инициатив по страхованию граждан на уровне местных сообществ, которые поддерживаются международными неправительственными организациями, направленными на улучшение доступа сельского населения к услугам первичной медико-санитарной помощи и охвативших 80 000 человек в 2006 г.

Оплата услуг из средств государственного бюджета осуществляется на основе базового льготного пакета, определяющего виды услуг, за которые не взимается плата с населения, и обозначающего группы населения, освобожденные от каких-либо официальных выплат, такие как инвалиды, дети младше семи лет и другие иждивенцы, а также лица, состоящие на военной службе. Диапазон услуг в рамках базового льготного пакета включает стационарную экстренную медицинскую помощь; интенсивную терапию; акушерскую и гинекологическую помощь; медицинские услуги для определенных уязвимых групп населения; диализ; медицинскую помощь при определенных заболеваниях, в числе которых туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем; амбулаторную медицинскую помощь (первичная медико-санитарная помощь; диспансерное обслуживание; а также родовая, родовая и послеродовая медицинская помощь) и услуги санитарно-эпидемиологической службы. Тем не менее, на самом деле базовый льготный пакет охватывает значительно меньшее количество услуг, чем предусмотрено законодательством. В Ереване требуются соплатежи для ряда стационарных услуг, входящих в базовый льготный пакет, а также в отношении приобретения лекарственных средств вне стационара. Размеры платежей населения за «платные услуги», выходящие за рамки основного льготного пакета, четко не установлены.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



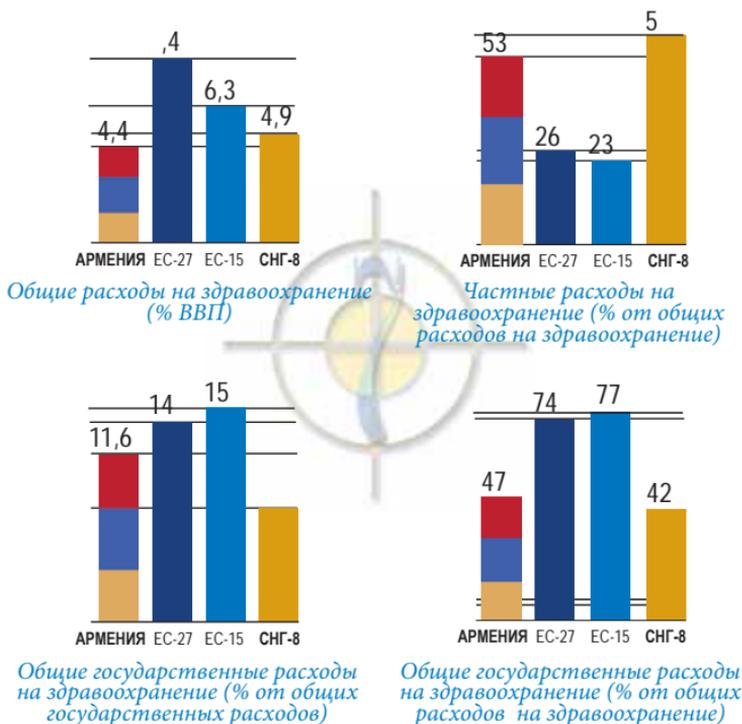
Туркменистан



Узбекистан

Государственное агентство здравоохранения получает финансовые ресурсы от Министерства финансов и распределяет ассигнования между поставщиками первичной медико-санитарной помощи из расчета на душу населения в соответствии с типом медицинской помощи и категориями льготников. Больницы финансируются ежемесячно на основе количества случаев заболеваний из расчета на каждого выписанного пациента и на каждого обслуженного амбулаторного пациента.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств 91

(% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Население, живущее ниже черты бедности: 51%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- В 2006 г. около 30% населения имели доход в размере менее 2 долл. США в день.
- Государственное финансирование покрывает около 40% общих расходов на медицинское обслуживание, тогда как официальные и неофициальные выплаты из собственного кармана населения составляют, по оценкам, 53% всех расходов на медицинское обслуживание.
- В 2005 г. фармацевтические расходы (государственные и частные) составляли примерно 17 долл. США на человека в год, что значительно ниже соответствующего показателя в большинстве стран ЕС.
- Часто лекарства из списка основных лекарственных средств оказываются не по карману тем, кто в них нуждается.

Источники: 1, 2, 12–14, 28.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

В Армении реформы в сфере медицинского обслуживания начали проводиться на сравнительно ранних этапах после обретения независимости. Основное внимание в процессе реформирования было направлено на передачу управления службами здравоохранения с национального на субнациональные уровни и обеспечение приватизации в сфере медицинского обслуживания; на сферу финансирования; уменьшение коечного фонда; и укрепление первичной медико-санитарной помощи.

- 1993 г. Лечебно-профилактические учреждения получили большую независимость в вопросах получения дохода

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

параллельно с государственным финансированием; была введена подготовка специалистов в сфере первичной медико-санитарной помощи, созданы университетские кафедры и центр по подготовке специалистов в сфере семейной медицины; было разрешено ведение частной медицинской практики врачами с соответствующей лицензией; ответственность за управление больницами и учреждениями первичной медико-санитарной помощи была передана с национального уровня регионам и местным сообществам; определены уязвимые группы населения, которые освобождаются от взимания платежей за предоставленные медицинские услуги.

- 1997–1998 г. Официально введены платежи населения и базовый льготный пакет с перечнем услуг, финансируемых государством.
- 1998 г. Создано Государственное агентство здравоохранения в качестве покупателя медицинских услуг, финансируемых государством.
- 2004 г. принято решение о постепенном повышении государственного финансирования системы медицинского обслуживания; разрешено добровольное медицинское страхование.

«Врачи без границ», Институт «Открытое общество-Армения», ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНФПА, ЮСАИД, ВОЗ и Всемирный Банк предоставляют техническую и финансовую поддержку реформам здравоохранения в Армении.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Важные моменты

реформы здравоохранения

- В Армении теперь больше внимания уделяется профилактике, семейной медицине и участию местных сообществ.
- При децентрализации управления службами здравоохранения возникли трудности в связи с функциональной дезинтеграцией системы.
- Ключевым условием реформирования системы является дальнейшее улучшение финансирования.
- Реформы не получили своего отражения в программах обучения и подготовки работников системы медицинского обслуживания; исключение составляет лишь семейная медицина, которая введена в программу медицинского образования.

Источники: 1, 2, 12.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ И УЛУЧШЕНИЕ ИНФРАСТРУКТУРЫ – УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При поддержке Всемирного Банка Армения осуществила проект по финансированию общественного здравоохранения и развитию первичной медико-санитарной помощи (1998 –2003 гг.) в ряде лечебно-профилактических учреждений первичного звена, преимущественно в сельской местности. Целью данного проекта являлось улучшение подготовки и переподготовки персонала первичного звена; внедрение систем повышения качества, таких как руководящие принципы медицинской практики; и улучшение инфраструктуры и оснащенности лечебно-профилактических учреждений. В 2003 г. до 19% населения было охвачено деятельностью проекта. В результате проведенной оценки было отмечено, что теперь при

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

возникновении проблем со здоровьем на 10% больше жителей обращаются к имеющимся медицинским услугам. Еще одним позитивным результатом явилось снижение числа направлений и самообращений к специалистам и в стационары. Повысился уровень проведения диагностики в сфере первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, вероятность необходимости оплаты консультаций там, где обслуживание осуществлял получивший переподготовку семейный врач, была в два раза ниже по сравнению с другими районами. И, наконец, общие размеры выплат населения из собственного кармана за лечение у врачей семейной медицины были на 10% ниже, чем в других условиях оказания первичной медико-санитарной помощи.



Какую работу проводит Региональное бюро в Армении?

Страновой офис ВОЗ в Армении был открыт в 1992 г. в Ереване. В 2006–2007 гг. Региональное бюро оказало поддержку стране в следующих сферах:

- здоровье детей и подростков;
- решение проблем бремени неинфекционных болезней;
- укрепление информационных систем здравоохранения;
- укрепление надзора за инфекционными болезнями и борьбы с ними;
- повышение потенциала в сфере готовности к чрезвычайным ситуациям и ответным мерам.

В 2008–2009 гг. Региональное бюро предоставляет поддержку стране в следующих областях:

- укрепление системы здравоохранения;
- улучшение показателей здоровья матерей и детей;
- улучшение надзора и борьбы с инфекционными болезнями.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-сайт страны)

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

Правительство Армении <http://www.gov.am/ru>

Министерство здравоохранения <http://www.moh.am>

Институт «Открытое общество – Армения» – Фонд содействия
<http://www.soros.org/about/foundations/armenia>

Координатор проекта ОБСЕ в Ереване
<http://www.osce.org/yerevan>

ЮНЭЙДС (веб-сайт страны)

<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/armenia.asp>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны)

<http://www.unicef.org/armenia/health.html>

ПРООН (веб-сайт страны) <http://www.undp.am>

ВОЗ (веб-сайт страны) <http://www.who.int/countries/arm/en>

Миссия Всемирного Банка в Армении
<http://www.worldbank.org.am>



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

АЗЕРБАЙДЖАН



AZƏRBAYCAN

ПЛОЩАДЬ (км²) 86 600

Немного превышает площадь Австрии
ЕС-27: 4,3 млн., ЕС-15: 3,2 млн., СНГ-8: 4,2 млн.

**НАСЕЛЕНИЕ
(2007 г.)**

8,5 млн. человек
Примерно соответствует населению Швеции,
1,7% от населения ЕС-27 и 11% от населения
СНГ-8 *ЕС-27: 490 млн. человек, ЕС-15: 387 млн.
человек, СНГ-8: 75 млн. человек*

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ

азербайджанцы – 91%, дагестанцы – 2%, русские
– 2%, армяне – 2%, другие национальности – 3%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- ЯЗЫК** азербайджанский – 89%, русский – 3%, армянский – 2%, прочие – 6%
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Республика
- РЕЛИГИЯ** мусульмане – 93%, православные христиане – 2,5%, армянская православная церковь – 2%, прочие – 2,5%
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1991 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 4720 долл. США (2008 г.) 13% от среднего для ЕС-27 и 132% от среднего для СНГ-8 **ЕС-27: 36 000 долл. США, ЕС-15: 51 000 долл. США, СНГ-8: 3570 долл. США**
- По паритету покупательной способности 11 310 долл. США **ЕС-27: 30 275 долл. США, ЕС-15: 38 600 долл. США, СНГ-8: 5950 долл. США**
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** 66 районов, 7 из которых находятся в Нахичеванской Автономной Республике; 11 городов (с населением более 50 000 человек)
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** Новый манат
1 новый манат = 1,25 долл. США (2009 г.)
1 долл. США = 0,803 нового маната
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.)** 0,746
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.)** 0,8%
ЕС-27: 8,5%, ЕС-15: 6,3%, СНГ-8: 6,5%
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, ВБ, ВТО (наблюдатель)

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники: 1–5, 27.

ЗДОРОВЬЕ SƏNIYYƏ



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргыстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА (2005 г.)

Соотношение мужчин и женщин

0,97 мужчин на одну женщину

Городское население 51% *ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%*

Возрастная структура 0–14 лет 25%

ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%

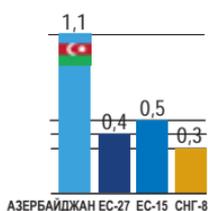
≥65 лет 7%

ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

Коэффициент демографической нагрузки

51% *ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА (2006 г.)



Ежегодный прирост населения (%)



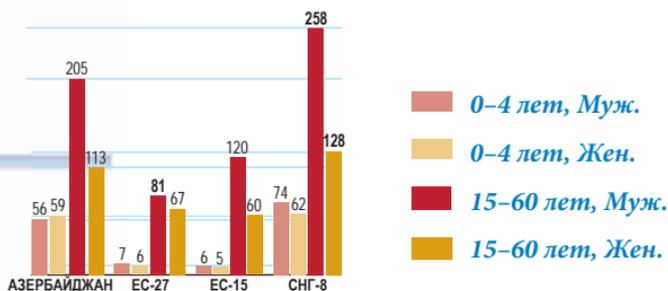
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 100 000 человек, 2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы, 2004 г.)

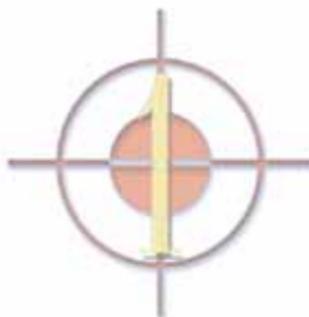
Все население 65 (72 года за 2004 г. в соответствии с Европейской базой данных ВОЗ «Здоровье для всех»)
ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 68

Мужчины 63 *ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64*

Женщины 68 *ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72*

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Азербайджан	57	56	59	11	12	11	15
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Важные моменты

демографические тенденции

- После обретения страной независимости ожидаемая продолжительность жизни резко снизилась, но в последние годы происходит повышение этого показателя.
- Во время Нагорно-Карабахского конфликта в Азербайджане существовало около 1 миллиона беженцев и внутренне перемещенных лиц.
- В настоящее время беженцы и внутренне перемещенные лица составляют около 13% всего населения.
- Население Азербайджана очень молодо.
- За последние годы показатели фертильности и рождаемости снизились, но по сравнению со странами ЕС являются все еще высокими.

Источники: 1, 2, 6, 7, 15.



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ (2004 г.)

- Эти болезни являются основной причиной смертности: на их долю приходится 47% от общего числа смертей.
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются:
 - болезни системы кровообращения: причина 634 смертей на 100 000 населения; **ЕС-27: 273, ЕС-15: 214, СНГ-8: 684**
 - ишемическая болезнь сердца: причина 273 смертей на 100 000 населения и 12% бремени болезней; **ЕС-27: 103, ЕС-15: 82, СНГ-8: 350**
 - цереброваскулярные болезни: причина 123 смертей на 100 000 населения, 4% бремени болезней и 34% всех смертей;
 - на высокое кровяное давление приходится 6% смертей среди мужчин и 7% - среди женщин.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ) (2004 г.)

- Рак является причиной 115 смертей на 100 000 населения.



- В стране регистрируется 80 новых случаев рака на 100 000 населения за год. **ЕС-27: 460, ЕС-15: 475, СНГ-8: 110**
- Новые случаи на 100 000 населения за год: рак шейки матки: 3,7 (**СНГ-8: 10**); рак молочной железы: 14 (**СНГ-8: 16**); и рак легких (2006 г.): 10 (**ЕС-27: 54, ЕС-15: 54, СНГ-8: 13**).

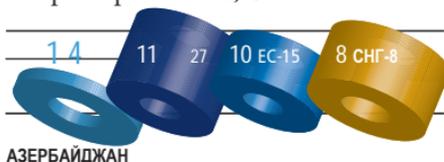
ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 0,8% (2004 г.).
- Диабет является причиной 2% от бремени болезней (2002 г.) и 26 смертей на 100 000 населения (5% от всех смертей) (2004 г.). **ЕС-27: 14, ЕС-15: 14, СНГ-8: 25**

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

На 100 000 населения за год (2006 г.):

- новые случаи психических расстройств: 71; **СНГ-8: 100**
- самоубийства или смерть в результате самоповреждения: 1,4;



- новые случаи алкогольного психоза: 0,2; **СНГ-8: 43**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Непреднамеренные травмы являются причиной 26 смертей на 100 000 населения за год (2004 г.). **ЕС-27: 42, ЕС-15: 36, СНГ-8: 61**
- В 2000 г. дорожно-транспортные происшествия стали причиной 6 смертей на 100 000 населения. **ЕС-27: 9, ЕС-15: 8, СНГ-8: 9**
- В 2007 г. доля погибших в результате дорожно-транспортных происшествий мужчин составила 78%, а погибших женщин – 22%.

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- В структуре смертности на долю инфекционных болезней приходится менее 2% всех смертей (2003 г.).

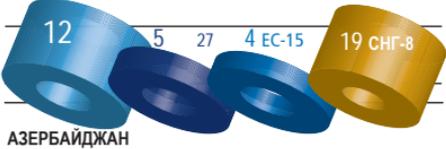
до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.





- Существенной проблемой является туберкулез: 67 новых случаев на 100 000 населения за год (2006 г.).
ЕС-27: 17, ЕС-15: 10, СНГ-8: 92
- Новые случаи ВИЧ-инфекции (2006 г.): 3 на 100 000 населения. **ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5**
- Инфекции, передаваемые половым путем (2007 г.):
 - новые случаи сифилиса: 5 на 100 000 населения;
ЕС-27 (2007 г.): 4, ЕС-15 (2004 г.): 3, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 14
 - новые случаи гонококковой инфекции: 20 на 100 000 населения. **ЕС-27 (2007 г.): 8, ЕС-15 (2006 г.): 9, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 21**

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Высокая младенческая смертность по сравнению с уровнем ЕС: 12 смертей на 1000 живорожденных **АЗЕРБАЙДЖАН** (2007 г.).

- Охват иммунизацией АКДС-3 (2006 г.): 95%.
ЕС-27: 95%, ЕС-15: 95%, СНГ-8: 94%
- Показатель смертности от диарейных заболеваний среди детей в возрасте 0–5 лет чрезвычайно высок: 22 на 100 000 населения (2004 г.). **ЕС-27: 0,6, ЕС-15: 0,3, СНГ-8: 37**

10 ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	37
2. Цереброваскулярные болезни	34
3. Рак трахеи, бронхов и легких	8
4. Воспалительные заболевания сердца	8
5. Сахарный диабет	5
6. Хроническая обструктивная болезнь легких	4
7. Рак толстой и прямой кишки	4
8. Рак молочной железы	3
9. Цирроз печени	3
10. Болезни мочеполовой системы	3

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В СТРАНЕ, СНГ-8 И ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней (%)			
	Азербайджан	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	20	22	14	12
Психоневрологические расстройства	16	16	30	32
Непреднамеренные травмы	4	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	8	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	5	5	ДО	ДО
Болезни системы пищеварения	5	6	5	4
Респираторные инфекции	11	ДО	4	ДО
Болезни органов дыхания	5	ДО	ДО	ДО
Рак (злокачественные новообразования)	7	6	13	13
Болезни органов чувств	5	4	4	4
Все неинфекционные болезни	79	2	7	4
Все инфекционные болезни		7	2	2
Все травмы	13	11	11	10

ДО: данные отсутствуют.

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Азербайджан сталкивается с двойным бременем болезней – связанных с бедностью, таких как инфекционные, и болезней, связанных с индустриализацией, таких как сердечно-сосудистые заболевания.
- За последние два десятилетия число смертей среди детей уменьшилось вдвое.
- Хронические болезни печени и цирроз печени являются причинами значительного количества ранних преждевременных смертей среди мужчин.
- Самой серьезной проблемой здоровья населения являются сердечно-сосудистые болезни.
- За последние два десятилетия утроилось количество смертей, связанных с диабетом, и этот показатель является одним из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ.
- За период независимости страны значительно сократилась смертность в результате внешних причин и болезней органов дыхания.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге. Источники: 1, 2, 5, 8, 9, 16.





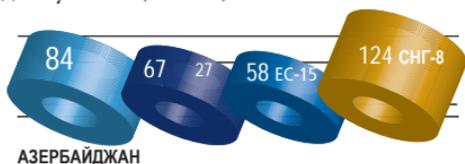
Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых в 1997 г. была выше, чем в среднем по СНГ-8, при этом 27% населения курит регулярно, что также является отражением последствий целенаправленного маркетинга табачных компаний. **ЕС-27: 28%, ЕС-15: 28%, СНГ-8: 22%**
- Не менее 12% бремени болезней и 639 смертей на 100 000 населения в 2000 г. было связано с курением.
ЕС-27: 240, ЕС-15: 200, СНГ-8: 622

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Согласно официальным статистическим данным общий уровень потребления алкоголя составляет 3,1 литра на человека за год (2003 г.).
ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5
- Алкоголь является основным фактором риска среди мужчин, являясь причиной 5% всего бремени болезней и 6% бремени болезней среди мужчин (2003 г.).
- Причины смерти, связанные с потреблением алкоголя (2000 г.): 84 смерти на 100 000 населения.



УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- Марихуана является наиболее часто используемым незаконным наркотическим средством: 3,5% населения в возрасте 15–65 лет (2004 г.).
- Распространенность злоупотребления опиатами (2000 г.): 0,2% (в возрасте 15–65 лет).

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- Число впервые госпитализированных в центры по лечению от наркотической зависимости (2006 г.): 5 человек на 100 000 населения в год.

ЕС-27: 48, СНГ-8: 40

- Азербайджан является страной, через которую осуществляется криминальный транзит опиатов в Российскую Федерацию.

ОЖИРЕНИЕ

- Распространенность (2006 г.): 15% мужчин и 25% женщин.
- 16% всех случаев смерти и 8% бремени болезней связаны с высоким индексом массы тела (2002 г.).
- 8% случаев смерти и 3% бремени болезней связаны с недостаточной физической активностью (2002 г.).

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- Сальмонеллез: регистрируется 5 случаев на 100 000 населения (2003 г.).

ЕС-27: 35, ЕС-15: 27, СНГ-8: 7

ГИГИЕНА ТРУДА

- Случаи производственного травматизма (2006 г.): 3 на 100 000 населения за год. *ЕС-27 (2006 г.): 905, ЕС-15 (2005 г.): 1054, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 9*
- Смертность в результате производственных несчастных случаев (2006 г.): 1,0 на 100 000 населения за год. *ЕС-27 (2006 г.): 1,2, ЕС-15 (2005 г.): 1,1, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 1,4*

КАЧЕСТВО ВОЗДУХА

- В 1997 г. зарегистрированы очень высокие уровни выбросов SO_2 : 22,5 кг на душу населения. *ЕС-27: 21, ЕС-15: 14, СНГ-8: 7*

Источники: 1, 10, 11, 17.



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.





Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Отдел науки, культуры, народного образования и социальных проблем Кабинета министров, который оказывает влияние на разработку политики в области здравоохранения и решение финансовых вопросов
Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Государственные больницы
Специализированные научно-исследовательские институты по вопросам здоровья
Система санитарно-эпидемиологического надзора, в составе которой находится Республиканский центр гигиены и эпидемиологии, Республиканская противочумная станция и Республиканская санитарно-карантинная служба

ПАРЛАМЕНТ

Однопалатная национальная ассамблея (Милли Меджлис)
Социальная комиссия

АКАДЕМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Азербайджанский медицинский университет и Институт усовершенствования врачей

НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Неправительственные и многосторонние организации принимают участие в организации медицинского обслуживания на территориях с большим количеством внутренне перемещенных лиц и беженцев, а также вносят



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

вклад в разработку политики. За последние годы роль этих организаций сократилась.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Региональных (или областных) органов управления не существует. Медицинская помощь находится в ведении районных или городских руководящих органов.



Как организовано предоставление услуг?

Страна унаследовала со времен советской эпохи экстенсивную систему лечебно-профилактических учреждений, от небольших фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий и поликлиник, специализированных диспансеров и небольших сельских больниц до крупных стационаров в городах. Существует разница в организации медицинской помощи между сельской и городской местностью; финансирование было сосредоточено на вторичной и специализированной стационарной помощи, а не на амбулаторных услугах.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ)

В Азербайджане существует 80 санитарно-гигиенических станций, примерно одна на район, которые находятся под контролем Министерства здравоохранения. Там имеются лаборатории по выявлению и анализу возбудителей инфекции и вредных факторов окружающей среды. Кроме того, станции занимаются мониторингом и организацией служб вакцинации. Многие из этих станций имеют устаревшее оборудование, которое эксплуатируется ненадлежащим образом. Укрепление здоровья и планирование семьи находятся в сфере ответственности Министерства здравоохранения; улучшить показатели по этим аспектам можно только за счет повышения

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



информированности и улучшения подготовки специалистов здравоохранения.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

В сельской местности фельдшерские пункты являются первичным звеном обращения за медицинской помощью. Фельдшерские пункты проводят самое базовое лечение и иммунизацию, а многие пациенты направляются в амбулаторные учреждения и сельские больницы. В сельских районах и городах первичную медико-санитарную помощь оказывают центральные районные и муниципальные больницы и поликлиники. Население имеет право свободного выбора поставщика медицинских услуг. Семейная медицина пока не получила должного развития. Часто услуги первичной медико-санитарной помощи оказывают врачи-специалисты.



ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Вторичную помощь предоставляют специализированные амбулаторные службы: например, поликлиники, сельские амбулатории, диспансеры по лечению определенных болезней, таких как туберкулез, кожные болезни и болезни, передаваемые половым путем, а также больницы, предоставляющие базовую вторичную стационарную помощь. Поставщики третичной медицинской помощи работают на национальном уровне и находятся в основном в г. Баку.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

В частном владении находится небольшая доля больниц и медицинских пунктов, большая часть лечебно-профилактических учреждений принадлежит государству. В 2003 г. правительство приватизировало около 350 медицинских учреждений, в основном это были стоматологические кабинеты. За период с 2006 г. были введены более строгие регламенты, в соответствии с которыми ряд таких частных учреждений был закрыт. В настоящее время в стране функционирует несколько крупных частных компаний, предлагающих широкий набор частных стационарных и амбулаторных диагностических и лечебных услуг. Частными стали также большинство аптек.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Ключевые проблемы первичного медико-санитарного обслуживания связаны с качеством и преемственностью оказания медицинской помощи; при большем общем количестве лечебно-профилактических учреждений, люди, живущие в горах, сталкиваются с серьезными трудностями в доступе к услугам.
- Больницы Азербайджана характеризуются большим количеством стационарных коек и длительной продолжительностью госпитализации. За период после обретения страной независимости показатели использования коечного фонда резко снизились, в ряде случаев до 20% и ниже.
- Показатель числа госпитализаций сохраняется на сравнительно низком уровне - около 6 госпитализаций на 100 человек в 2006 г. по сравнению с 20 госпитализациями в СНГ-8 (2006 г.) и 18 - в ЕС (2005 г.).
- Ключевой проблемой по-прежнему остается необходимость обеспечения преемственности медицинской помощи, поскольку граждане часто обращаются непосредственно на специализированный уровень оказания медицинской помощи, а первичная медико-санитарная помощь развита недостаточно.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основным работодателем для работников здравоохранения является Министерство здравоохранения. Число врачей-специалистов остается относительно постоянным, но снижается число медицинских сестер и вспомогательного персонала. Большая часть работников здравоохранения сосредоточена в городах, тогда как в небольших деревнях и горной местности работает недостаточное количество медицинского персонала. Азербайджан является одной из немногих стран Европейского региона ВОЗ, в которых семейная медицина пока не введена в

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

качестве клинической специальности. Врачей общей практики значительно меньше, чем специалистов. Уровень доходов работников государственных учреждений здравоохранения остается низким по сравнению с другими отраслями экономики Азербайджана.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2006 г.)

Врачи	363	ЕС-27: 315, ЕС-15: 332, СНГ-8: 315
Стоматологи	29	ЕС-27: 62, ЕС-15: 66, СНГ-8: 25
Медсестры	726	ЕС-27: 742, ЕС-15: 794, СНГ-8: 585
Фармацевты	13	ЕС-27: 72, ЕС-15: 81, СНГ-8: 19
ВОП	1	ЕС-27: 98, ЕС-15: 103, СНГ-8: 31

БОЛЬНИЦЫ (2006 г.)

Число больниц на 100 000 чел.: 9
 ЕС-27: 3, ЕС-15: 3, СНГ-8: 5

Число коек на 100 000 чел.: 09



Число госпитализаций на 100 чел. в год: 6
 ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11

Средняя продолжительность госпитализации (дней): 15
 ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Производство фармацевтических средств происходит в частном секторе экономики. Министерство регулирует производство, импорт и поставки, но доля неофициальных неконтролируемых продаж фармацевтической продукции остается высокой. Более половины импортируемых лекарственных средств не подвергаются таможенному и инспекционному контролю.

Около 10% государственного бюджета здравоохранения выделяется на лекарственные средства, удовлетворяя спрос лишь на 10%. Поэтому гражданам приходится покупать лекарственные средства из личных средств.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Оборудование многих медицинских учреждений первичного звена оставляет желать лучшего в отношении качества и эксплуатации. Более половины таких учреждений не имеет доступа к безопасной питьевой воде и непрерывной подаче электроэнергии.
- Регламентированный рынок для непатентованных лекарственных средств пока не развит.
- В 2003 г. средняя ежемесячная зарплата работника здравоохранения (78 долл. США) составляла лишь треть среднего уровня дохода граждан.

Источник: 1.

Кто и за что платит?



Основным источником финансирования сферы государственного медицинского обслуживания являются различного вида налоги - подоходный, на добавленную стоимость, акцизный и другие. Общее государственное финансирование покрывает около 30% расходов на оказание медицинской помощи. По оценкам, 69% этих расходов покрываются за счет официальных и неофициальных совместных платежей, добровольных взносов, таких как взносы национальных и международных организаций, и в очень небольшой степени за счет средств частного медицинского страхования. Добровольным медицинским страхованием охвачено менее 1% населения.

Министерство здравоохранения предоставляет около 25% государственного финансирования, которое направляется в основном на оплату труда медицинских работников на республиканском уровне, включая республиканские больницы и поликлиники, гигиенические станции, научные подразделения

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



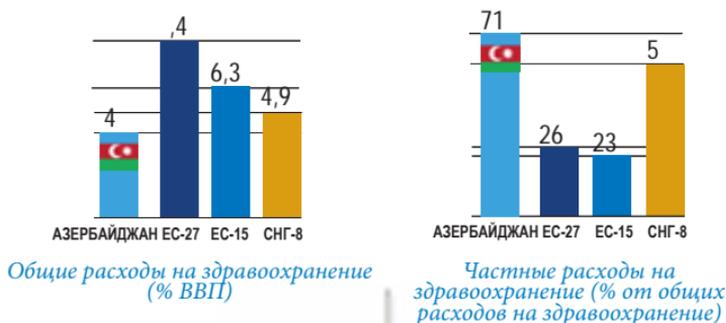
Узбекистан

и аппарат Министерства. Министерство финансов ассигнует около 70% районным руководящим органам, а от них – районным органам управления здравоохранением. Это финансирование охватывает службы здравоохранения на районном уровне: специализированные больницы, диспансеры, сельские больницы, поликлиники и пункты оказания первичной медико-санитарной помощи.

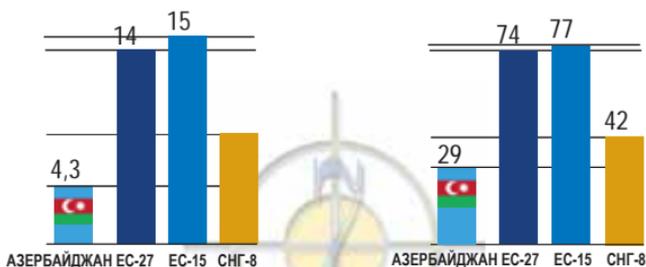
Официальные платежи населения были введены в 1998 г. Ряд групп населения – дети, лица с определенными заболеваниями (такими как туберкулез или диабет), а также ряд услуг (например, связанных с беременностью и родами, вакцинацией) были официально освобождены от соплатежей. Однако в 2008 г. Указом президента медицинские услуги, составляющие основной льготный пакет, будут предоставляться без взимания платежей с граждан.

Больницы финансируются по таким статьям бюджета, как кадровый состав, лекарственные средства, оборудование, его эксплуатация и инфраструктура.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Общие государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)

Общие государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)

Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств ⁷

(% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Население, живущее ниже черты бедности: 50%

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Государственный бюджет на здравоохранение возрос с 162 миллионов манатов в 2006 г. до 331 миллиона манатов в 2008 г.
- Ежегодное государственное подушевое финансирование сферы медицинского обслуживания составляет 77 долл. США (2006 г.).
- В Азербайджане выделяется на цели здравоохранения менее 5% общих государственных расходов по сравнению со средним показателем по СНГ, составляющим около 8%.
- Несмотря на введение официальных платежей, по-прежнему распространена неофициальная оплата гражданами медицинских услуг, лекарственных средств и расходных материалов.
- Сохраняется несоответствие в размерах средств, выделяемых Министерством финансов, между районами в связи с тем, что финансирование по-прежнему происходит по исторически сложившимся критериям, таким, как количество и размеры стационаров в данной местности или районе, а не в соответствии с потребностями населения и уровнем использования услуг.

Источники: 1, 2, 11, 28.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.





Как была реформирована система здравоохранения страны?

Проведение реформ в Азербайджане началось в 1993 г., при этом были приняты многочисленные законы либо через Меджлис, либо в виде президентских указов, но не все они выполняются. В соответствии с принятой законодательной базой были осуществлены следующие изменения:

- 1994 г. Введены официальные платежи граждан за медицинские услуги, предоставляемые в специализированных учреждениях.
- 1997 г. Гражданам предоставлено право выбора лечащего врача; узаконены частные аптеки и частная медицинская практика.
- 1998 г. Неофициальные платежи граждан были переведены в разряд официальных; в соответствии с президентским указом создана комиссия по вопросам реформирования здравоохранения.
- 2001–2004 гг. В пяти экспериментальных районах осуществлялся проект по реформированию здравоохранения, посвященный первичной медико-санитарной помощи, который финансировался Всемирным Банком.
- 2003 г. Месячная заработная плата государственных служащих, занятых в отрасли здравоохранения, повысилась на 50%.
- 2006 г. Министерство здравоохранения при поддержке правительства и международных организаций (ЮНИСЕФ, Агентство США по международному развитию, ВОЗ и Всемирный Банк) начало проведение второго Проекта реформирования отрасли здравоохранения (2006–2012 гг.) в рамках соглашения с Всемирным Банком о предоставлении

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

займа в 2006 г. Проект дает возможность апробировать использование новых принципов организации и финансирования служб здравоохранения в пяти районах.

- 2008 г. Подготовлена пересмотренная концепция реформ в области медицинского обслуживания, в которой обозначены направления реформ для различных аспектов системы здравоохранения. В январе 10 января 2008 г. Президент одобрил концепцию реформирования системы финансирования сектора здравоохранения и внедрения обязательной системы медицинского страхования в Азербайджане. Она подразумевает осуществление разделения между покупателем и поставщиком услуг, сокращение фрагментации финансирования и осуществление на экспериментальной основе новых схем оплаты поставщиков медицинской помощи. Соответствующий план действий был одобрен 11 августа 2008 г. В конце января Министр здравоохранения подписал Национальную стратегию по репродуктивному здоровью на 2005–2015 гг., включающую подробный план действий.

Важные моменты

реформы в области здравоохранения

- В первые годы независимости страны реформы здравоохранения были сосредоточены на проведении небольших изменений, но за последние годы темпы и интенсивность реформ значительно увеличились.
- Большинство донорских организаций поддерживает реформы в сфере первичной медико-санитарной помощи; наиболее активными организациями являются ЮНИСЕФ, ЮСАИД, ВОЗ и Всемирный Банк.
- Проект реформирования отрасли здравоохранения является самым крупным проектом, проводимым при международной поддержке в этой сфере (2006–2012 гг.). Общий бюджет проекта составляет 78,25 млн. долл. США, из которых 50 млн. долл. США составляет заем Всемирного Банка, а 28,25 млн. долл. США – государственные ассигнования.

Источники: 1, 2, 12.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

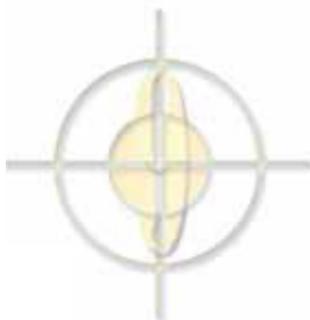




Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ – СОЛИДАРНОСТЬ С МАЛОИМУЩИМИ СЛОЯМИ НАСЕЛЕНИЯ

Одной из текущих задач по-прежнему является обеспечение возможности приобретать доступные по цене лекарственные средства высокого качества. С целью решения этой задачи ЮНИСЕФ и ряд неправительственных организаций на экспериментальной основе осуществили проект по созданию возобновляемых фондов на лекарственные препараты в ряде районов Азербайджана среди местных жителей, беженцев и внутренне перемещенных лиц. В рамках данного проекта местному населению было предложено составить списки малоимущих семей, имеющих трудности в покупке лекарственных средств, которые затем были освобождены от оплаты этих лекарственных средств. Лекарства оплачивались из средств местного сообщества, которые поступали за счет перекрестного субсидирования и взносов местного сообщества. Эксперимент показал возможность и устойчивость формирования таких фондов на местном уровне.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



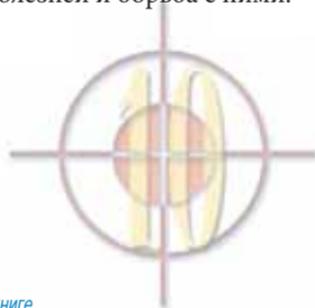
Какую работу проводит Региональное бюро в стране?

Страновой офис ВОЗ был создан в 1992 г. в г. Баку. В 2006 –2007 гг. Региональное бюро предоставляло поддержку стране в следующих сферах:

- первичная медико-санитарная помощь;
- реформа системы финансирования;
- фармацевтическая политика;
- кадры для здравоохранения;
- службы общественного здравоохранения и службы экстренной помощи; и
- информация здравоохранения и надзор за инфекционными болезнями.

В 2008 –2009 гг. Региональное бюро предоставляет поддержку в следующих сферах:

- повышение потенциала реформирования и стратегического управления сектором здравоохранения;
- наращивание темпов работы по достижению Целей тысячелетия в области развития посредством улучшения оказания помощи в сфере охраны здоровья матери и ребенка и иммунизации;
- укрепление надзора за инфекционными болезнями и готовности к чрезвычайным ситуациям; и
- профилактика неинфекционных болезней и борьба с ними.



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-сайт страны) <http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=AZE>

Министерство здравоохранения
<http://www.mednet.az>

Фонд помощи Института «Открытое общество – Азербайджан»
– Фонд содействия
<http://www.soros.org/about/foundations/azerbaijan>

ОБСЕ в Баку <http://www.osce.org/baku>

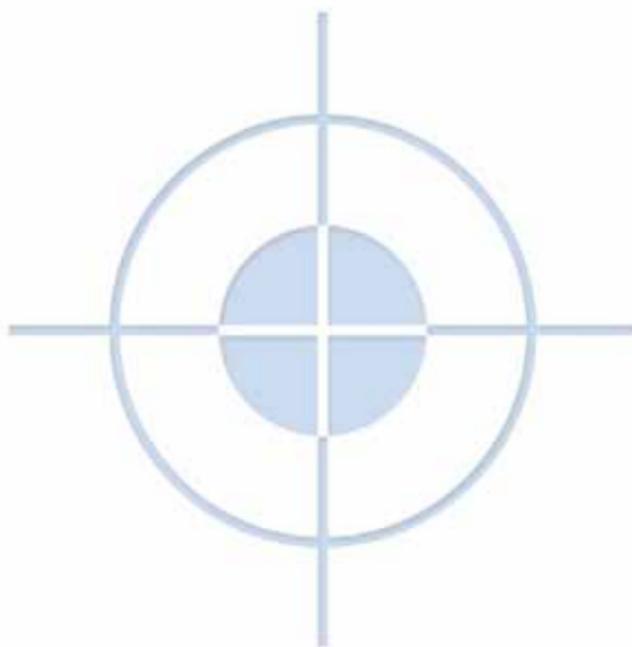
ЮНЭЙДС (веб-сайт страны) <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/azerbaijan.asp>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны)
<http://www.unicef.org/infobycountry/azerbaijan.html>

ПРООН (веб-сайт страны) <http://www.un-az.org/undp>

ВОЗ (веб-сайт страны)
<http://www.who.int/countries/aze/en>

Миссия Всемирного Банка в Азербайджане
<http://www.worldbank.org.az>



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

в странах Кавказа и Центральной Азии

ГРУЗИЯ



საქართველო

ПЛОЩАДЬ (км²)

69 700

Половина территории Греции
*ЕС-27: 4,3 млн., ЕС-15: 3,2 млн.,
СНГ-8: 4,2 млн.*

НАСЕЛЕНИЕ

4,4 млн. человек

Чуть меньше, чем население Дании, 1% от населения ЕС-27 и 6% от населения СНГ-8
ЕС-27: 490 млн. человек, ЕС-15: 387 млн. человек, СНГ-8: 75 млн. человек

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ: грузины – 84%, азербайджанцы – 6,5%, армяне – 6%, русские – 1,5%, другие национальности – 2,5%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- ЯЗЫК** официальными языками Грузии являются грузинский, и абхазский язык – на территории автономного региона Абхазия.
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Президентская республика
- РЕЛИГИЯ** грузинские православные христиане – 84%, мусульмане – 10%, приверженцы армянской апостольской церкви – 4%, католики – 1%
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1991 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 2730 долл. США (2008 г.) 7,6% от среднего в ЕС-27 и 76% от среднего в СНГ-8. *ЕС-27: 36 000 долл. США, ЕС-15: 51 000 долл. США, СНГ-8: 3570 долл. США* 2844 долл. США по паритету покупательной способности (2004 г.) *ЕС-27: 30 275 долл. ЕС-15: 38 600 долл. США, СНГ-8: 5950 долл. США*
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** Девять регионов, две автономные республики (Абхазия и Аджара)
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** лари
1 лари = 0,6 долл. США (в 2009 г.)
1 долл. США = 1,67 лари
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.)** 0,754
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.)** 13,6%
ЕС-27: 8,5%, ЕС-15: 6,3%, СНГ-8: 6,5%
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, ВБ, ВТО
до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге. Источники 1–5 27



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ЗДОРОВЬЕ

janmrTeloba

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин (2005 г.)

0,91 мужчин на одну женщину

Городское население (2004 г.)

52% *ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%*

Возрастная структура (2005 г.)

0–14 лет 19%

ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%

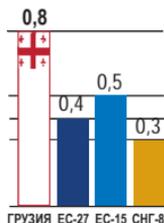
≥65 лет 14%

ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

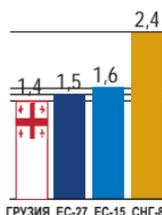
Коэффициент демографической нагрузки (2004 г.)

58% *ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



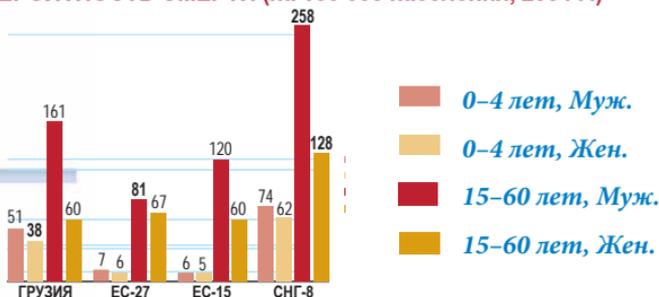
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 100 000 населения, 2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы, 2004 г.)

Все население	73	ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 68
Мужчины	70	ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64
Женщины	77	ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)				Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)		
	При рождении		В возрасте 60 лет				
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Грузия	64	62	67	13	15	9	11
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

За прошедшее десятилетие произошли следующие изменения:

- Коэффициент рождаемости уменьшился более чем вдвое.
- Темпы роста населения заметно снизились, при этом численность населения за последние 15 лет уменьшилась на 25%, преимущественно в результате эмиграции.
- Показатель ожидаемой продолжительности жизни повысился, приближаясь к показателю ЕС.
- В возрастной структуре населения произошел сдвиг к увеличению доли людей пожилого и старшего возраста.
- В Грузии регистрируется 300 000 внутренне перемещенных лиц.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники: 1, 6, 7.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



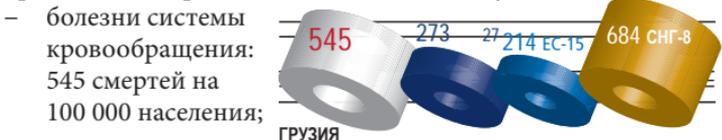
Узбекистан



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности: на них приходится 67% от общего числа смертей (2003 г.).
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти в 2001 г. являлись следующие:



- ишемическая болезнь сердца: причина 273 смертей на 100 000 населения в 2004 г., и 18% бремени болезней, а также 33% всех смертей;
ЕС-27: 103, ЕС-15: 82, СНГ-8: 350
- цереброваскулярные болезни: причина 184 смертей на 100 000 населения (2001 г.), 14% бремени болезней и 16% всех смертей;
- высокое кровяное давление является причиной примерно 24% смертей среди мужчин и 22% смертей среди женщин.

РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ)

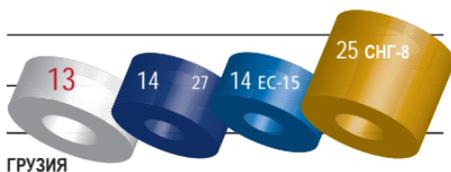
- Рак является причиной 86 смертей на 100 000 населения (2001 г.). **ЕС-27: 180, ЕС-15: 170, СНГ-8: 110**
- В стране регистрируется 141 новый случай рака на 100 000 населения за год (2006 г.). **ЕС-27: 460, ЕС-15: 475, СНГ-8: 110**
- Количество новых случаев на 100 000 населения за год: рак шейки матки (2001 г.): 5,3 (**СНГ-8: 10**); рак молочной железы: 20 (**СНГ-8: 16**); и рак легких (2006 г.): 17 (**ЕС-27: 54, ЕС-15: 54, СНГ-8: 13**).

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 1,3% (2006 г.).

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- Диабет является причиной 2% бремени болезней и 13 смертей на 100 000 населения (4% от всех смертей) (2001 г.).



ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- Новые случаи психических расстройств (2006 г.): 154 на 100 000 населения за год. **СНГ-8: 100**
- Самоубийства или смерть от преднамеренных самоповреждений (2001 г.): 2 случая на 100 000 населения за год. **ЕС-27: 11, ЕС-15: 10, СНГ-8: 8**
- Распространенность психических расстройств (2006 г.): 2%.
- Новые случаи алкогольного психоза (2002 г.): 1 случай на 100 000 населения за год. **СНГ-8: 43**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Они являются причиной 27 смертей на 100 000 населения за год (2001 г.).
- Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий являются причиной 4 смертей на 100 000 населения за год (2001 г.). **ЕС-27: 9, ЕС-15: 8, СНГ-8: 9**



ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗАРИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни являются причиной около 1% всех смертей (2003 г.).
- Показатели туберкулезной инфекции являются одними из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ: 104 новых случая на 100 000 населения за год (2006 г.). **ЕС-27: 17, ЕС-15: 10, СНГ-8: 92**
- Новые случаи ВИЧ инфекции (2006 г.): 6 на 100 000 населения, **ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5**
- Инфекции, передаваемые половым путем, распространены более широко, чем в ЕС.
 - новые случаи сифилиса (2007 г.): 8 на 100 000 населения за год; **ЕС-27 (2007 г.): 4, ЕС-15 (2004 г.): 3, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 14**

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан

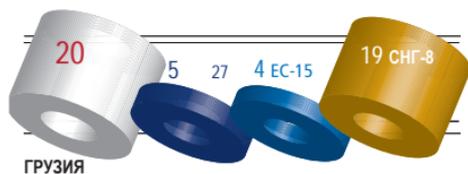


Узбекистан

- новые случаи гонококковой инфекции (2007 г.): 12 на 100 000 населения за год. **ЕС-27 (2007 г.): 8, ЕС-15 (2006 г.): 9, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 21**

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность более чем в четыре раза превышает соответствующий показатель в ЕС, и составляет 20 смертей на 1000 живорожденных (2005 г.)
- Охват иммунизацией вакциной АКДС-3 (2006 г.): 87% (произошло снижение этого показателя). **ЕС-27: 95%, ЕС-15: 95%, СНГ-8: 94%**
- Показатель смертности от диарейных болезней среди детей в возрасте 0 – 4 лет (2001 г.): 3,5 на 100 000 населения. **ЕС-27: 0,6, ЕС-15: 0,3, СНГ-8: 37**



10 ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	33
2. Цереброваскулярные болезни	16
3. Цирроз печени	6
4. Сахарный диабет	4
5. Рак трахеи, бронхов и легких	3
6. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	2
7. Рак молочной железы	2
8. Инфекции нижних дыхательных путей	2
9. Рак желудка	2
10. Туберкулез	2



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В ГРУЗИИ, СНГ-8 И ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней (%)			
	Грузия	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	28	22	14	12
Психоневрологические расстройства	22	16	30	32
Непреднамеренные травмы	5	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	5	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	8	5	ДО	ДО
Болезни системы пищеварения	3	6	5	4
Респираторные инфекции	3	6	ДО	ДО
Болезни опорно-двигательного аппарата	5	ДО	4	ДО
Рак (злокачественные новообразования)	3	6	13	13
Болезни органов чувств	4	4	4	4
Все неинфекционные болезни	9	2	7	4
Все инфекционные болезни	5	7	2	2
Все травмы	6	11	11	10

ДО: данные отсутствуют.

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Показатели смертности детей значительно различаются между сельской и городской местностью.
- За последнее десятилетие увеличилось число зарегистрированных смертей от сердечно-сосудистых болезней, рака и несчастных случаев.
- Стране необходимо вернуться к более низкому показателю заболеваемости туберкулезом, который в настоящее время все еще находится на уровне самых высоких показателей в Европе, хотя за период независимости страны этот показатель снизился.
- Повышается распространенность ВИЧ-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, особенно среди людей среднего возраста.

Источники: 1, 2, 5, 8, 9.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



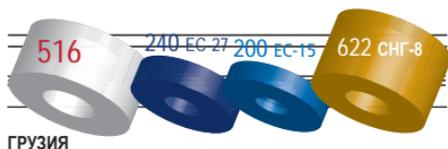
Узбекистан



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Многие жители Грузии курят: 28% всего населения являются регулярными курильщиками, в том числе 53% мужчин старше 15 лет (2001 г.), при этом потребление табака увеличивается.
- Курение является причиной не менее 9% бремени болезней и 516 смертей на 100 000 населения (2001 г.).



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Зарегистрированное употребление чистого алкоголя на одного человека за год (2003 г.): 1,3 литра.
ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5
- Алкоголь – это значительный фактор риска, является причиной 6% всего бремени болезней (2003 г.).
- Причины смерти, связанные с потреблением алкоголя (2001 г.): 52 смерти на 100 000 населения.
ЕС-27: 67, ЕС-15: 58, СНГ-8: 124

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- На долю незаконного употребления запрещенных наркотиков приходится 4% бремени болезней (2003 г.).
- Возрастает число потребителей инъекционных наркотиков среди молодежи.
- Число впервые госпитализированных в центры по лечению от наркотической зависимости (2004 г.): 6 на 100 000 населения за год. *ЕС-27: 48, СНГ-8: 40*
- Грузия является страной, через которую осуществляется криминальный транзит наркотиков.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ОЖИРЕНИЕ

- Распространенность (2006 г.): от ожирения страдают 5% мужчин и 15% женщин.
- 17% всех случаев смерти и 12% бремени болезней связаны с высоким индексом массы тела (2002 г.).
- 11% смертей и 6% бремени болезней связаны с недостаточной физической активностью (2002 г.).

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- Сальмонеллёз (2006 г.): зарегистрировано 5 случаев на 100 000 населения, *EC-27: 35, EC-15: 27, СНГ-8: 7*

ГИГИЕНА ТРУДА

- Новые случаи профессиональных болезней (2001 г.): зарегистрировано 0,7 случая на 100 000 населения.
- Производственный травматизм (1991 г.): 24 случая на 100 000 населения за год.
- Смертность в результате производственного травматизма (1991 г.): 1,5 случая на 100 000 населения за год.



Источники: 1, 10, 11, 17.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Правительственная Комиссия по вопросам здравоохранения и социальной реформы

Министерство труда, здравоохранения и социальных дел

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Государственное агентство социальной помощи
Агентство здравоохранения и социальных программ
Центр внедрения социальных проектов и проектов в области здравоохранения
Агентство регулирования медицинской деятельности
Национальный центр по борьбе с болезнями и общественному здравоохранению

ПАРЛАМЕНТ

Однопалатный парламент

АКАДЕМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Медицинские институты (университеты)
Медицинские научно-исследовательские институты

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Грузинская медицинская ассоциация
Грузинская ассоциация медсестер
Грузинская ассоциация семейной медицины
Грузинское общество законодательства здравоохранения и биоэтики, которое направляет свое внимание на вопросы прав пациентов
Ряд ассоциаций по специальностям: Грузинская ассоциация кардиологов, Грузинская ассоциация хирургов, Ассоциация грузинских онкологов, Ассоциация грузинских педиатров, Грузинская ассоциация по аллергологии и клинической иммунологии и др.

НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Международный фонд Курацио, Фонд Бемони, Фонд Танадгома
Организации, представляющие интересы пациентов с особыми потребностями, такие как Организация по реабилитации детей с болезнями нервной системы,



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Детская диабетическая ассоциация и группа,
оказывающая поддержку больным гемофилией

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Муниципальные управления здравоохранения



Как организовано предоставление услуг?

Аналогично многим другим странам данного региона, в системе здравоохранения финансовые, кадровые и капитальные ресурсы направлялись преимущественно на стационарное обслуживание. Ожидания на улучшение ситуации связываются с осуществлением новой стратегии в сфере первичной медико-санитарной помощи, применением моделей семейной медицины и переориентацией политики кадровых ресурсов для обеспечения более высокого качества первичной медико-санитарной помощи.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ)

Министерство труда, здравоохранения и социальных дел занимается вопросами надзора за инфекционными болезнями, их профилактики и обеспечения охвата иммунизацией. Национальный центр по борьбе с болезнями и медицинской статистики определяет перечень болезней, которые подлежат уведомлению. На региональном и районном уровнях организуются центры общественного здравоохранения, которые отвечают за осуществление различных мер в сфере общественного здравоохранения, таких как надзор, уведомление о болезнях и иммунизация. Меры, направленные на профилактику ряда болезней, таких как профессиональные болезни, генетические нарушения, определенные инфекционные и неинфекционные болезни, а также направленные на

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



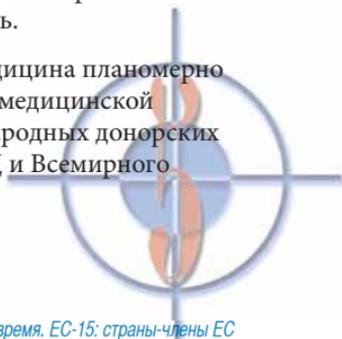
Узбекистан

укрепление здоровья в отношении определенных патологий и групп населения, проводятся в рамках государственных программ и финансируются из средств национального бюджета полностью или частично.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

В сельской местности первичную медико-санитарную помощь оказывают независимые поликлинические службы (включая амбулатории). В таких пунктах работает около 5 сотрудников, которые обслуживают подведомственный участок с населением в 1000 человек. В городах первичную медико-санитарную помощь оказывают в поликлиниках с численностью персонала до 60 сотрудников, которые обслуживают участок с населением около 10 000 человек. Поликлиники могут быть самостоятельными учреждениями или связанными с амбулаторными отделениями стационаров. Существуют также диспансеры, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь лицам с определенными заболеваниями и конкретным группам населения, таким как дети и женщины репродуктивного возраста. Число медицинских и акушерских пунктов сократилось, и находятся они преимущественно в сельской местности. Службы первичной медико-санитарной помощи используются недостаточно, поскольку многие пациенты, минуя их, обращаются непосредственно в специализированные амбулаторные и стационарные службы. В результате система направления к врачам-специалистам не работает надлежащим образом, а лечебно-профилактические учреждения первичного звена простаивают, обслуживая лишь нескольких пациентов в день. Они обычно оснащены устаревшим оборудованием, и многие поставщики первичной медицинской помощи в вопросах обеспечения лекарственными средствами полагаются на донорскую помощь.

В течение последних десяти лет семейная медицина планомерно вводится в программы обучения и практику медицинской помощи при устойчивой поддержке международных донорских организаций, в частности ЕС, DFID, ЮСАИД и Всемирного Банка.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Специализированная помощь предоставляется в муниципальных больницах, специализированных стационарах, научно-исследовательских институтах и диспансерах. Муниципальные больницы оказывают стационарную и внестационарную помощь, а также базовые услуги врачей-специалистов, включая экстренную помощь. В каждом муниципалитете существует не менее одной больницы. В Грузии имеется большое количество специализированных больниц, большая часть которых находится в г. Тбилиси. Научно-исследовательские институты предоставляют более сложные услуги, преимущественно диагностические, такие как радиологические методы исследования. Диспансеры специализируются в лечении лиц с определенными заболеваниями, такими как туберкулез или наркотическая зависимость. За последние два десятилетия объемы коечного фонда резко сократились, и многие граждане лишились возможности получения стационарного лечения из-за необходимости высоких соплатежей. Аналогично лечебно-профилактическим учреждениям первичного звена, многие стационары страдают от необходимости пользоваться устаревшим оборудованием, которое содержится ненадлежащим образом, а также от недостаточного финансирования.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Частный сектор принимает большое участие в медицинском обслуживании. Существует несколько сотен зарегистрированных частных аптек, а также ряд незарегистрированных и незаконно функционирующих аптек. Практически вся стоматологическая практика является частной. Приватизировано большое количество поликлиник и большая часть стационаров, а те из них, что остались в государственной собственности, были преобразованы в акционерные компании и корпорации с ограниченной ответственностью.



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- В ряде министерств (обороны, внутренних дел и юстиции) – помимо Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты, – действуют свои собственные медицинские службы.
- Страна охвачена сетью медицинских услуг неравномерно, при этом Тбилиси и другие города имеют значительно более разветвленную сеть по сравнению с сельской местностью.
- Многие лечебно-профилактические учреждения первичного звена не используются надлежащим образом, поскольку не существует эффективной системы обеспечения контролируемого и обоснованного направления пациентов на более высокий уровень оказания медицинской помощи.
- По-прежнему сохраняется проблема надлежащего использования стационарных коек – часто в больницах содержатся внутренне перемещенные лица, и кроме того, многие не могут позволить себе оплату стационарных услуг.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Грузии врачей в расчете на душу населения приходится больше, чем в большинстве других стран Европейского региона ВОЗ. Официальные доходы врачей очень низки. Результатом этого является низкая производительность труда и увеличение неофициальных платежей со стороны пациентов. Многие врачи обслуживают лишь очень небольшое количество пациентов в день. В начале 1990-х гг. с открытием около 50 новых медицинских институтов и колледжей качество медицинского обучения ухудшилось. Многие из этих новых учебных заведений предлагали обучение по нестандартизованным программам, при этом качество обучения не вполне удовлетворяло

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

требованиям, и число выпускников было очень низким. Большая часть этих заведений теперь закрыта. В Грузии меньше медицинских сестер, чем в ЕС, и наблюдается значительная нехватка высококвалифицированных медсестер, особенно в сельской местности. Медсестры не всегда обладают достаточной подготовкой, поэтому часто они работают помощниками врачей. За последнее время с введением семейной медицины в программу подготовки медицинских кадров и пересмотренного целевого норматива нагрузки, согласно которому один ВОП и одна медицинская сестра обслуживают 25 000 человек, система как первичной врачебной, так и медсестринской помощи получила дальнейшее развитие.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2006 г.)

Врачи	468	ЕС-27: 315, ЕС-15: 332, СНГ-8: 315
Стоматологи	29	ЕС-27: 62, ЕС-15: 66, СНГ-8: 25
Медсестры	359	



Фармацевты	6	ЕС-27: 72, ЕС-15: 81, СНГ-8: 19
ВОП	23	ЕС-27: 98, ЕС-15: 103, СНГ-8: 31

БОЛЬНИЦЫ (2006 г.)

Число больниц на 100 000 чел.:	6
ЕС-27: 3, ЕС-15: 3, СНГ-8: 5	
Число коек на 100 000 чел.:	374
ЕС-27: 576, ЕС-15: 564, СНГ-8: 559	
Число госпитализаций на 100 чел. в год:	6
ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11	
Средняя продолжительность госпитализации (дней):	7
ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11	

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Пациенты покупают большую часть лекарственных средств непосредственно в аптеках. Государственные программы здравоохранения покрывают расходы на очень небольшое

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

количество лекарственных средств, и трудно обеспечить соблюдение гражданами назначений врача. Большую обеспокоенность вызывает качество лекарственных средств, поскольку, по оценкам, 5–10% лекарственных средств незаконно импортируется. В Грузии производится лишь около 5–7% лекарственных средств; значительно большая их часть импортируется. Существует около 12 оптовых фармацевтических компаний.

Роль правительства сводится к аккредитации и мониторингу. В Грузии существует список основных лекарственных средств и национальный формуляр лекарственных средств.



Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Грузия была одной из первых стран, признавших семейную медицину в качестве самостоятельной специальности.
- Большое число больниц и лечебно-профилактических учреждений первичного звена из-за недостатка государственного финансирования и инвестиций плохо оснащены, снабжаются электроэнергией и эксплуатируются не надлежащим образом.
- Существуют возможности дальнейшей рационализации использования коечного фонда.

Источник: 1



Кто и за что платит?

Основным источником финансирования являются выплаты гражданами из собственных средств, которые покрывают около 70% всех расходов на здравоохранение. Эти выплаты осуществляются в форме официальных соплатежей пациентов, официальных выплат

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

лечебно-профилактическим учреждениям и неофициальных платежей поставщикам медицинской помощи. Около 20% расходов покрывается из фондов центрального правительства, которые формируются за счет различных форм налогообложения, таких как налоги на добавленную стоимость, акцизные налоги и подоходные налоги. Около 5% финансирования медицинского обслуживания происходит за счет донорских грантов и займов, около 2% покрывается за счет добровольного медицинского страхования. Муниципальное и региональное финансирование достигает около 2%. Все возрастающее число частных страховых компаний обеспечивают частное медицинское страхование (7- в 2007 г.).

Базовый льготный пакет определяет, какие услуги и для каких именно групп населения подлежат государственному финансированию. На практике же от населения часто требуются неофициальные платежи за услуги, входящие в состав базового пакета медицинских услуг.

Поставщики первичной медико-санитарной помощи оплачиваются из глобального бюджета по географическому признаку; работающие в сельской местности официально получают больше. В сфере иммунизации практикуются премиальные выплаты. По отношению к бригадам, работающим в семейной медицине, применяется сочетание бюджетной и подушевой оплаты. В стационарах оплата производится преимущественно в соответствии с количеством случаев заболеваний. Врачи, работающие в больницах, получают денежное вознаграждение в соответствии с предоставленными услугами, а врачи, работающие в поликлиниках, оплачиваются как за предоставленные услуги, так и в соответствии с численностью обслуживаемого населения на участке.

Поставщики медицинской помощи определяют размеры оплаты медицинских услуг, выходящих за рамки финансируемых государством программ. Эти цены по большей части не отрегулированы и неодинаковы у различных поставщиков медицинских услуг.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



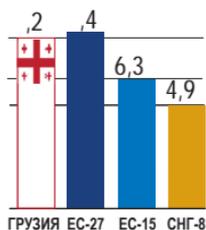
Туркменистан



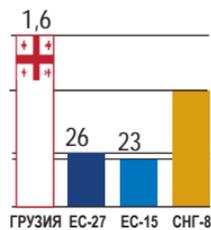
Узбекистан

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

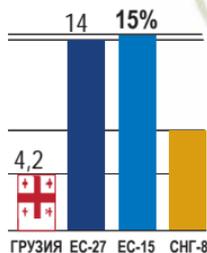
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



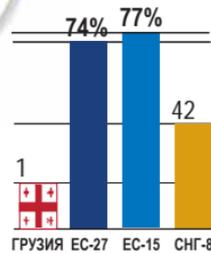
Общие расходы на здравоохранение (% ВВП)



Частные расходы на здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)



Общие государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов)



Общие государственные расходы на здравоохранение (% от общих частных расходов на здравоохранение)

Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств **7**
 (% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Население, живущее ниже черты бедности: 23%



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Здравоохранение не входит в сферу первоочередных задач финансирования: доля государственных расходов на здравоохранение от общих имеющихся государственных ресурсов низка.
- В Грузии доля наличных платежей из личных средств населения в финансировании медицинского обслуживания является одной из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ.
- Доля государственного финансирования здравоохранения от национального дохода все еще значительно отстает от уровней ЕС в отношении подушевых расходов на здравоохранение: они составляют лишь около 48 долл. США на человека в год.
- Пациентам требуется четкое понимание того, какие именно услуги являются бесплатными, какие требуют соплатежей, а какие – полной оплаты из личных средств.
- Необходимость официальных и неофициальных соплатежей за лекарственные средства и услуги на всех уровнях делают медицинскую помощь недоступной примерно для 30% населения: на оплату разового пребывания в больнице может потребоваться вся месячная зарплата малоимущего человека.
- В Грузии болезнь члена семьи может повергнуть семью в нищету.

Источники: 1, 2, 12, 18, 28.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

Грузинская система здравоохранения претерпела значительные изменения за период независимости, при этом, начиная с 1993 г., при поддержке международных организаций, в частности Всемирного Банка, реформы стали набирать темп развития. В сфере финансирования медицинского обслуживания

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



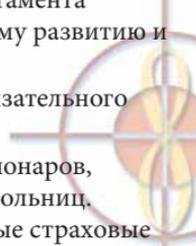
Узбекистан

прослеживаются следующие этапы реформирования: введение системы обязательного медицинского страхования в соответствии с разработкой базового пакета медицинских услуг; приватизация сферы медицинского обслуживания и фармацевтического сектора; внедрение новых механизмов оплаты поставщиков медицинских услуг; и введение официальной оплаты услуг со стороны населения. В сфере руководства реформы включали реорганизацию руководства на центральном, региональном и муниципальном уровнях, а также сокращение коечного фонда стационаров. Основное внимание прошлых и нынешних реформ направлено на первичную медицинскую помощь, в связи с чем ряд инициатив направлен на перемещение ресурсов из сферы стационарных услуг в сферу первичного звена. Были рассмотрены предоставляемые бесплатно услуги первичной медицинской помощи, и внедрены стандарты на практику первичной медицинской помощи и на используемое оборудование. Однако значительный недостаток государственных инвестиций в отрасль здравоохранения и большая зависимость от донорской помощи являются факторами, препятствующими осуществлению устойчивых реформ здравоохранения. Ниже приводится перечень ряда практических мер, осуществленных в рамках реформирования системы здравоохранения.

- 1995 г. Введена система обязательного медицинского страхования; принят перечень основных лекарственных средств; официально введены тарифы на медицинские услуги и соплатежи за лекарственные средства.
- 1996 г. Приватизированы сферы производства и распределения лекарственных средств.
- 1997 г. Внедрена система частного добровольного медицинского страхования.
- 1999 г. Введен экзамен на получение лицензии для медицинских специалистов. Произошло слияние Министерства здравоохранения и Министерства социальных дел.
- 1999–2000 гг. Разработаны национальная стратегия здравоохранения и план ее осуществления.
- 2000 г. Грузия приняла законодательство по правам пациентов. Принята стратегия первичной медико-санитарной помощи.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- 2003 г. Модели семейной медицины были внедрены в четырех пилотных регионах при поддержке ЕС, Департамента Соединенного Королевства по международному развитию и Всемирного Банка.
- 2004 г. Отменена государственная система обязательного медицинского страхования.
- 2007 г. Разработан новый план развития стационаров, и к 2009 г. было приватизировано около 80% больниц. Разработана и введена в действие через частные страховые компании система обязательного медицинского страхования (Государственная программа медицинской помощи) для лиц, находящихся ниже черты бедности; около 900 000 человек застрахованы в рамках этой программы (апрель 2009 г.). К апрелю 2009 г. 1,5 млн. человек охвачены схемами предоплаты.



Одну из основных ролей в Грузии сыграла международная донорская поддержка в проведении реформ здравоохранения. ЕС, МВФ, ЮСАИД и Всемирный Банк предоставляют около 70% общих объемов помощи для целей развития здравоохранения. Другими основными донорскими организациями являются DFID, GTZ, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, JICA, SIDA, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ. Грузия начала апробировать ряд механизмов по усовершенствованию координации деятельности доноров.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- Реформы здравоохранения обусловлены значительными политическими и экономическими изменениями, произошедшими в Грузии за последние 20 лет.
- Финансовые реформы были сосредоточены на внедрении и отмене медицинского страхования, ограничении финансируемых государством служб и внесении большего разнообразия в формы налогообложения в целях финансирования сферы медицинского обслуживания.
- В рамках реформ системы оказания медицинской помощи осуществлена приватизация учреждений, предоставляющих медицинские услуги, приняты меры по укреплению первичной медико-санитарной помощи и сокращению коечного фонда стационаров.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники: 1, 2, 12, 18.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

УЛУЧШЕНИЕ КООРДИНАЦИИ ПРИВОДИТ К ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

За период со времени обретения независимости системе здравоохранения Грузии предоставлялась значительная техническая и финансовая поддержка сначала в виде гуманитарной помощи, где основное внимание уделялось покрытию возникающих оперативных расходов на услуги здравоохранения и лекарственных средства. Затем в последнее десятилетие акцент был смещен на предоставление поддержки реформам в отрасли здравоохранения. Как перед донорами, так и перед страной в целом стояла нелегкая задача гармонизации различных подходов в работе донорских организаций и их интересов с целями национальной реформы. С этой целью был создан координационный механизм, направленный на решение проблемы здоровья и в значительной степени опирающийся на межминистерское сотрудничество. Такие координационные механизмы для осуществления сотрудничества по различным инфекционным болезням были созданы ЮСАИД, ЮНИСЕФ, ВОЗ и рядом министерств. Управление в сфере первичной медицинской помощи осуществляется советом по координации первичной медико-санитарной помощи и руководящим комитетом, действующими на базе Центра по внедрению проектов в сфере здоровья и социальных дел с использованием займа Всемирного Банка в размере 20 миллионов долл. США и дополнительной финансовой поддержки со стороны DFID и ЕС.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Какую работу проводит Региональное бюро в Грузии?

Страновой офис ВОЗ в Грузии был создан в 1993 г. в г. Тбилиси. В период 2006–2007 гг. Региональное бюро предоставляло поддержку стране в следующих сферах:

- укрепление системы здравоохранения в сферах финансирования, первичной медико-санитарной помощи, управления стационарами, фармацевтической политики и планирования кадровых ресурсов;
- укрепление потенциала для формирования готовности к чрезвычайным ситуациям в здравоохранении и ответным мерам;
- профилактика неинфекционных болезней;
- улучшение работы служб охраны здоровья матери и ребенка; и
- повышение экологической безопасности и гигиены окружающей среды.

В период 2008–2009 гг. Региональное бюро предоставляет поддержку в следующих областях:

- потенциал Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты для решения вопросов, связанных с проведением реформ в сфере финансирования здравоохранения и кадровых ресурсов, с национальной политикой в области лекарственных средств, социальными детерминантами здоровья, чрезвычайными ситуациями в здравоохранении и охраной здоровья матери и ребенка;
- надзор за инфекционными болезнями и доступ к профилактике и лечению; и
- политика и стратегии в сфере неинфекционных болезней.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, (веб-сайт страны) <http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=GEO>

Правительство Грузии
<http://www.government.gov.ge/eng>

Министерство труда, здравоохранения и социальных дел
<http://www.moh.gov.ge>

Национальный Центр борьбы с болезнями и общественного здравоохранения
www.ncdc.ge

Фонд «Открытое общество – Грузия»
<http://www.soros.org/about/foundations/georgia>

Миссия ОБСЕ в Грузии
<http://www.osce.org/georgia>

Государственная компания медицинского страхования
<http://www.insurance.caucasus.net/index.htm>

Статистика Грузии
<http://www.statistics.ge>

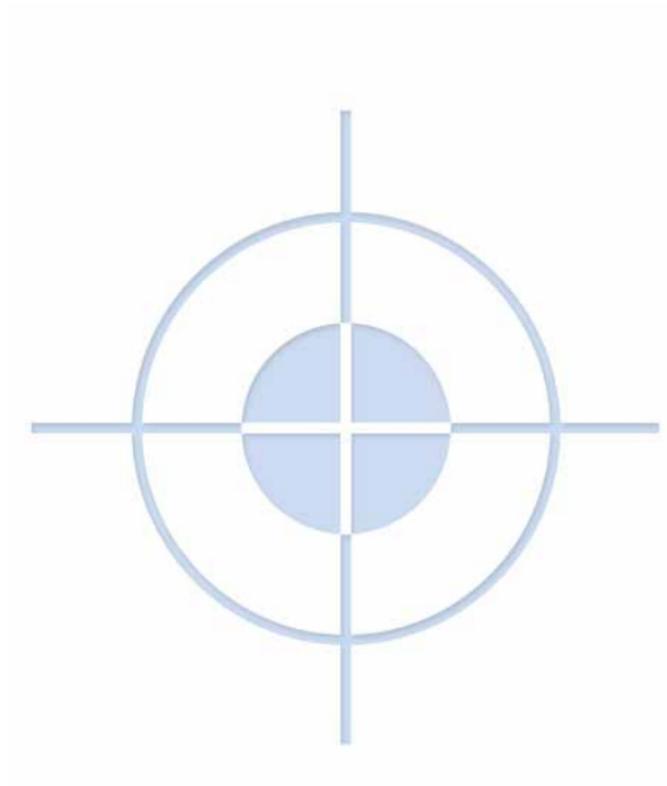
ЮНЭЙДС (веб-сайт страны)
<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/georgia.asp>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны)
<http://www.unicef.org/infobycountry/georgia.html>

ПРООН (веб-сайт страны)
<http://undp.org.ge/new/index.php>

ВОЗ (веб-сайт страны)
<http://www.who.int/countries/geo/en>

Миссия Всемирного Банка в Грузии
<http://www.worldbank.org.ge>



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

КАЗАХСТАН



КАЗАҚСТАН

ПЛОЩАДЬ (км²)

2,7 млн.

На девятом месте по площади в мире, в 7,5 раз больше Германии и почти две трети площади СНГ-8 **ЕС-27: 4, 3 млн.,**

ЕС-15: 3, 2 млн., СНГ-8: 4, 2 млн.

НАСЕЛЕНИЕ (2007г.)

15 млн. человек

Немного меньше, чем в Нидерландах, 3% от населения ЕС-27 и 20% от населения СНГ-8

ЕС-27: 490 млн. человек, ЕС-15: 387 млн.

человек, СНГ-8: 75 млн. человек

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ

казахи – 53%, русские – 30%, украинцы – 4%, узбеки – 4%, немцы – 2%, татары – 2%, уйгуры – 1%, другие национальности – 3%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- ЯЗЫК** казахский (государственный язык) – 64%;
95% населения говорит на русском языке
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Республика
- РЕЛИГИЯ** мусульмане – 47%, православные христиане – 44%, протестанты – 2%, прочие – 7%
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1991 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 12 850 долл. США
(2008 г.) 36% от среднего для ЕС-27 и 360% от среднего для СНГ-8 **ЕС-27: 36 000 долл. США, ЕС-15: 51 000 долл. США, СНГ-8: 3570 долл. США**
По паритету покупательной способности: 11 100 долл. США **ЕС-27: 30 275 долл. США, ЕС-15: 38 600 долл. США, СНГ-8: 5950 долл. США**
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** четырнадцать областей, которые делятся на районы
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** Тенге
1 тенге = 0,00652 долл. США
1 долл. США = 153 тенге (2009 г.)
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.)** 0,794
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.)** 6,6%
ЕС-27: 8,5%, ЕС-15: 6,3%, СНГ-8: 6,5%
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ** МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, ВВ

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники 1–5 27

ЗДОРОВЬЕ ДЕНСАУЛЫҚ



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА (2006 г.)

Соотношение мужчин и женщин

0,93 мужчин на одну женщину

Городское население 57% *ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%*

Возрастная структура 0–14 лет 24%

ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%

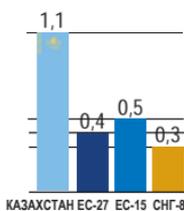
≥65 лет 8%

ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

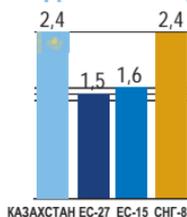
Коэффициент демографической нагрузки

47% *ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА (2006 г.)



Ежегодный прирост населения (%)



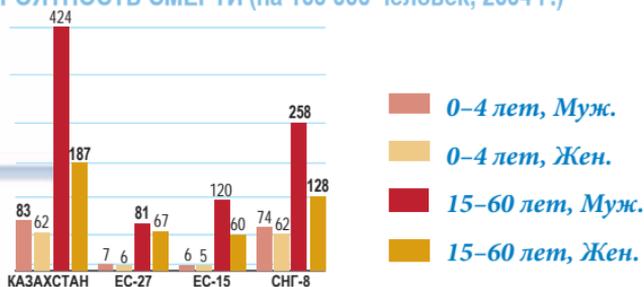
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 100 000 человек, 2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы, 2004 г.)

Все население	61	<i>ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 68</i>
Мужчины	56	<i>ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64</i>
Женщины	67	<i>ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Казахстан	55	53	59	10	13	10	14
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие:

- Численность населения уменьшилась вследствие значительной эмиграции в период после обретения независимости
- В Казахстане наблюдается один из самых больших в мире гендерных разрывов между показателями продолжительности жизни для мужчин и женщин
- Коэффициент фертильности высокий, поэтому в стране преобладает молодой возраст
- Показатели ожидаемой продолжительности жизни резко различаются в разных областях страны.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники: 1-7, 17.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ (2004 г.)

- Эти болезни являются основной причиной смертности, так как на них приходится 46% от общего числа смертей (2003 г.).
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие (2006 г.):

- болезни сердечно-сосудистой системы:

829 смертей на 100 000 населения; **КАЗАХСТАН**

- ишемическая болезнь сердца: причина 11% бремени болезней и 28% всех смертей: 371 смерть на 100 000 населения;

ЕС-27: 103, ЕС-15: 82, СНГ-8: 350

- цереброваскулярные болезни: причина 7% бремени болезней и 15% всех смертей: 204 смерти на 100 000 населения;

- согласно оценкам, высокое кровяное давление является причиной смерти 12% мужчин и 13% женщин.



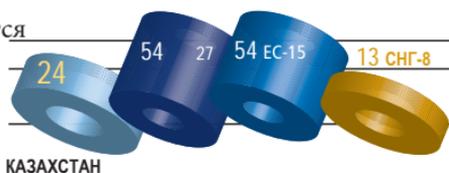
РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ) (2006 г.)

- Рак является причиной 167 смертей на 100 000 человек.
ЕС-27: 180, ЕС-15: 170, СНГ-8: 110
- Ежегодно в стране регистрируется 187 новых случаев рака на 100 000 населения, что составляет 40% от соответствующего показателя в ЕС-27.
ЕС-27: 460, ЕС-15: 475, СНГ-8: 110



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- В стране регистрируются новые случаи рака на 100 000 населения: 16 случаев рака шейки матки (**СНГ-8: 10**); 38 случаев рака молочной железы (**СНГ-8: 16**) и 24 случая рака легких.



БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Хроническая обструктивная болезнь легких является причиной 3% бремени болезней и 3% всех смертей (2002 г.).

ДИАБЕТ

- Распространение диабета составляет 0,9%, и этот показатель продолжает расти (2006 г.).
- Диабет является причиной 11 смертей на 100 000 населения за год (2006 г.). **ЕС-27: 14, ЕС-15: 14, СНГ-8: 25**

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

В стране на 100 000 населения за год регистрируется (2006 г.):

- 144 новых случая психических заболеваний. **СНГ-8: 100**
- 27 случаев самоубийства или преднамеренного самоповреждения. **ЕС-27: 11, ЕС-15: 10, СНГ-8: 8**
- 328 новых случаев алкогольного психоза. **СНГ-8: 43**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Они являются причиной 162 смертей на 100 000 населения за год (2006 г.). **ЕС-27: 42, ЕС-15: 36, СНГ-8: 61**
- Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий являются причиной 12 смертей на 100 000 населения за год (2003 г.). **ЕС-27: 9, ЕС-15: 8, СНГ-8: 9**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются причиной примерно 2% всех случаев смерти (2003 г.).
- Уровень заболеваемости туберкулезом довольно высок: регистрируется 155 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения за год (2006 г.) **ЕС-27: 17, ЕС-15: 10, СНГ-8: 92**

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



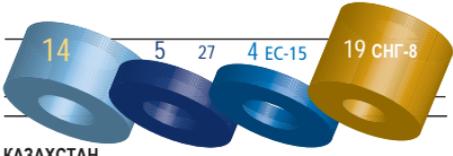
Узбекистан

Регистрируется 11 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения за год (2006 г.). **ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5**

Показатели инфекций, передаваемых половым путем, (на 100 000 населения за год) одни из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ:

- 48 новых случаев сифилиса (2007 г.).
ЕС-27 (2007 г.): 4, ЕС-15 (2004 г.): 3, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 14
- 50 новых случаев гонококковой инфекции (2007 г.).
ЕС-27 (2007 г.): 8, ЕС-15 (2006 г.): 9, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 21

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность: 14 смертей на 1 000 живорожденных (2006 г.) (в соответствии с определением живорождения, принятым в стране).
 
- Охват иммунизацией вакциной АКДС-3: 100% (2006 г.).
ЕС-27: 95%, ЕС-15: 95%, СНГ-8: 94%
- Показатель смертности от диарейных заболеваний среди детей в возрасте до пяти лет: 6 на 100 000 населения.
ЕС-27: 0,6, ЕС-15: 0,3, СНГ-8: 37

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1 Ишемическая болезнь сердца	28
2 Цереброваскулярные болезни	15
3 Отравления	5
4 Преднамеренные самоповреждения	3
5 Гипертензивная болезнь сердца	3
6 Хроническая обструктивная болезнь легких	3
7 Туберкулез	3
8 Рак легких	2
9 Инфекции нижних дыхательных путей	2
10 Цирроз печени	2

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В КАЗАХСТАНЕ, СНГ-8 И ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней			
	Казахстан	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	22	22	14	12
Психоневрологические расстройства	14	16	30	32
Непреднамеренные травмы	13	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	5	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	4	5	ДО	ДО
Болезни органов пищеварения	5	6	5	4
Респираторные инфекции	4	6	ДО	ДО
Болезни органов дыхания	4	4	6	7
Рак (злокачественные новообразования)	7	6	13	13
Преднамеренные травмы	7	ДО	3	ДО
Все неинфекционные болезни	76	2	7	4
Все инфекционные болезни	5	7	2	2
Все травмы	19	11	11	10

ДО: данные отсутствуют.

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Основное бремя болезней среди мужчин приходится на непреднамеренные травмы.
- Уровни смертности в результате респираторных заболеваний, инфекций и внешних причин, особенно высоки.
- Растет уровень смертности из-за сердечно-сосудистых заболеваний.
- Уровни младенческой и подростковой смертности заметно выше по сравнению с соседними странами.
- Вызывает тревогу растущий уровень смертности от болезней органов пищеварения и особенно от болезней, вызванных употреблением алкоголя, таких как хроническая болезнь печени и цирроз печени.
- Со времени обретения независимости случаи туберкулеза утроились, и в стране в настоящее время нарастает угроза эпидемии ВИЧ-инфекции.

Источники: 1, 2, 5, 8, 9.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



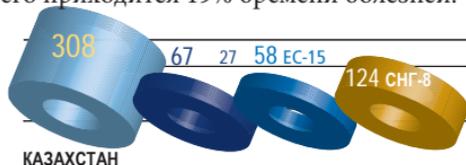
Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 23% (регулярные курильщики) (2004 г.).
ЕС-27: 28, ЕС-15: 28, СНГ-8: 22
- Казахстан имеет один из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ показателей распространенности курения среди мужчин: 41% (и только 9% – среди женщин) (2004 г.).
- На курение приходилось 13% всего бремени болезней, и оно являлось причиной 806 смертей на 100 000 населения в 2003 г. **ЕС-27: 240, ЕС-15: 200, СНГ-8: 622**

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ (2003 г.)

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 2,2 литра на человека в год.
ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5
- Потребление алкоголя является основным фактором риска среди мужчин, и на него приходится 19% бремени болезней.
- Потребление алкоголя является причиной 308 смертей на 100 000 населения за год.



УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- На употребление запрещенных наркотиков приходится 1% бремени болезней (2003 г.).
- Марихуана – наиболее распространенный из запрещенных наркотиков, его употребляли 4% населения в возрасте 15–65 лет (2000 г.).
- Ежегодная распространенность злоупотребления опиатами составляет 1% (для населения в возрасте 15–65 лет) (2006 г.).
- Количество первичных госпитализаций в наркологические центры составляет 214 на 100 000 населения в год (2006 г.).
ЕС-27: 48, СНГ-8: 40

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ОЖИРЕНИЕ

- От ожирения страдают 8% мужчин и 11% женщин (2006 г.).
- 11% всех случаев смерти и около 5% бремени болезней связаны с высоким индексом массы тела (2002 г.).
- 12% случаев смерти и 7% бремени болезней связаны с недостаточной физической активностью (2002 г.).

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения ежегодно регистрируется 17 новых случаев сальмонеллёза (2003 г.).

ЕС-27: 35, ЕС-15: 27, СНГ-8: 7

ГИГИЕНА ТРУДА

- В стране ежегодно регистрируется 3 новых случая профессиональных болезней на 100 000 населения (2006 г.)
ЕС-27 (2005 г.): 38, ЕС-15 (1999 г.): 45, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 30
- Ежегодно на производственный травматизм приходится 21 травма на 100 000 населения (2006 г.).
ЕС-27 (2006 г.): 905, ЕС-15 (2005 г.): 1054, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 9
- Ежегодно регистрируется 2,7 случая смерти в результате профессиональных болезней на 100 000 населения (2006 г.).
ЕС-27 (2006 г.): 1,2, ЕС-15 (2005 г.): 1,1, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 1,4



Источники: 1, 10, 11.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Комитет по контролю за качеством медицинских услуг

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

Комитет фармацевтического контроля
Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора
Республиканские больницы и научные центры
Республиканский центр проблем формирования здорового образа жизни
Медицинские университеты (в сотрудничестве с Министерством образования и науки)

ПАРЛАМЕНТ

Парламент состоит из Верхней палаты (Сената) и Нижней палаты (Мажилиса)
Комитеты Сената и Мажилиса по социальному и культурному развитию
Социальный совет правительства

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Ассоциация семейных врачей
Ряд ассоциаций врачей – имеют ограниченное влияние и регулирующую функцию

АКАДЕМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Медицинские институты
41 колледж по подготовке медицинских сестер
Институт повышения квалификации врачей
Высшая школа общественного здравоохранения Республики Казахстан

НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Организации пациентов, такие как Диабетическая ассоциация Республики Казахстан и другие

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

14 департаментов здравоохранения на областном уровне, которые получили несколько большую автономность в вопросах управления медицинскими услугами, и городские департаменты Алматы и Астаны.
Районы отвечают за функционирование базовых вторичных и большинства первичных медицинских служб.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Как организовано предоставление услуг?

Существуют различия в организации медицинского обслуживания между сельской и городской местностью. В настоящее время система оказания медицинской помощи находится в процессе реорганизации.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

В Казахстане различные учреждения выполняют функции общественного здравоохранения, в числе которых такие учреждения, как санитарно-эпидемиологическая служба, центры ВИЧ/СПИД, Республиканский центр здорового образа жизни, учреждения первичной медико-санитарной помощи, неправительственные организации и международные учреждения. В Казахстане существуют национальные программы борьбы с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, а также разветвленная сеть центров по лечению диабета.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

В городах первичную медико-санитарную помощь предоставляют поликлиники, работающие самостоятельно или на базе стационаров, с персоналом в количестве 10–20 сотрудников; они предлагают разнообразные диагностические и терапевтические услуги (также и вторичную помощь). Поликлиники характеризуются слишком узкой специализацией по определенным группам населения (для взрослых, детей и женщин репродуктивного возраста), но предпринимаются попытки к переориентации их на обслуживание всех групп населения. Многие из них специализируются в определенной области (терапия, педиатрия и гинекология).

Фельдшерско-акушерские пункты в сельской местности предоставляют базовое лечение, профилактическую помощь, родовый и послеродовый уход. Первичную медицинскую помощь также можно получить в кабинетах семейной практики,

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



небольших сельских больницах и центральных районных больницах. Фельдшерско-акушерские пункты в настоящее время реконструируются и преобразуются в новые медицинские пункты – укрупненные учреждения, предоставляющие более широкий спектр услуг.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Поликлиники предоставляют вторичную помощь, преимущественно в государственном секторе, а также первичную медицинскую помощь. Небольшие сельские больницы предлагают базовую экстренную, вторичную и родовую помощь, но многие из них пришлось закрыть из-за ненадлежащего состояния. Центральные районные больницы предлагают целый ряд специализированных услуг, а их коечный фонд составляет от 100 до 300 койко-мест. Областные или городские больницы имеют до 600 коек и высокотехнологичное оборудование. Национальные (республиканские) специализированные институты, больницы и стационары, которые также являются научными центрами, осуществляют подготовку специалистов и оказывают третичную медицинскую помощь.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Большая часть стоматологических кабинетов и 96% аптек, работающих в больницах, стали частными коммерческими учреждениями, тогда как государство по-прежнему обладает правом собственности на больницы, санатории и крупные поликлиники. Однако число частных больниц увеличилось почти вдвое в период с 1999 по 2005 г., хотя их доля от всего количества больниц остается небольшой, а число частных хирургических учреждений увеличилось почти втрое. В 2005 г. 14% всего врачебного персонала страны работало в частном секторе. Растущее число получастных лечебно-профилактических учреждений («государственных предприятий») по-прежнему остаются в государственной собственности, но они располагают некоторой свободой в управлении своими собственными средствами и взимают платежи за определенные услуги.

Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Доступ к медицинской помощи в сельской местности находится в критическом состоянии в связи с нехваткой медицинских учреждений и квалифицированного персонала, а также с неудовлетворительной работой общественного и частного транспорта. Качество медицинской помощи также страдает в результате нехватки лекарственных средств и медицинского оборудования, плохих санитарных и гигиенических условий, неудовлетворительного состояния помещений в связи с отсутствием средств и другими факторами.
- По-прежнему сохраняется тенденция необоснованного направления пациентов на более высокие уровни оказания медицинской помощи.
- Для реформирования системы первичной медико-санитарной помощи некоторые меры были приняты, но для достижения масштабных изменений требуется их осуществление на постоянной основе.
- Национальная политика в сфере здравоохранения была нацелена на улучшение организации стационарных и амбулаторных услуг путем развития механизмов стандартизации и контроля качества.
- Недостаточная координация между различными уровнями оказания медицинской помощи: пациенты обращаются за специализированной медицинской помощью без упорядоченной системы направления.
- Сохраняется задача проведения модернизации служб экстренной медицинской помощи.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Казахстан стоит перед серьезными проблемами удовлетворения спроса на квалифицированные кадровые ресурсы. Число работников здравоохранения значительно снизилось за счет сокращения количества выпускников, стареющего кадрового

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

состава медицинских работников, эмиграции и утечки квалифицированного персонала в другие отрасли экономики или за рубеж. Проблемы, существующие в системе первичной медико-санитарной помощи, и особенно в сельской местности, очень серьезные, учитывая, что на сельские районы приходится около 25-50% кадрового состава городских лечебно-профилактических учреждений. Почти повсеместно отсутствуют работники ряда специальностей, например, специалисты в области управления. Большим достижением явилось создание в 1997 г. Казахской школы общественного здравоохранения, в которой осуществляется постдипломная подготовка в сфере общественного здравоохранения.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2006 г.)



БОЛЬНИЦЫ (2006 г.)

Число больниц на 100 000 чел.:	7
<i>ЕС-27: 3, ЕС-15: 3, СНГ-8: 5</i>	
Число коек на 100 000 чел.:	778
<i>ЕС-27: 576, ЕС-15: 564, СНГ-8: 559</i>	
Число госпитализаций на 100 чел. в год:	14
<i>ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11</i>	
Средняя продолжительность госпитализации (дни):	13
<i>ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11</i>	



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

В Казахстане всячески поощряется и возрастает внутреннее производство лекарственных средств, при этом уже

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

существует более 100 внутренних производителей, ряд которых экспортирует свою продукцию в страны бывшего СССР и Западной Европы. В настоящее время внутреннее производство составляет около 16% всего рыночного объема фармацевтических средств. Могут быть улучшены процессы регулирования импорта и контроля качества импортируемых лекарственных средств, поскольку половина их, по оценкам, ввозится незаконно. Для обеспечения контроля качества лекарственных средств созданы Комитет фармацевтического контроля и Национальный центр экспертизы. В настоящее время не существует налогового регулирования, хотя планируется система установления потолка цен для государственной закупки фармацевтических средств для первичного звена медицинской помощи. Основной проблемой по-прежнему является ненадлежащий доступ к лекарственным средствам, особенно для беднейших слоев населения, хотя в целом доступ к основным лекарственным средствам в Казахстане лучше, чем в других странах региона.



Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- За 1990 годы число больниц и стационарных коек сократилось, особенно в сельской местности, но сеть медицинских учреждений по-прежнему ориентирована на больницы.
- Результативность работы стационаров неодинакова в различных регионах страны, и аспект результативности может требовать дальнейшей работы.
- Наблюдаются значительные различия в численности кадров здравоохранения между селом и городом.
- Ключевой задачей системы здравоохранения является подготовка кадров. В настоящее время вошли в действие стандарты подготовки медицинских и фармацевтических кадров.
- Поставщики первичной медико-санитарной помощи испытывают трудности в наборе персонала, особенно в сельской местности.
- Размеры заработной платы медицинских работников намного ниже среднего уровня заработной платы по стране.

Источник: 1.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Кто и за что платит?

Финансирование здравоохранения имеет три источника: государственный бюджет, официальные платежи пользователей и неофициальные платежи. Первый источник преимущественно формируется на уровне областных (региональных) администраций, которые переводят некоторые средства на республиканский уровень, оставляя значительную часть себе. Часть национальных средств перераспределяется на основе подушевого принципа между областями, где начиная с 2005 г. объединяются все национальные и местные средства. С этого времени областные департаменты здравоохранения выполняют роль единого плательщика.

С 2000 г. граждане имеют право получать финансируемые государством, официально бесплатные медицинские услуги, которые обозначены в пакете медицинских услуг, гарантированных гражданам. Этот пакет включает экстренную, амбулаторную и стационарную помощь. Набор услуг пересматривается дважды в год. Медицинские услуги, поименованные в данном пакете, должны предоставляться бесплатно, и соплатежи в отношении этих услуг не предусмотрены законодательством. Дети, подростки и женщины репродуктивного возраста освобождены от соплатежей за определенные фармацевтические средства.

Существует два вида платежей за счет личных средств граждан: официальные и неофициальные. Больницы и другие лечебно-профилактические учреждения официально взимают плату за услуги, которые не входят в базовый пакет. Размеры платежей определяются областными администрациями здравоохранения и значительно варьируются по областям. Пациенты платят также неофициальные гонорары за услуги, которые должны предоставляться бесплатно, поскольку бюджетных средств бывает недостаточно. Общие размеры неофициальных платежей, как представляется, довольно значительны.

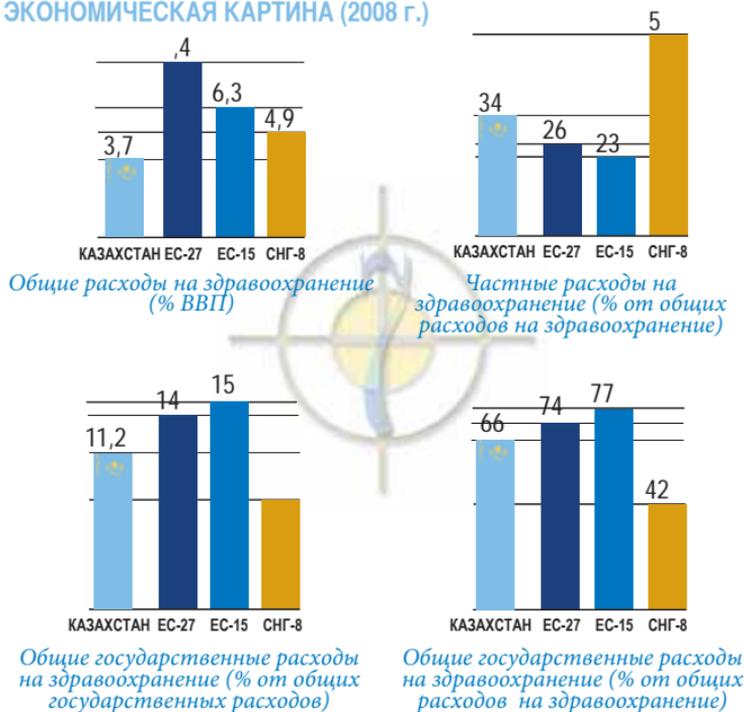
Лечебно-профилактические учреждения первичного звена финансируются на основе подушевого принципа,

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

специализированные амбулаторные учреждения – на основе оплаты за оказываемые услуги, а больницы – в соответствии с категориями, сформированными по критерию диагноза. Ряд специализированных больниц по-прежнему финансируется в соответствии со статьями расходов, такими как численность персонала и размер коечного фонда.

Лишь 5% населения оформляет добровольное медицинское страхование, которое не играет главенствующей роли в финансировании здравоохранения.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств 9 (% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Население, живущее ниже черты бедности: 75%

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Экономика Казахстана является одной из наиболее быстро растущих во всем мире, что в большой степени определяется преуспевающей энергетической отраслью и большими запасами нефтяных ресурсов.
- Финансирование здравоохранения из расчета на душу населения значительно варьируется между областями, а также между сельской и городской местностью.
- После обретения независимости бюджетные ассигнования на здравоохранение значительно снизились, но в период между 2000 и 2006 гг. возросли в пять раз.
- Платежи наличными из средств граждан значительно выросли после уменьшения объемов государственного финансирования.
- Необходимость соплатежей вынуждает группы населения с низким уровнем дохода отказываться от пользования медицинскими услугами. Аналогично другим странам региона в Казахстане стационарные службы получают большую часть государственного финансирования: 54% всех расходов на здравоохранение.
- В конце 1990 годов на короткое время была введена модель финансирования из средств медицинского страхования, но затем страна вернулась к бюджетному финансированию. Цены на фармацевтические средства резко возросли и стали недоступны для большей части населения.

Источники: 1, 2, 12, 19, 28.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Как была реформирована система здравоохранения страны?

- 1991 г. Узаконена приватизация государственных учреждений, хотя темпы приватизации в отрасли здравоохранения изначально были весьма ограниченными.
- 1993 г. Новым государственным предприятиям было разрешено появиться на рынке.
- 1995 г. Право управления службами и принятия финансовых решений было делегировано областям; государственным медицинским учреждениям было разрешено официально взимать оплату за услуги с пользователей.
- 1996 г. Создан Фонд обязательного медицинского страхования, который был отменен в 1998 г.
- 1997 г. Создан Республиканский центр проблем формирования здорового образа жизни, который начал осуществлять Национальную программу здорового образа жизни.
- 2004–2005 гг. Сформулированы новые направления политики контроля качества медицинских услуг, и создан Комитет по контролю за качеством медицинских услуг.
- 2004 г. Принята Национальная программа реформирования и развития здравоохранения на период 2005–2010 гг.
- 2005 г. Одобрен пакет гарантированных государством базовых медицинских услуг, предоставляемых бесплатно.

Целый ряд международных учреждений предоставляет техническую и финансовую поддержку системе здравоохранения и приоритетным программам – планирования семьи, обеспечения безопасной беременности, борьбы с туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, а также программам, связанным с медицинским оборудованием и расходными материалами. Среди таких

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

учреждений – Азиатский банк развития, DFID, ЕС, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Международная Федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, ЮСАИД, ПРООН, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирный Банк и правительства ряда других стран.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- Реформы в сфере здравоохранения, начатые до обретения страной независимости, в период переходного этапа экономики были приостановлены или осуществлялись довольно низкими темпами.
- В последнее время правительство приняло твердый курс на осуществление крупной инициативы по реформированию здравоохранения, направленной преимущественно на укрепление и переориентацию первичной медико-санитарной помощи, реформирование финансирования здравоохранения и внедрение новых схем оплаты поставщиков медицинской помощи.



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

В течение последних двух десятилетий на высшем политическом уровне постепенно получила признание важность идеи укрепления здоровья и профилактики болезней. В рамках разработанной в начале 1997 г. стратегии, были созданы межсекторальный правительственный Совет по вопросам укрепления здоровья и Республиканский центр проблем формирования здорового образа жизни, осуществляющие на национальном уровне руководство в вопросах пропаганды здорового образа жизни и профилактических мер. Увеличение

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

финансирования и целенаправленные усилия привели к расширению Центра, в результате чего образовалось 14 областных, 10 городских и 10 сельских отделений, а в целом по стране – 250 филиалов Центра, занимающихся пропагандой здорового образа жизни. В 2006 г. штат Центра составлял 1600 человек. Служба здорового образа жизни ежегодно разрабатывает и распространяет более 40 наименований наглядных пособий и обучающих материалов с тиражом до 12 млн. экземпляров. Центр распространяет информацию по различным каналам, включая национальное и региональное телевидение и радиовещание. В национальных средствах массовой информации разработано 8 телевизионных и 2 еженедельных радиопрограммы, а 20 местных станций передают 15 телевизионных и 16 радиопрограмм по укреплению здоровья. В Центре также функционирует свой собственный пресс-центр, и, кроме того, была установлена ежегодная награда журналистам за достижения в области укрепления здоровья. Работа Центра привлекла внимание соседних стран, и в настоящее время аналогичные службы существуют в Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане.



Какую работу проводит Региональное бюро в Казахстане?

Бюро ВОЗ по координации и связям в Казахстане начало функционировать в 1994 г. в г. Алматы. В 2005г. оно было преобразовано в страновой офис и перенесено в Астану, при этом небольшой офис продолжал работать в г. Алматы. В 2007 г. страновой офис получил полную дипломатическую аккредитацию в Казахстане. В течение 2006 и 2007 гг. Региональное бюро оказывало поддержку Казахстану в следующих сферах:

- укрепление ключевых функций системы здравоохранения;

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан

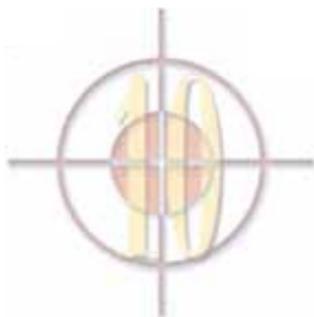


Узбекистан

- укрепление здоровья матерей и детей;
- укрепление профилактики основных инфекционных болезней и борьбы с ними;
- профилактика и ведение неинфекционных болезней, с акцентом на здоровом образе жизни;
- работа в сфере изучения опасных для здоровья факторов окружающей среды;
- укрепление национального потенциала готовности к чрезвычайным ситуациям и ответным мерам.

В 2008–2009 гг. Региональное бюро оказывает поддержку Казахстану в следующих областях:

- укрепление здоровья матерей и детей;
- укрепление профилактики основных инфекционных болезней и борьбы с ними;
- укрепление систем здравоохранения.



ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Евразиянет Казахстан

<http://www.EC-rasianet.org/resource/kazakhstan/index.shtml>

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-сайт страны)

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

Правительство Казахстана <http://www.government.kz>

Министерство здравоохранения <http://www.mz.gov.kz>

Национальная школа общественного здравоохранения
<http://www.ksph.kz>

Координатор проекта ОБСЕ в Астане

<http://www.osce.org/astana>

Фонд Сороса «Открытое общество – Казахстан»

<http://www.soros.org/about/foundations/kazakhstan>

ЮНЭЙДС (веб-сайт страны) http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/kazakhstan.asp

ПРООН (веб-сайт страны) <http://www.undp.kz>

ЮНФПА (веб-сайт страны)

<http://kazakhstan.unfpa.org/stronger.htm>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны)

<http://www.unicef.org/kazakhstan/health.html>

ВОЗ (веб-сайт страны)

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

Миссия Всемирного Банка в Казахстане

<http://www.worldbank.org.kz>



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

КЫРГЫЗСТАН



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫ

ПЛОЩАДЬ (км²)

199 900

Две трети площади Италии **ЕС-27: 4,3 млн., ЕС-15: 3,2 млн., СНГ-8: 4,2 млн.**

НАСЕЛЕНИЕ (2007г.)

5,4 млн. человек

Примерно такое же, как в Словакии, 1% от населения ЕС-27 и 7% от населения СНГ-8
ЕС 27- 490 млн. человек, ЕС-15: 387 млн. человек, СНГ-8: 75 млн. человек

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ киргизы – 65%, узбеки – 14%, русские – 12%, дуганы – 1%, украинцы – 1%, уйгуры

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

– 1%, другие национальности – 6% (перепись населения 1999 г.)

ЯЗЫК

киргизский – 65%, узбекский – 13,5%, русский – 12,5%, прочие – 9% (перепись населения 1999 г.)

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Республика

РЕЛИГИЯ

мусульмане – 75%, православные христиане – 20%, прочие – 5%

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1991 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 961 долл. США – 3% от среднего для ЕС-27 и 27% – от среднего для СНГ-8
ЕС-27: 36 000 долл. США, ЕС-15: 51 000 долл. США, СНГ-8: 3570 долл. США

По паритету покупательной способности: 2230 долл. США

ЕС-27: 30 275 долл. США, ЕС-15: 38 600 долл. США, СНГ-8: 5950 долл. США

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ

семь областей и один город республиканского значения

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА сом

1 сом = 0,02343 долл. США

1 долл. США = 42,67 сомов (2009 г.)

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.) 0,794

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.) 6,6%

ЕС-27: 8,5%, ЕС-15: 6,3%, СНГ-8: 6,5%

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, ВБ, ВТО

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники 1–5 27

ЗДОРОВЬЕ ДЕН СОЛУК



Кыргыстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА (2004 г.)

Соотношение мужчин и женщин

0,96 мужчин на одну женщину

Городское население 37% *ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%*

Возрастная структура 0–14 лет 35%

ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%

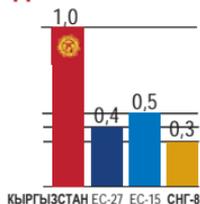
≥65 лет 6%

ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

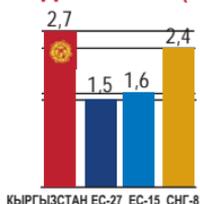
Коэффициент демографической нагрузки

62% *ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА (2006 г.)



Ежегодный прирост населения (%)



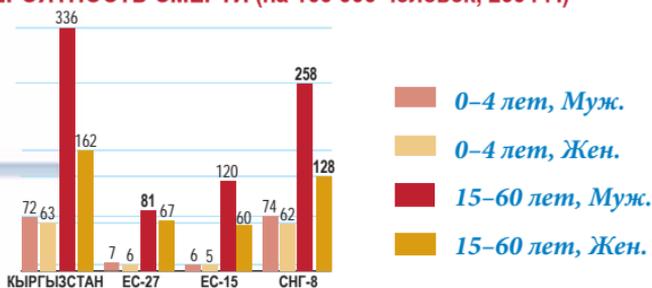
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 100 000 человек, 2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы, 2004 г.)

Все население	63	<i>ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 78</i>
Мужчины	59	<i>ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64</i>
Женщины	67	<i>ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж. Жен.	
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Кыргызстан	55	52	58	10	13	14	15
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие:

- Коэффициент рождаемости был высоким, население увеличилось почти на 20% , несмотря на эмиграцию.
- Преобладает молодой возраст: дети до 15 лет составляют 35% населения, люди работоспособного возраста – более половины населения, а старше – менее 10%.
- Уровни детской и материнской смертности снизились, но более медленными темпами, чем в странах ЕС.
- Уровень смертности среди детей до пяти лет все еще очень высок.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники: 1, 2, 6–8.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан

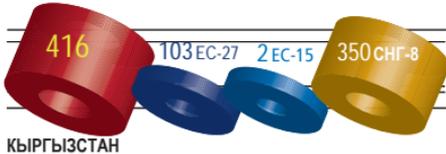


Узбекистан



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности, так как на них приходится 52% от общего числа смертей (2003 г.).
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - болезни сердечно-сосудистой системы (2006 г.): 733 смерти на 100 000 населения.
ЕС-27: 273, ЕС-15: 214, СНГ-8: 684
 - ишемическая болезнь сердца (2006 г.): причина 7% бремени болезней и 416 смертей на 100 000 населения..

 - цереброваскулярные болезни (2006 г.): причина 7% бремени болезней, 19% всех смертей и 264 смертей на 100 000 населения.
 - согласно оценкам (2002 г.), высокое кровяное давление является причиной смерти 5% мужчин и 7% женщин.

РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ) (2006 г.)

- Рак является причиной 167 смертей на 100 000 населения.
ЕС-27: 180, ЕС-15: 170, СНГ-8: 110
- В стране регистрируется 87 новых случаев рака на 100 000 населения за год, что составляет пятую часть от соответствующего показателя в ЕС-27.
ЕС-27: 460, ЕС-15: 475, СНГ-8: 110
- В стране на 100 000 населения за год регистрируется: 13 новых случаев рака шейки матки (**СНГ-8: 10**), 18 новых случаев рака молочной железы (**СНГ-8: 16**) и 9 новых случаев рака легких (**ЕС-27: 54, ЕС-15: 54, СНГ-8: 13**).

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Хроническая обструктивная болезнь легких является причиной 4% бремени болезней и 6% всех смертей (2002 г.).

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 0,5% (2006 г.).
- Диабет является причиной 11 смертей на 100 000 населения за год (2006 г.).

ЕС-27: 14, ЕС-15: 14, СНГ-8: 25

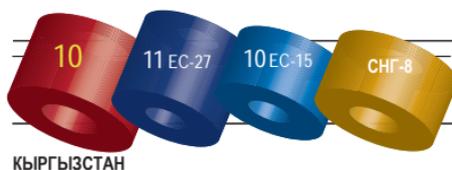
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

В стране на 100 000 населения регистрируется:

- 122 новых случая психических заболеваний (2006 г.).

СНГ-8: 100

- 10 случаев самоубийства или преднамеренного самоповреждения (2006 г.).



КЫРГЫЗСТАН

- 9 новых случаев алкогольного психоза (2006 г.).

СНГ-8: 43

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Они являются причиной 94 смертей на 100 000 населения за год (2006 г.). *ЕС-27: 42, ЕС-15: 36, СНГ-8: 61*
- Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий являются причиной 17 смертей на 100 000 населения за год (2006 г.). *ЕС-27: 9, ЕС-15: 8, СНГ-8: 9*

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются причиной 3% всех случаев смерти (2003 г.).
- Туберкулез является довольно распространенным заболеванием: ежегодно регистрируется 120 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения за год (2006 г.). *ЕС-27: 17, ЕС-15: 10, СНГ-8: 92*
- Регистрируется 5 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения за год. *ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5*
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем (на 100 000 населения в год):

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

- 
- 25 новых случаев сифилиса (2007 г.).
ЕС-27 (2007 г.): 4, ЕС-15 (2004 г.): 3, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 14
 - 22 новых случая гонококковой инфекции (2007 г.).
ЕС-27 (2007 г.): 8, ЕС-15 (2006 г.): 9, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 21

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность: 329 смертей на 1000 живорожденных (2006 г.). *ЕС-27: 5, ЕС-15: 4, СНГ-8: 19*
- Охват иммунизацией вакциной АКДС-3 составляет 92% (2006 г.). *ЕС-27: 95%, ЕС-15: 95%, СНГ-8: 94%*
- Показатель смертности от диарейных заболеваний среди детей в возрасте до пяти лет очень высок и составляет 35 смертей 100 000 населения (2006 г.)



ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	24
2. Цереброваскулярные болезни	18,5
3. Хроническая обструктивная болезнь легких	6
4. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	5
5. Инфекции нижних дыхательных путей	5
6. Цирроз печени	4
7. Туберкулез	2
8. Рак желудка	1,7
9. Нефрит и нефротический синдром	1,7
10. Преднамеренное самоповреждение	1,7

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ, СНГ-8 и ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней (%)			
	Кыргызстан	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	20	22	14	12
Психоневрологические расстройства	14	16	30	32
Непреднамеренные травмы	10	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	8	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	7	5	ДО	ДО
Болезни органов пищеварения	6	6	5	4
Респираторные инфекции	6	6	ДО	ДО
Болезни органов дыхания	6	4	6	7
Рак (злокачественные новообразования)	5	6	13	13
Болезни органов чувств	4	4	4	4
Все неинфекционные болезни	79	2	7	4
Все инфекционные болезни	8	7	2	2
Все травмы	13	11	11	10

ДО: данные отсутствуют.

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Основное бремя болезней приходится на неинфекционные болезни.
- За последнее десятилетие случаи туберкулеза участились вдвое, а распространение инфекций, передаваемых половым путем, приняло угрожающие размеры.
- Распространение туберкулеза, малярии и ВИЧ-инфекции все еще представляет серьезную проблему.
- За последние годы показатели иммунизации снизились.

Источники: 1, 2, 5, 9,12,17.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

Регулярные курильщики составляют 20% населения (2005 г.).

- Курение особенно распространено среди мужчин: 41% мужчин курят регулярно (и только 1% женщин) (2005 г.).
- На курение приходится 11% бремени болезней, и оно является причиной 808 смертей на 100 000 населения (2003 г.). **ЕС-27: 240, ЕС-15: 200, СНГ-8: 622**



УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 2,4 литра на человека в год (2003 г.). **ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5**
- Потребление алкоголя является основным фактором риска среди мужчин, и на него приходится 6% всего бремени болезней и 9% бремени болезней среди мужчин (2003 г.).
- Потребление алкоголя является причиной 175 смертей на 100 000 населения за год (2006 г.). **ЕС-27: 67, ЕС-15: 58, СНГ-8: 124**

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- Марихуана – наиболее распространенный из запрещенных наркотиков; его употребляли 6,4% населения в возрасте 15 – 65 лет (2001 г.).
- Ежегодная распространенность злоупотребления опиатами составляет 0,6% (для населения в возрасте 15–65 лет) (2006 г.).
- Количество первичных госпитализаций в наркологические центры составляет 10 на 100 000 населения в год (2006 г.). **ЕС-27: 48, СНГ-8: 40**

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ОЖИРЕНИЕ

- От ожирения страдают 5% мужчин и 14% женщин (2006 г.).
- 11% всех случаев смерти и 5% бремени болезней связывают с высоким индексом массы тела (2003 г.).
- 6% случаев смерти и 2% бремени болезней связывают с недостаточной физической активностью (2003 г.).

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- На 100 000 населения регистрируется 6 новых случаев сальмонеллёза за год (2002 г.). *ЕС-27: 35, ЕС-15: 27, СНГ-8: 7*

ГИГИЕНА ТРУДА

- В стране ежегодно регистрируется 0,5 новых случаев профессиональных болезней на 100 000 населения (2002 г.). *ЕС-27 (2005 г.): 39, ЕС-15 (1999 г.): 45, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 30*
- На производственный травматизм приходится 3 травмы на 100 000 населения, но эта цифра, возможно, занижена (2006г.). *ЕС-27 (2006 г.): 905, ЕС-15 (2005 г.): 1054, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 9*
- Ежегодно регистрируется 0,4 случая смерти на 100 000 населения из-за несчастных случаев на производстве (2006 г.). *ЕС-27 (2006 г.): 1,2, ЕС-15 (2005 г.): 1,1, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 1,4*

Источники: 1, 10, 11.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Фонд обязательного медицинского страхования

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники

Департамент санитарно-эпидемиологического надзора

Республиканский центр укрепления здоровья

Центр развития здравоохранения



ПАРЛАМЕНТ

Комитет по здравоохранению при Верховном совете Кыргызстана, однопалатном парламенте

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Ассоциации врачей, фармацевтов, медицинских сестер и кардиологов

Ассоциация групповой семейной медицины

Ассоциация больниц

АКАДЕМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Киргизская Государственная медицинская академия

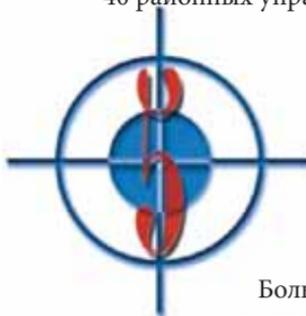
НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Медицинская аккредитационная комиссия

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

7 областных и два городских (в городах Бишкек и Ош) управления здравоохранения и соответствующие им координационные комитеты (в состав которых входят представители различных секторов и уровней)

40 районных управлений.



Как организовано предоставление услуг?

Большую часть услуг предоставляют государственные поставщики медицинской помощи. Лечебно-профилактические учреждения,

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

предоставляющие первичную и вторичную медицинскую помощь, относятся к местным государственным администрациям, которые отвечают за здравоохранение на подведомственных территориях.

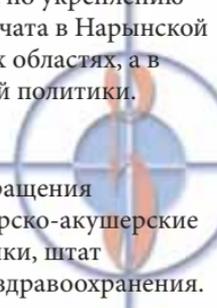
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ)

Услуги общественного здравоохранения предоставляются санитарно-эпидемиологическими службами, которые отвечают за охрану здоровья на национальном, областном, городском и районном уровнях. Существуют также противочумные и дезинфекционные станции. Республиканский центр укрепления здоровья, городские центры здоровья в Бишкеке и Оше, областные центры здоровья и пункты здоровья на районном уровне отвечают за сферу укрепления здоровья. Работа по укреплению здоровья на уровне местных сообществ была начата в Нарынской области и затем постепенно развернута в других областях, а в настоящее время является частью национальной политики.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

В сельской местности пунктами первичного обращения пациентов за консультацией являются фельдшерско-акушерские пункты и кабинеты групповой семейной практики, штат каждого из которых состоит из 1-3 работников здравоохранения. Они предоставляют самую базовую лечебную, дородовую и послеродовую помощь, услуги по иммунизации и укреплению здоровья. Фельдшерско-акушерские пункты подчиняются кабинетам групповой семейной практики, и все в большей степени заменяются этими кабинетами, которые постепенно создавались по всей стране, начиная с 1995 г. Группы семейной практики, состоящие, по меньшей мере, из одного врача, медицинских сестер и акушерок, предоставляют комплексные услуги первичной медико-санитарной помощи всем членам семьи. Предполагается, что такие группы семейной практики будут обеспечивать контролируемое и обоснованное направление больных на более высокий уровень медицинской помощи, а от пациентов, идущих в обход первичного звена, потребуются более высокие соплатежи. До обретения страной независимости все поставщики первичной медицинской помощи являлись врачами-специалистами, но постепенно они прошли переподготовку с тем, чтобы стать семейными врачами.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



В городах первичная помощь предоставляется в поликлиниках общего профиля и специализированных, а также в городских стационарах и роддомах.

Центры семейной медицины являются самыми крупными амбулаторными медицинскими учреждениями. В основном в городах, но также и в сельской местности, на район имеется не менее одного семейного медицинского центра, в состав которого входят пятнадцать – двадцать специалистов и в которых объединены амбулаторные услуги первичной и вторичной медицинской помощи. В каждом районе функционирует центр семейной медицины. Предоставляются следующие услуги: диагностические, услуги малой хирургии, планирования семьи, оказание педиатрической, акушерской и перинатальной помощи, первой помощи, осуществляются также назначение лекарств, реабилитация и патронажные визиты, мероприятия по профилактике болезней и укреплению здоровья.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Вторичную медицинскую помощь предоставляют специализированные амбулаторные учреждения, включая семейные медицинские центры и больницы общего профиля. Стационарную помощь оказывают сельские районные больницы, а в городах и районах – территориальные (городские и районные) больницы, сельские районные, городские детские больницы, роддома и областные объединенные больницы. Третичную помощь предоставляют лечебно-профилактические учреждения на национальном уровне, а специализированные диспансеры и больницы – на субнациональном уровне. Республиканские медицинские учреждения также служат базой для проведения обучения или научных исследований. Учреждения третичного уровня могут оказывать специализированную амбулаторную помощь, а также общую и специализированную стационарную помощь, а учреждения вторичного уровня оказывают первичную и специализированную амбулаторную помощь. Существуют различия в стационарном обслуживании между городской и сельской местностью.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Роль частного сектора все еще относительно мала. Этот сектор начал развиваться с 1990-х гг. сначала с создания частных аптек, а

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



позднее – кабинетов амбулаторной и стоматологической практики. Количество лицензий на частную медицинскую практику увеличивается, однако очень немногие обращаются к частным услугам. Частные медицинские учреждения могут участвовать в тендере на получение контрактов от государственного сектора и, таким образом, предоставлять услуги в рамках льготного пакета, установленного государством. Преимущественно это касается тендеров на поставки лекарственных средств. Большинство частных медицинских учреждений находится в крупных городах. Они работают на коммерческой основе и получают гонорары за предоставляемые услуги. Из общего числа частных медицинских учреждений менее 10% предоставляют стационарные услуги. Частным образом обслуживаются в основном лица с более высокими уровнями доходов.

Важные моменты

оказание медицинских услуг

- За последнее десятилетие система первичной медико-санитарной помощи претерпела масштабную реорганизацию, при этом пунктами первого обращения по вопросам здоровья и основными поставщиками первичных медицинских услуг стали кабинеты групповой семейной практики.
- Существует заметное несоответствие в количестве лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих вторичную и третичную помощь, между сельской и городской местностью. Так, в Бишкеке сконцентрировано подавляющее большинство всех медицинских учреждений страны.
- Необходимо модернизировать службы скорой медицинской помощи и улучшить их финансирование.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основной проблемой системы здравоохранения Кыргызстана является неравномерное распределение кадровых ресурсов. В

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

целом северные регионы и города укомплектованы лучше, чем южные области и сельская местность. Города перенасыщены врачами, тогда как в сельской местности и отдаленных районах наблюдается их нехватка, что происходит в соответствии с большей концентрацией лечебно-профилактических учреждений в городах. Размеры заработной платы невелики, выплачивается она нерегулярно, что привело к утечке кадров в частный сектор и другие отрасли экономики, таким образом, в системе здравоохранения остался персонал с более низким уровнем квалификации и профессиональных возможностей.

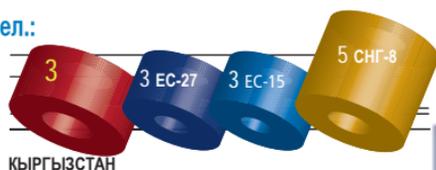
РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2006 г.)

Врачи	246	ЕС-27: 315, ЕС-15: 332, СНГ-8: 315
Стоматологи	20	ЕС-27: 62, ЕС-15: 66, СНГ-8: 25
Медсестры	557	ЕС-27: 742, ЕС-15: 794, СНГ-8: 585
Фармацевты	3	ЕС-27: 72, ЕС-15: 81, СНГ-8: 19
ВОП	29	ЕС-27: 98, ЕС-15*: 103, СНГ-8: 31

БОЛЬНИЦЫ (2006 г.)

Число больниц на 100 000 чел.:

3



Число коек на 100 000 чел.:

509

ЕС-27: 576, ЕС-15: 564, СНГ-8: 559

Число госпитализаций на 100 чел. в год:

14

ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11

Средняя продолжительность госпитализации (дней):

12

ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Хотя правительство стимулировало внутреннее производство лекарственных средств, Кыргызстан все еще импортирует более 95% всех потребляемых в стране фармацевтических средств, преимущественно из стран СНГ. Начиная с 1996 г., розничная торговля медикаментами прошла процесс приватизации, и за это время значительно возросло число аптек розничной продажи. Большая часть аптек находится

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

в городах. Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения, являющийся регулирующим органом, отвечает за регистрацию и лицензирование работы, связанной с фармацевтическими средствами, обеспечение качества фармацевтического рынка и другие виды деятельности. На всех уровнях медицинского обслуживания проводилась практика стимулирования рационального использования лекарственных средств, при этом регулярно обновляются национальный перечень лекарственных средств и национальный формуляр лекарственных средств. Национальная политика в области лекарственных средств была сформулирована в 1998 г., а последняя корректировка этой политики осуществлена в 2007 г. Лекарственные средства стали более доступными по цене для населения после отмены в 2003 г. налога на добавленную стоимость на фармацевтические средства и после введения в 2000 г. дополнительных льгот в отношении лекарственных средств, используемых в амбулаторном лечении. Однако лица с низкими уровнями дохода пока не могут позволить себе многих видов лечения; качество лекарственных средств по-прежнему является проблемой.

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Больницы располагали избыточным коечным фондом, и за последние годы количество коек было значительно сокращено.
- Часто концентрация медицинского персонала в городах вдвое превышает его количество в сельской местности.
- За период со времени обретения страной независимости количество работников здравоохранения в большей части категорий сократилось.
- Проведено реформирование медицинского образования, в рамках которого введены программы подготовки и переподготовки кадров по специальности семейной медицины, создана новая система управления в области здравоохранения и пересмотрена программа обучения Киргизской государственной медицинской академии.

Источник:1

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Кто и за что платит?

Финансирование отрасли здравоохранения Кыргызстана происходит из средств общих бюджетных поступлений на национальном и местном уровнях, взносов в Фонд обязательного медицинского страхования, программ государственных инвестиций и наличных платежей граждан.

С 2004 г. единым плательщиком в отрасли здравоохранения является Фонд обязательного медицинского страхования. Он объединяет средства и покупает медицинские услуги, а также отвечает за бюджетное финансирование здравоохранения. В него поступают средства из социального фонда и национального бюджета. Социальный фонд получает средства от служащих и фермеров.

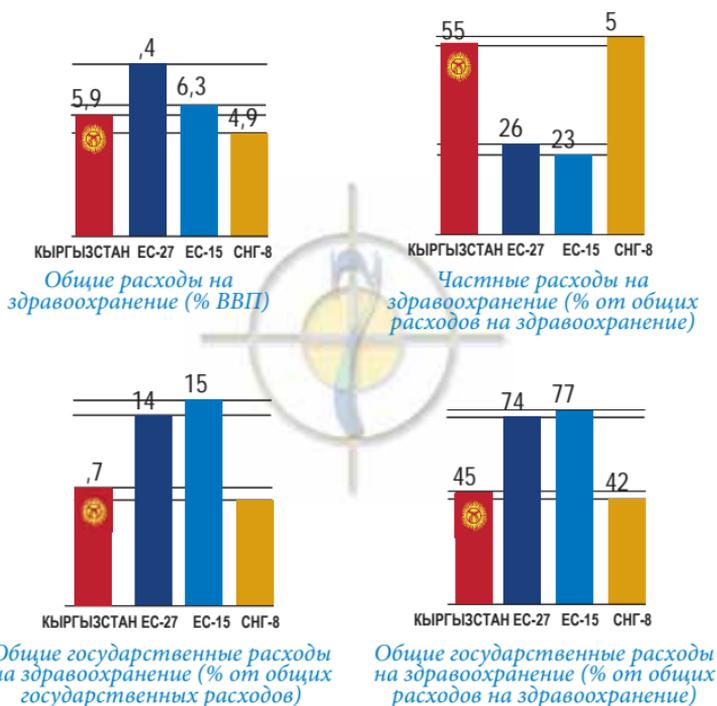
Набор медицинских услуг и права граждан определены в перечне основных льгот Программы государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, которая устанавливает суммы соплатежей застрахованных, незастрахованных лиц, а также лиц, освобожденных от страхования. Застрахованные граждане также производят наличные платежи за счет личных средств, хотя и в меньших размерах по сравнению с незастрахованными лицами.

Лечебно-профилактические учреждения получают средства из объединенной платежной системы, управляемой Фондом обязательного медицинского страхования, но они должны иметь отдельные счета для отчетности по средствам, которые первоначально исходили из общих поступлений (государственного бюджета), обязательных страховых налогов, исчисляемых от фонда заработной платы, и соплатежей. Пациенты платят за медицинские услуги непосредственно в кассу медицинского учреждения. Больницы получают средства в зависимости от числа пролеченных случаев заболеваний, которые группируются по диагностическим категориям. Амбулаторные учреждения и кабинеты групповой семейной практики получают подушевое финансирование за каждого пациента.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Одним из ключевых элементов реформирования системы медицинского обслуживания, которую внедрили в первых пилотных областях в 2001 г., а затем распространили на всю страну к концу 2004 г., явилась централизация финансирования – с районного на областной уровень и затем, в 2006 г., на национальный уровень. Это привело к более эффективному созданию пулов ранее фрагментированных бюджетных средств и способствовало более справедливому подушевому распределению финансирования по областям. Дополнительная реформа наделила медицинские учреждения большей свободой в распоряжении своими средствами. Новые принципы финансирования поставщиков медицинских услуг обеспечили медицинским учреждениям большую гибкость во внутреннем распределении ресурсов по собственному усмотрению.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств **94**

(% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Население, живущее ниже черты бедности: 43%

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Концентрация медицинских учреждений в Бишкеке приводит к тому, что большая часть государственных ресурсов приходится на Бишкек и значительно меньшая – на все остальные медицинские учреждения страны.
- В ситуации ослабленной экономики уровни государственных расходов резко снизились, при этом возросли размеры частных платежей.
- Наличные платежи из личных средств граждан составляют более половины общего финансирования системы медицинского обслуживания.
- Замена неофициальных наличных платежей официальными соплатежами привела к большей прозрачности системы.
- Зарубежная помощь достигает 10% от общих расходов на здравоохранение, при этом размеры помощи год от года значительно меняются.

Источники: 1, 2, 12, 19–21, 28.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

- 1992 г. Узаконено добровольное медицинское страхование.
- 1993 г. Разрешены официальные оплаты со стороны пользователей медицинскими услугами.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- 1994 г. Была принята государственная программа «Здоровая нация» – национальная политика в области здравоохранения.
- 1995 г. На экспериментальной основе были открыты кабинеты групповой семейной практики, которые затем к 2002 г. получили распространение по всей стране.
- 1996 – 1997 гг. Введено обязательное медицинское страхование и, на экспериментальной основе, групповая семейная практика.
- 1996 г. В рамках проекта реформирования системы здравоохранения «МАНАС» внедрялись меры по улучшению качества оказания медицинской помощи, содействию установлению справедливости в доступе к медпомощи и более рациональному использованию ресурсов. В течение десятилетнего периода проект осуществлялся в трех фазах: проводились мероприятия по рационализации стационарных услуг, укреплению первичной медико-санитарной помощи и разработке пакета государственных гарантий на обеспечение медицинской помощью; по внесению изменений в схемы финансирования поставщиков медицинской помощи и осуществлению подготовки управленческого кадрового состава и переподготовки медицинских работников; введению социального страхования в качестве дополнительной формы финансирования и внедрению контрактов покупатель – поставщик на оказание услуг. Принят закон о профилактике передачи ВИЧ-инфекции; разработан перечень основных лекарственных средств (пересмотрен в 1998, 2000 и 2003 гг.).
- 1999 г. Принят закон о психиатрической помощи.
- 2000 г. Упразднены областные департаменты здравоохранения; разработана новая политика здравоохранения (которая была принята в 2004 г.)
- 2001 г. Узаконена приватизация лечебно-профилактических учреждений, и в двух областях введена система единого плательщика.
- 2004 г. Введение системы единого плательщика через Фонд обязательного медицинского страхования завершено в рамках всей страны.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

- 2005 г. Создан Центр развития систем здравоохранения в целях оказания поддержки в управлении системой здравоохранения, улучшения информирования общественности о работе системы здравоохранения Кыргызстана и подготовки работников здравоохранения и аналитиков для оценки эффективности новой политики здравоохранения.
- 2006 г. Началась реализация комплексной стратегии реформирования здравоохранения («Манас таалими») на 2006 – 2010 гг. Многостороннее объединение организаций-доноров положило начало общесекторальному подходу в поддержку реализации программы «Манас таалими». Это был первый общесекторальный подход, осуществленный в Европейском регионе ВОЗ.

Реформы в сфере здравоохранения во многом опирались на внешнюю поддержку. Наиболее активными в оказании донорской помощи были такие организации, как DFID, Швейцарское агентство развития и сотрудничества, ЮСАИД, ВОЗ и Всемирный Банк. С внедрением в 2006 г. общесекторального подхода к этой группе присоединились Германский банк развития (KfW Entwicklungsbank), SIDA и ЮНИСЕФ.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- Основное внимание при проведении финансовых реформ было направлено на создание стимулов для обеспечения эффективности, справедливости и прозрачности.
- Многого удалось достичь в результате применения поэтапного подхода к осуществлению реформы здравоохранения, при этом процесс начинался с пилотных регионов и затем распространялся в масштабах всей страны.
- В ходе проведения реформ в Кыргызстане эффективно осуществлялась координация национальной и внешней поддержки со стороны донорских организаций, при этом особое внимание уделялось анализу всех происходивших в результате реформ изменений.
- Со времени обретения независимости страна занимает лидирующее место в регионе по результатам реформы здравоохранения.

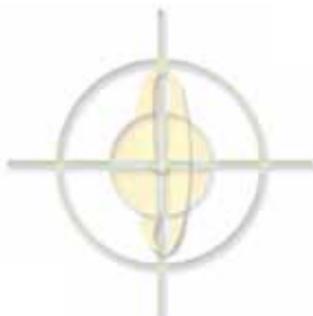
ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

ОБРЕТЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПРОЦЕССЕ РЕФОРМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В рамках совместного проекта по внедрению новой политики в области здравоохранения, проводимого Министерством здравоохранения, Европейским региональным бюро ВОЗ и DFID, при внедренной в 2001 г. в Чуйской и Иссык-Кульской областях системе официальных соплатежей проводился опрос пациентов после выписки из стационаров. Основное внимание в ходе опроса уделялось проблемам, связанным с официальными и неофициальными платежами в больницах, и мнению пациентов. Результаты опроса показали, что при существующей системе узаконенных соплатежей происходило сокращение неофициальных платежей. Кроме того, как пациенты, так и врачи предпочитали официальные соплатежи неофициальным выплатам. Опираясь на эти результаты, Министерство здравоохранения приняло решение о дальнейшем распространении политики введения официальных соплатежей на других территориях страны и провело работу по отстаиванию этой политики среди противников реформы.



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Какую работу проводит Региональное бюро в Кыргызстане?

Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане был открыт в 1992 г. в Бишкеке. В 2006–2007 гг. основными областями, в которых Региональное бюро оказывало поддержку Кыргызстану, являлись:

- анализ политики финансирования и кадровых ресурсов, реализация политики в области фармацевтических средств и техническая подготовка и развитие в сфере ведения отчетности в здравоохранении;
- осуществление комплексной деятельности по укреплению и охране здоровья при активном участии населения;
- улучшение репродуктивного здоровья, здоровья матерей, детей и подростков;
- борьба с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и малярией.

В 2008–2009 гг. Региональное бюро предоставляет поддержку в следующих областях:

- совершенствование стратегического управления и финансирования системы здравоохранения;
- улучшение эффективности и соответствия услуг здравоохранения потребностям граждан;
- создание устойчивой системы общественного здравоохранения;
- улучшение готовности системы здравоохранения к ответным мерам на чрезвычайные ситуации;
- улучшение политики кадровых ресурсов.

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Бишкекский территориальный департамент Фонда обязательного медицинского страхования (Бишкек) <http://bishkek.foms.med.kg>

Центр развития здравоохранения
<http://chsd.studionew.com/index.php>

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники
<http://www.pharm.med.kg>

Евразиянет Кыргызстан
<http://www.eurasianet.org/resource/kyrgyzstan/index.shtml>

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-сайт страны) <http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=KGZ>

Правительство Кыргызстана <http://www.gov.kg>

Киргизская Государственная медицинская академия
<http://kgma.to.kg>

Фонд обязательного медицинского страхования
<http://foms.med.kg/eng>

Министерство здравоохранения <http://www.med.kg>

Центр ОБСЕ в Бишкеке
<http://www.osce.org/bishkek>

Фонд «Сорос-Кыргызстан»
<http://www.soros.kg/>

ЮНЭЙДС (веб-сайт страны) http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/kyrgyzstan.asp

ПРООН (веб-сайт страны) <http://www.undp.kg>

ЮНФПА (веб-сайт страны) <http://kyrgyzstan.unfpa.org/stronger.htm>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны) <http://www.unicef.org/kyrgyzstan/health.html>

ВОЗ (веб-сайт страны) <http://www.who.int/countries/kgz/en>

Миссия Всемирного Банка в Кыргызстане
<http://www.worldbank.org.kg>

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ТАДЖИКИСТАН



ТОДЖИКИСТОН

ПЛОЩАДЬ (км²)

143 100

В два раза превышает территорию Ирландии, 3% от общей площади СНГ-8
ЕС-27: 4,3 млн., ЕС-15: 3,2 млн., СНГ-8: 4,2 млн.

НАСЕЛЕНИЕ (2007 г.)

6,7 млн. человек

Чуть меньше, чем население Швейцарии, примерно 1% от населения ЕС-27 и 9% от населения СНГ-8
ЕС-27: 490 млн. человек, ЕС-15: 387 млн. человек, СНГ-8: 75 млн. человек

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ: таджики – 80%, узбеки – 15%, русские – 1%, киргизы – 1%, другие национальности – 3%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ЯЗЫК официальным языком является таджикский; русский язык широко используется в государственных организациях и деловых кругах

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ

Президентская республика

РЕЛИГИЯ

мусульмане – 90% (из них 85% – сунниты и 5% – шииты (исмаилиты)), прочие – 10%

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1991 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 614 долл. США

(2008 г.)

2% от среднего для ЕС-27 и 17% от среднего для СНГ-8 **ЕС-27: 36 000 долл. США, ЕС-15: 51 000 долл. США, СНГ-8: 3570 долл. США**
1780 долл. США по паритету покупательной способности **ЕС-27: 30 275 долл. США, ЕС-15: 38 600 долл. США, СНГ-8: 5 950 долл. США**

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ

две области, город Душанбе, районы республиканского подчинения и одна автономная область

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА Сомони

1 сомони = 0,261 долл. США (в 2009 г.)
1 долл. США = 3,83 сомони

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.) 0,673

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.) 2,4%

ЕС-27: 8,5%, ЕС-15: 6,3%, СНГ-8: 6,5%

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, ВБ, ВТО (наблюдатель)

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге. Источники: 1–5, 8, 27.

ЗДОРОВЬЕ ТАНДУРУСТИ



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин (2006 г.)

0,96 мужчин на одну женщину

Городское население (2003 г.)

24% *ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%*

Возрастная структура (2005 г.)

0–14 лет 36%

ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%

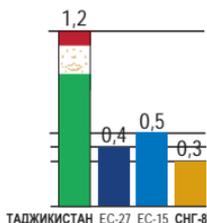
≥65 лет 4,4%

ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

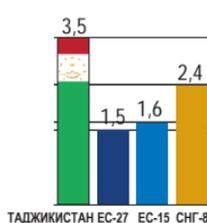
Коэффициент демографической нагрузки (2004 г.)

62% *ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%*

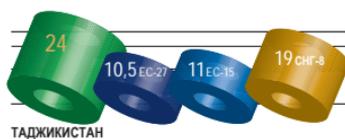
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА (2006 г.)



Ежегодный прирост населения (%)



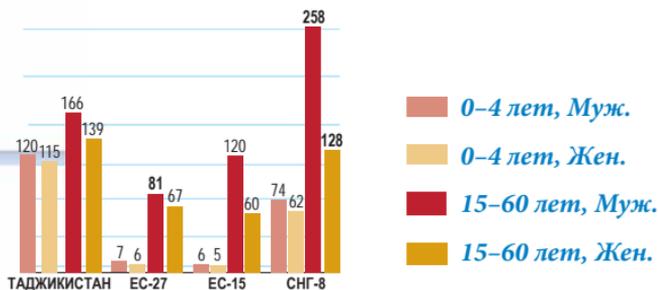
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 100 000 человек, 2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы, 2004 г.)

Все население	63	<i>ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 68</i>
Мужчины	62	<i>ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64</i>
Женщины	64	<i>ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)		
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж. Жен.		
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.			
Таджикистан	55	53	56	9	5	11	13	15
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14	14



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан



Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие:

- Увеличилась численность населения в сельской местности, и его доля в общей структуре населения является самой высокой в регионе.
- Коэффициенты фертильности и рождаемости высоки, что объясняет рост населения.
- Младенческая смертность высока, а коэффициент смертности детей в возрасте от 0 до 4 лет очень высок.
- Коэффициент материнской смертности самый высокий в регионе.
- Поскольку у мужчин относительно высокая ожидаемая продолжительность жизни, разница в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами наименьшая в Европейском регионе ВОЗ.
- Население Таджикистана очень молодо – 40% населения моложе 15 лет.
- Миграция оказала влияние на демографические характеристики страны: по оценкам около 800 000 человек эмигрировали за период после обретения страной независимости.
- Растет число иммигрантов.

Источники: 1–8, 17, 22.



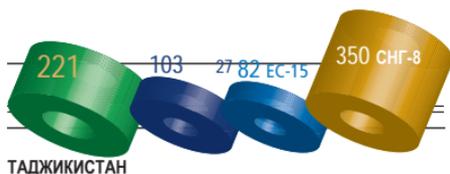
Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности: на них приходится 37% всех случаев смерти (2003 г.).
- В рамках этой нозологической группы причинами смерти являются следующие:
 - болезни системы кровообращения (2005 г.): 561 смерть на 100 000 населения;
ЕС-27: 273, ЕС-15: 214, СНГ-8: 684

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- ишемическая болезнь сердца (2006 г.): 221 смерть на 100 000 населения, что является



- причиной 6% бремени болезней;
- цереброваскулярные болезни (2005 г.): 100 смертей на 100 000 населения, что является причиной 6% бремени болезней и 19% всех случаев смерти;
- высокое кровяное давление является причиной примерно 5% смертей среди мужчин и 7% смертей среди женщин (2003 г.).

РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ)

- Рак является причиной 73 случаев смерти на 100 000 населения (2005 г.). *ЕС-27: 180, ЕС-15: 170, СНГ-8: 110*
- Регистрируется 31 новый случай рака на 100 000 населения за год (2006 г.). *ЕС-27: 460, ЕС-15: 475, СНГ-8: 110*
- Новые случаи на 100 000 населения за год (2006 г.): рак шейки матки: 6 (*СНГ-8: 10*); рак молочной железы: 7 (*СНГ-8: 16*); рак легких: 2 (*ЕС-27: 54, ЕС-15: 54, СНГ-8: 13*).

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Хроническая обструктивная болезнь легких является причиной 2% всех смертей и 2% бремени болезней (2002 г.).
- Болезни органов дыхания являются причиной 9% всех смертей (2002 г.).

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 0,2% (2006 г.), но данные могут быть занижены; диабет является причиной 23 случаев смерти 100 000 населения за год (2005 г.). *ЕС-27: 14, ЕС-15: 14, СНГ-8: 25*

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

На 100 000 населения за год:

- Новые случаи психических расстройств (2006 г.): 25. *СНГ-8: 100*
- Самоубийства или смерть в результате преднамеренных самоповреждений (2005 г.): 3,5. *ЕС-27: 11, ЕС-15: 10, СНГ-8: 8*

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



- Новые случаи алкогольного психоза (2006 г.): 0,3.
СНГ-8: 43

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Являются причиной 33 смертей на 100 000 населения за год (2005 г.). **ЕС-27: 42, ЕС-15: 36, СНГ-8: 61**
- Травматизм в результате дорожно-транспортных происшествий является причиной 6 смертей на 100 000 населения (2005 г.).

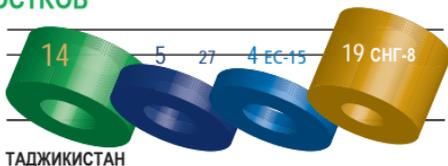


ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАЗАРИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни являются причиной около 4% всех смертей (2003 г.).
- Частота возникновения туберкулезной инфекции высока: 81 новый случай на 100 000 населения за год (2006 г.).
ЕС-27: 17, ЕС-15: 10, СНГ-8: 92
- Количество новых случаев малярии в 2000 г. повысилось до 308 на 100 000 населения за год, но в 2007 г. снизилось до 10 на 100 000 населения.
- Новые случаи ВИЧ-инфекции (2006 г.): 3 на 100 000 населения. **ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5**
- Инфекции, передаваемые половым путем (на 100 000 населения за год):
 - новые случаи сифилиса (2007 г.): 8,4
ЕС-27 (2007 г.): 4, ЕС-15 (2004 г.): 3, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 14
 - новые случаи гонококковой инфекции (2007 г.): 10,5
ЕС-27 (2007 г.): 8, ЕС-15 (2006 г.): 9, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 21

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность (2005 г.): 14 смертей на 1000 живорожденных.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- Материнская смертность: 49 на 100 000 живорожденных, по оценкам ЮНФПА/ЮНИСЕФ, коэффициент материнской смертности даже выше – 120 на 100 000 живорожденных, и является самым высоким в регионе.
- Охват иммунизацией вакциной АКДС-3 (2006 г.): 96%.
ЕС-27: 95%, ЕС-15: 95%, СНГ-8: 94%
- Смертность от диарейных заболеваний среди детей в возрасте от 0 до 5 лет (2005 г.): 59 на 100 000 населения, это является весьма высоким показателем.
ЕС-27: 0,6, ЕС-15: 0,3, СНГ-8: 37

Показатели младенческой и материнской смертности в Таджикистане значительно различаются в зависимости от источника данных и метода оценки.

10 ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1 Ишемическая болезнь сердца	21
2 Гипертензивная болезнь сердца	12
3 Инфекции нижних дыхательных путей	10
4 Состояния, возникающие в перинатальном периоде	6
5 Цереброваскулярные болезни	6
6 Диарейные болезни	4
7 Цирроз печени	2
8 Туберкулез	2
9 Менингит	2
10 Хроническая обструктивная болезнь легких	2



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ, СНГ-8 И ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней (%)			
	Таджикистан	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	19	22	14	12
Психоневрологические расстройства	14	16	30	32
Непреднамеренные травмы	6	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	11	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	7	5	ДО	ДО
Болезни системы пищеварения	5	6	5	4
Респираторные инфекции	8	6	ДО	ДО
Болезни органов дыхания	4	4	6	7
Рак (злокачественные новообразования)	4	6	13	13
Болезни органов чувств	4	4	4	4
Все неинфекционные болезни	0	2	7	4
Все инфекционные болезни	11	7	2	2
Все травмы	9	11	11	10

ДО: данные отсутствуют.

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Первые годы независимости были отмечены значительным ухудшением состояния здоровья населения, при этом наблюдался рост инфекционных болезней.
- Таджикистан является одной из стран с наиболее высокими уровнями смертности от диарейных заболеваний среди детей, а также с наиболее высокими уровнями материнской смертности в Европейском регионе ВОЗ.
- Основными зарегистрированными причинами младенческой смертности являются острые респираторные инфекции, диарея и внутриутробная патология.
- Инфекционные и паразитарные болезни, сердечно-сосудистые болезни и психические расстройства являются причиной наибольшего бремени болезней как среди мужчин, так и среди женщин.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Продолжение

- Распространенность неинфекционных болезней несколько отличается от многих других стран Европейского региона ВОЗ, при этом особое распространение получили болезни органов дыхания и болезни системы пищеварения, включая цирроз печени.

Источники: 1, 2, 5, 8, 9.



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Курение является причиной 2% бремени болезней и 3% всех смертей (2002 г.).
- Курение является причиной 371 смерти на 100 000 населения (2005 г.). **ЕС-27: 240, ЕС-15: 200, СНГ-8: 622**

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя низок и составляет 0,3 литра в год (2003 г.), но этот уровень повышается. **ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5**
- Алкоголь является основным фактором риска среди мужчин, являясь причиной 5% всего бремени болезней и 7% бремени болезней среди мужчин (2003 г.). **ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5**
- Причины смерти, связанные с употреблением алкоголя (2005 г.): 79 смертей на 100 000 населения. **ЕС-27: 67, ЕС-15: 58, СНГ-8: 124**

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- Наиболее распространенным запрещенным наркотиком является марихуана: 3,4% населения в возрасте 15–65 лет (1998 г.).

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

- Распространенность злоупотребления опиатами (2006 г.): 0,5% (15–65 лет).
- Число впервые госпитализированных в центры по лечению от наркотической зависимости (2006 г.): 9 на 100 000 населения за год. **ЕС-27: 48, СНГ-8: 40**
- Увеличение криминального ввоза наркотиков из Афганистана является ключевым фактором большего их использования в стране, и с этим связано 30–50% экономической деятельности Таджикистана.

ОЖИРЕНИЕ

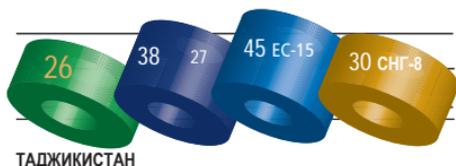
- Распространенность (2006 г.): 3% среди мужчин и 10% среди женщин.
- 14% всех смертей и около 5% бремени болезней связано с индексом высокой массы тела (2002 г.).
- 5% смертей связано с недостаточной физической активностью (2002 г.).

ПИЩЕВЫЕ ТОКСИКОИНФЕКЦИИ

- Сальмонеллёз (2006 г.): зарегистрировано 0,7% случая на 100 000 населения. **ЕС-27: 35, ЕС-15: 27, СНГ-8: 7**

ГИГИЕНА ТРУДА

- Новые случаи профессиональных заболеваний (2000 г.): 26 на 100 000 населения. **ТАДЖИКИСТАН**
- Получили травмы в результате несчастного случая на производстве (2006 г.): 2 на 100 000 населения. **ЕС-27 (2006 г.): 905, ЕС-15 (2005 г.): 1054, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 9**
- Смерть в результате несчастного случая на производстве (1991 г.): 0,4 на 100 000 населения.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Важные моменты

факторы риска

- Потребление алкоголя по-прежнему остается на сравнительно низком уровне, но, по сообщениям, этот уровень повышается, так же как и показатель незаконного употребления наркотиков.

Источники: 1, 10, 11.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Республиканский центр укрепления здоровья
- Республиканский центр по профилактике ВИЧ/СПИД
- Республиканский научный центр крови
- Республиканский центр репродуктивного здоровья
- Республиканский центр по борьбе с тропическими болезнями
- Республиканский центр по проблемам питания
- Государственный научный центр экспертизы лекарственных средств
- Государственный центр санитарно-эпидемиологического надзора (с полномочиями осуществления инспекционного контроля)
- Республиканский центр по борьбе с туберкулезом
- Республиканский центр медицинской статистики
- Республиканский центр интегрированного ведения болезней детского возраста
- Республиканский центр иммунной профилактики

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

Республиканский центр по борьбе с болезнями,
передаваемыми половым путем
Республиканский центр эндокринологии
Республиканский центр по закупке лекарственных средств
Структурные подразделения по управлению местными
департаментами здравоохранения (в рамках хукуматов),
Горно-Бадахшанская автономная область, Хатлонская и
Согдийская области и г. Душанбе.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Профессиональные ассоциации врачей и другие
медицинские профессиональные ассоциации с
ограниченным влиянием на принятие нормативных
решений.

АКАДЕМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Таджикский государственный медицинский университет
Таджикский институт усовершенствования врачей
Научно-исследовательский институт акушерства и
педиатрии
Институт профилактической медицины.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Помимо республиканского уровня, управление системой
медицинского обслуживания организовано на трех уровнях:
департаменты здравоохранения в рамках исполнительных
органов (хукуматов) областей и г. Душанбе; центральные,
районные и городские больницы, которые также выполняют
функции районных или городских департаментов
здравоохранения; и джамоатские (поселковые) органы
управления, ответственные за оказание первичной медико-
санитарной помощи на периферии.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Как организовано предоставление услуг?

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Услуги общественного здравоохранения предоставляются санитарно-эпидемиологическими службами, Институтом профилактической медицины и Национальным центром здорового образа жизни. Санитарно-эпидемиологические службы отвечают за профилактику болезней, мониторинг и борьбу с инфекционными болезнями, за гигиену труда, безопасность продуктов питания и гигиену окружающей среды.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Пунктами первичного обращения населения за медицинской помощью в сельской местности являются медицинские пункты (бывшие фельдшерско-акушерские пункты), укомплектованные одной или двумя медицинскими сестрами, акушеркой и фельдшером. Медицинские пункты проводят иммунизацию, оказывают базовую первую помощь, осуществляют патронажную работу, основную дородовую помощь и выдают направления на более высокий уровень медицинской помощи – хотя существует непосредственный доступ к врачам-специалистам и районным больницам. Следующий уровень первичной медико-санитарной помощи обеспечивают сельские амбулатории, в которых работают 4-5 врачей (обычно это врачи-специалисты), осуществляющих диагностику, базовое лечение и хирургическое вмешательство. Поликлиники в городах либо функционируют самостоятельно, либо находятся при больнице и предлагают профилактические, диагностические и реабилитационные услуги.

Стержнем новой стратегии первичной медико-санитарной помощи, которая устанавливает руководящие принципы по ведению болезней, переподготовке врачей-специалистов в

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

семейных врачей, является семейная практика. Стратегия также предлагает план подготовки медицинских сестер до уровня семейных медицинских сестер, а также проведение модернизации и рационализации инфраструктуры первичной медико-санитарной помощи.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Небольшие сельские больницы на 25–75 коек предлагают основной медсестринский уход, а также ряд врачебных и акушерских услуг. Многочисленные специализированные больницы оказывают медицинскую помощь конкретным группам населения (детям, беременным женщинам и т.д.) или отдельным пациентам. Базовая медицинская помощь вторичного уровня предоставляется районными больницами, а специализированная помощь вторичного уровня – региональными (областными или городскими). Больницы республиканского значения предлагают более сложные методы лечения и, кроме того, обычно служат также базой для обучения и проведения научных исследований.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Правительство постепенно в законодательном порядке провело приватизацию лечебно-профилактических учреждений, узаконив право собственности, привлекло частные источники финансирования для покрытия расходов здравоохранения и также разрешило предоставление врачами частных услуг на условиях полной ставки или неполной занятости. Однако развитие частного сектора в сфере медицинского обслуживания проходит медленно и в основном ограничивается аптеками и стоматологической практикой. Частных поставщиков медицинской помощи, обладающих правом собственности, все еще остается немного, но число их постепенно растет, а их услуги обычно ограничиваются проведением консультаций, диагностических процедур и амбулаторного лечения. Многие врачи, состоящие на государственной службе, дополняют свою заработную плату частными (неофициальными) платежами пациентов.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Граждане обращаются за услугами и пользуются ими в соответствии с уровнем своего дохода.
- Традиционно сложилось так, что центральное место в системе медицинского обслуживания занимают больницы, но в настоящее время планируется укрепление служб первичной медико-санитарной помощи.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Таджикистане на душу населения приходится меньшее число специалистов здравоохранения, чем в других странах Центральной Азии. Врачи преимущественно проходят узкую специализацию, но все большее их количество проходит переподготовку для того, чтобы стать врачами семейной практики. Планируется также усовершенствовать и расширить подготовку медицинских сестер. Подготовка фельдшеров уже была усовершенствована в 1996 г. до четырехлетнего курса обучения в медицинском колледже. Эти помощники врачей работают преимущественно в сельской местности, и при существующей нехватке врачей в сельской местности представляют собой важную категорию работников здравоохранения.

Работники здравоохранения являются одной из наиболее низко оплачиваемых категорий. В 2003 г. размер их зарплаты составлял лишь половину средней заработной платы и пятую часть заработной платы работников того же уровня квалификации в других отраслях. Низкая оплата труда способствовала снижению статуса этих работников, и привлечь их к работе по повышению качества услуг оказалось сложной задачей.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2006 г.)

Врачи	201	ЕС-27: 315, ЕС-15: 332, СНГ-8: 315
Стоматологи	15	ЕС-27: 62, ЕС-15: 66, СНГ-8: 25
Медсестры	447	ЕС-27: 742, ЕС-15: 794, СНГ-8: 585
Фармацевты	10	ЕС-27: 72, ЕС-15: 81, СНГ-8: 19
ВОП	21	ЕС-27: 98, ЕС-15: 103, СНГ-8: 31

БОЛЬНИЦЫ (2006 г.)

Число больниц на 100 000 чел.: 5

ЕС-27: 3, ЕС-15: 3, СНГ-8: 5

Число коек на 100 000 чел.: 612



Число госпитализаций на 100 чел.: 11

ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11

Средняя продолжительность госпитализации (дни): 12

ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

За исключением ряда травяных препаратов почти все фармацевтические средства импортируются. Поставки лекарственных средств производятся нерегулярно, а финансирование в большой степени зависит от доноров. Значительная доля стоимости фармацевтических средств покрывается из собственного кармана пациента. Еще одной проблемой является наличие на рынке многочисленных незарегистрированных лекарственных средств. Хотя в Таджикистане еще в 1994 г. принят перечень основных лекарственных средств, который ежегодно пересматривается, существует национальный формуляр лекарственных средств, и принята национальная политика в области лекарственных средств, которая регулярно контролируется, все же сфера фармацевтического производства, распределения и поставок нуждается в дальнейшем усовершенствовании.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- За последние 15 лет число врачей-специалистов значительно снизилось за счет утечки квалифицированных кадров в другие сектора, а также в результате миграции.
- Кадры здравоохранения распределены неравномерно между городской и сельской местностью.
- Работники здравоохранения преимущественно заняты в государственном секторе и имеют очень низкую заработную плату.
- В больницах проведена реорганизация с использованием более рационального подхода, при этом произошло значительное сокращение числа стационарных коек, а оставшийся коечный фонд используется более эффективно.
- За последнее десятилетие число госпитализаций сократилось вдвое, коечный фонд также претерпел значительное сокращение, но средняя продолжительность госпитализации по-прежнему высока.
- Отмечается серьезная нехватка лекарственных средств и расходных материалов.

Источник: 1.



Кто и за что платит?

Существует три источника финансовых поступлений: общий бюджет, платежи за счет личных средств населения и международные пожертвования. Общий бюджет обычно финансируется за счет подоходных налогов. Бюджет определяется Министерством финансов, которое ассигнует около 23% расходов на общественное здравоохранение Министерству здравоохранения для выполнения государственных программ здравоохранения,

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

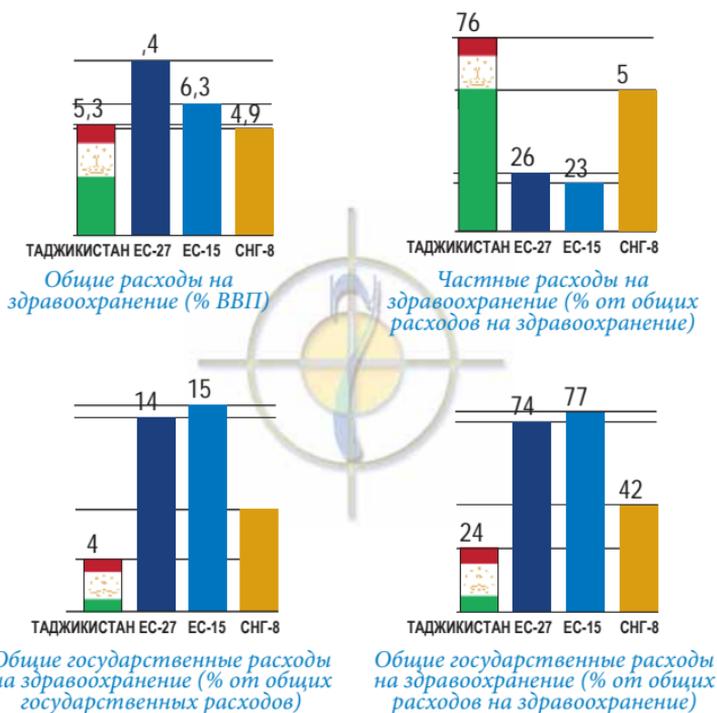
а также на нужды лечебно-профилактических учреждений республиканского значения. 77% всех расходов на общественное здравоохранение, выделяемых Министерством финансов, перераспределяется по принципу долевого местного финансирования между органами здравоохранения областей, городов и районов. По данным статистики, официальные выплаты за счет личных средств населения составляют лишь 1% от всех расходов на здравоохранение, но возможно, реально они представляют большую величину. Вместе с неофициальными выплатами платежи из личных средств населения увеличились примерно до 70% всех расходов на здравоохранение. По оценкам, донорская помощь составляет около 13% всего финансирования здравоохранения: 35% – на лекарственные средства стационарных пациентов, 22% – на капитальные расходы и службы больниц, 25% – на амбулаторные службы и 14% – на санитарно-эпидемиологические службы.

Поставщики медицинских услуг финансируются преимущественно из средств областного и районного бюджетов на основе расходов по определенным статьям за предыдущие годы, таким как размер коечного фонда и численность персонала (статьи бюджета). В настоящее время на экспериментальной основе апробируется модель выделения ресурсов на подушевой основе. Традиционно больницам выделяется большая часть (более двух третей) государственного бюджета на цели здравоохранения, тогда как первичной медико-санитарной помощи и службам общественного здравоохранения выделяется значительно меньшая часть. Правительство обязалось перераспределить расходы в 2008 г., выделяя 70% средств на первичную медико-санитарную помощь и 30% – на стационары.

Государство определяет права граждан на доступ к финансируемым государством медицинским услугам, виды и объемы которых закреплены в пакете государственных гарантий, в котором также обозначены соплатежи, требующиеся от населения. Определенные группы населения освобождаются от соплатежей, такие как ветераны Второй мировой войны, жертвы аварии на Чернобыльской атомной электростанции, дети в возрасте до пяти лет и беременные женщины. От официальных соплатежей освобождены также лица с такими

заболеваниями, как туберкулез, психические расстройства, рак, бронхиальная астма, диабет или системные заболевания крови. Однако неофициальные платежи практикуются для любых видов медицинской помощи.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств **97**

(% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Население, живущее ниже черты бедности: 75%

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Хотя переход от гражданской войны к внутренней стабильности и экономическому росту оказался быстрым, Таджикистан остается одной из беднейших стран в Европейском регионе и в мире.
- Большая часть населения испытывает серьезные проблемы обнищания, при этом более 70% пребывают в абсолютной бедности.¹
- В стране существует значительное неравенство в доходах, при этом квинтиль населения с самым высоким уровнем дохода получает 45% дохода, а квинтиль населения с самым низким уровнем дохода – лишь 7%.
- За период независимости государственные расходы на здравоохранение значительно снизились.
- В Таджикистане доля наличных платежей населения в финансировании медицинского обслуживания быстро возросла.

¹ Черта бедности определяется как минимальный уровень дохода, необходимый для обеспечения надлежащего уровня жизни. Абсолютная черта бедности – это фиксированный уровень, установленный с учетом дохода, потребительских товаров и услуг, и является стандартной пороговой величиной.

Источники: 1, 2, 8, 11, 23, 28.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

- 1994 г. Принят перечень основных лекарственных средств.
- 1997 г. Законодательно разрешена частная медицинская практика.
- 1998 г. Принята национальная политика в области лекарственных средств.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- 1999 г. Открыт факультет семейной медицины.
- 2002 г. Начали осуществляться мероприятия, предусмотренные двумя стратегическими документами по реформированию системы здравоохранения Таджикистана.
- 2004 г. Ряд полномочий по формированию политики передан областным органам управления; создан Республиканский центр по закупке лекарственных средств для обеспечения контроля качества импортируемых препаратов.
- Июль 2005 г. В масштабах всей страны введены пакет гарантированных государством услуг и официальные соплатежи за фармацевтические средства и медицинские услуги, но вскоре эта практика была приостановлена.
- Июнь 2007 г. Пакет гарантированных государством медицинских услуг повторно введен в четырех пилотных регионах, а в восьми – введены подушевые методы оплаты в системе оказания первичной медико-санитарной помощи.

Крупнейшими международными донорскими организациями, предоставляющими помощь Таджикистану, являлись: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, ЕС (Европейская комиссия, включая Генеральный директорат гуманитарной помощи), ЮСАИД, Министерство сельского хозяйства США, Исламский Банк развития, Организация стран-экспортеров нефти, Всемирный Банк, Азиатский Банк развития, Организация Объединенных Наций и Швейцарское агентство развития и сотрудничества.

Важные моменты

реформы здравоохранения

- За период после обретения независимости отмечаются медленные темпы осуществления реформ; вопросы здоровья должны занимать более весомое место на повестке дня правительства.
- За последние 18 лет донорская поддержка, которая предоставлялась в виде гуманитарной помощи, программ развития, грантов и займов, покрывала оперативные расходы в отношении служб здравоохранения и проведения реформ здравоохранения.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



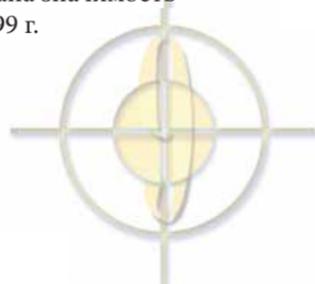
Узбекистан



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

СОХРАНЕНИЕ И ПОДГОТОВКА ПЕРСОНАЛА

Традиционно система здравоохранения была ориентирована на стационарное обслуживание, отчасти в связи с тем, что главные врачи стационаров курируют и другие медицинские услуги на участках, относящихся к больницам, и вследствие этого оказывают влияние на принятие решений в отношении выделения ресурсов в пользу стационарного обслуживания. В 2000 г. Министерство здравоохранения приняло решение о реорганизации первичной медико-санитарной помощи и других служб при технической и финансовой поддержке ВОЗ, Всемирного Банка и Азиатского банка развития. Это повлекло за собой укрепление развития первичной и семейной медицинской помощи; рационализацию и модернизацию лечебно-профилактических учреждений; введение подушевого финансирования и укрепление процесса подготовки и потенциала работников здравоохранения. Жизненно важным в данном проекте являлся компонент кадровых ресурсов, поскольку на ранних этапах его развития были внедрены программы переподготовки врачей-специалистов по специальности врачей общей практики, а позднее усовершенствованы программы подготовки медицинских сестер и фельдшеров в области первичной медико-санитарной помощи и семейной медицины. Была также акцентирована значимость открытия факультета семейной медицины в 1999 г.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Какую работу проводит Региональное бюро в Таджикистане?

Страновой офис ВОЗ в Таджикистане был создан в Душанбе в 1992 г. В период 2006-2007 гг. Региональное бюро оказывало поддержку Таджикистану в следующих сферах:

- укрепление системы здравоохранения;
- охрана здоровья матерей, детей и подростков;
- надзор за инфекционными болезнями и борьба с ними;
- безопасность окружающей среды, в частности, безопасность воды; и
- готовность и реагирование при чрезвычайных ситуациях.

В период 2007–2008 гг. Региональное бюро оказывает поддержку Таджикистану в следующих сферах:

- укрепление основных функций системы здравоохранения;
- улучшение надзора за инфекционными болезнями и борьбы с ними;
- снижение уровней заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности в результате неинфекционных болезней;
- улучшение рациона питания и безопасности продуктов питания;
- укрепление здоровья матерей, детей и подростков; и
- готовность и реагирование при чрезвычайных ситуациях.



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Евразиянет Таджикистан

<http://www.EC-rasianet.org/resource/tajikistan/index.shtml>

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-сайт страны)

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

Правительство Таджикистана

<http://www.tjus.org/Government.htm>

Министерство здравоохранения Таджикистана

<http://www.health.tj>

Фонд помощи Института «Открытое общество – Таджикистан»

<http://www.soros.org/about/foundations/tajikistan>

Координатор проекта ОБСЕ в Душанбе

<http://www.osce.org/dushanbe>

Государственный комитет статистики

<http://www.stat.tj>

ЮНЭЙДС (веб-сайт страны)

<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/tajikistan.asp>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны)

<http://www.unicef.org/infobycountry/Tajikistan.html>

ПРООН (веб-сайт страны)

<http://www.undp.tj>

http://hdrstats.undp.org/countries/data_sheets/cty_ds_TJK.html

ЮНФПА (веб-сайт страны)

<http://tajikistan.unfpa.org/stronger.htm>

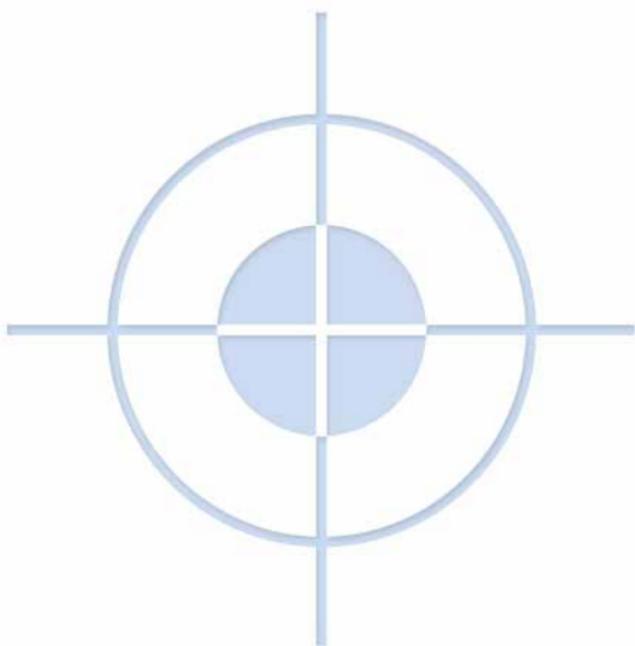
ВОЗ (веб-сайт страны)

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

Миссия Всемирного Банка в Таджикистане

<http://www.worldbank.org/tj>

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

в странах Кавказа и Центральной Азии

149



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ТУРКМЕНИСТАН



TÜRKMENISTAN

ПЛОЩАДЬ (км)

488 000

Чуть больше Швеции

10% от площади СНГ-8 **ЕС-27: 4,3 млн.,**
ЕС-15: 3,2 млн., СНГ-8: 4,2 млн.

НАСЕЛЕНИЕ (2007 г.)

5 млн. человек

Приблизительно вдвое меньше, чем в Венгрии, 1% от населения ЕС-27 и 6,5% от населения СНГ-8 **ЕС-27: 490 млн. человек,**
ЕС-15: 387 млн. человек, СНГ- 8: 75 млн. человек

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ

туркмены – 85%, узбеки – 5%, русские – 4%,
другие национальности – 6%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время, ЕС-15: страны-члены ЕС

- ЯЗЫК** туркменский – 72%, русский – 12%,
узбекский – 9%, прочие – 7%
- ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ** Республика
- РЕЛИГИЯ** мусульмане – 75%, православные христиане
– 20%, прочие – 5%
- ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ** 1991 г.
- ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ** 1680 долл. США
(2008 г.) 5% от среднего для ЕС-27 и 120% от среднего
для СНГ-8 **ЕС-27: 36 000 долл. США,**
ЕС-15: 51 000 долл. США,
СНГ- 8: 3570 долл. США
по паритету покупательной способности:
7210 долл. США **ЕС-27: 30 275 долл. США,**
ЕС-15: 38 600 долл. США,
СНГ-8: 5950 долл. США
- АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ** пять областей
- НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА** Манат
1 манат = 0,351 долл. США
1 долл. США = 2,85 манатов (2009 г.)
- ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.)** 0,713
- УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.)** 19%
ЕС-27: 8,5%, ЕС-15: 6,3%, СНГ- 8: 6,5%
- ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ:** МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, ВБ.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники: 1–6, 27.

ЗДОРОВЬЕ SAGLYK



Туркменистан



Узбекистан

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Соотношение мужчин и женщин (2004 г.)

0,99 мужчин на одну женщину

Городское население (2004 г.)

46% **ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%**

Возрастная структура 0–14 лет 39%

(1998 г.)

ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%

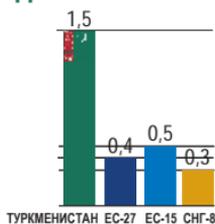
≥65 лет 4%

ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

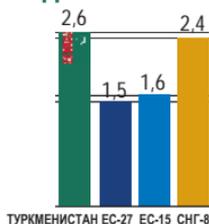
Коэффициент демографической нагрузки (2004 г.)

60% **ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%**

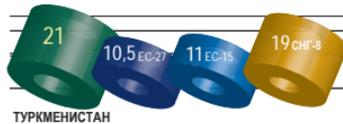
ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА



Ежегодный прирост населения (%)



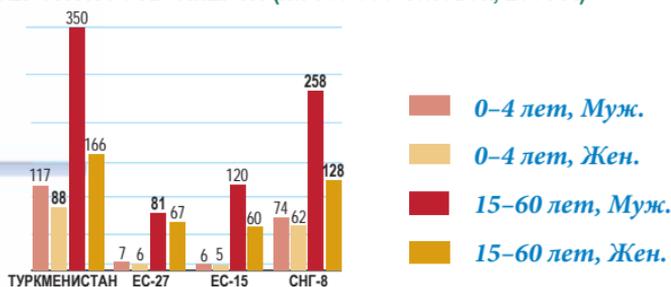
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ (на 100 000 человек, 2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы, 2004 г.)

Все население	60	<i>ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 68</i>
Мужчины	56	<i>ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64</i>
Женщины	65	<i>ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)				Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)		
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Туркменистан	54	52	57	9	11	12	14
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

В последнее десятилетие в Туркменистане наблюдается следующая картина:

- Значительный прирост населения.
- Самый низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни у мужчин в Европейском регионе ВОЗ.
- Преобладает молодое население.
- Один из самых высоких коэффициентов рождаемости в Европейском регионе ВОЗ.

Источники: 1-7

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



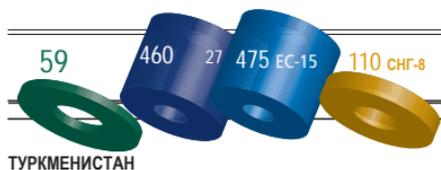
Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности, так как на них приходится 45% от общего числа смертей. (2002 г.).
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти в 1998 г. являлись следующие:
 - болезни системы кровообращения: 844 смерти на 100 000 населения;
 - ишемическая болезнь сердца: причина 10% бремени болезней и 28% всех смертей; 440 смертей на 100 000 населения;
 - цереброваскулярные болезни: причина 5% бремени болезней, 86 смертей на 100 000 населения;
 - согласно оценкам, высокое кровяное давление является причиной смерти 6% мужчин и 8% женщин.

РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ)

- Рак является причиной 98 смертей на 100 000 населения (1998 г.).
- В стране регистрируется 59 новых случаев рака на 100 000 населения за год (2006 г.).
- В стране регистрируются новые случаи рака на 100 000 населения (2006 г.): 7 случаев рака шейки матки (**СНГ-8: 10**); 11 случаев рака молочной железы (**СНГ-8: 16**) и 3,8 случая рака легких (**ЕС-27: 54, ЕС-15: 54, СНГ-8: 13**).



ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 0,1% (1998 г.).
- Диабет ежегодно является причиной 20 смертей на 100 000 населения (1998 г.).

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

В стране на 100 000 населения за год регистрируется:

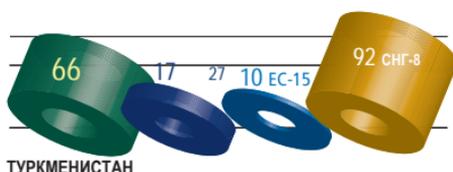
- 86 новых случаев психических заболеваний (2006 г.). **СНГ-8: 100**
- 11 случаев самоубийств или преднамеренных самоповреждений (1998 г.).
- 0,2 случая алкогольного психоза (2006 г.). **СНГ-8: 43**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Они являются причиной 63 смертей на 100 000 населения и 5% всех смертей за год (1998 г.).
- Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий являются причиной 8,5 смертей на 100 000 населения за год (1998 г.).

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются причиной 4% всех случаев смерти (2003 г.).
- Регистрируется 66 новых случаев туберкулеза на 100 000 населения за год (2006 г.).
- В 2000-2006 гг. не было официально зарегистрировано новых случаев ВИЧ-инфекции. **ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5(2006 г.)**
- Показатели инфекций, передаваемых половым путем, в 2002 г. были низкими, но в последующие годы значительно возросли:
 - 0,7 новых случаев сифилиса на 100 000 населения (2002 г.); **ЕС-27: 4 (2007 г.), ЕС-15: 3 (2004 г.) СНГ-8: 14 (по последним имеющимся данным)**
 - 5 новых случаев гонококковой инфекции на 100 000 населения (2002г.). **ЕС-27: 8 (2007 г.), ЕС-15: 9 (2006 г.), СНГ-8: 21(по последним имеющимся данным)**



ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Показатель младенческой смертности высокий: 33 смерти на 1000 живорожденных (1998 г.).
- Охват иммунизацией вакциной АКДС-3: 99% (2005 г.). **ЕС-27: 95%, ЕС-15: 95%, СНГ-8: 94%**
- Показатель смертности от диарейных заболеваний среди детей в возрасте до пяти лет крайне высок и составляет

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



156 смертей на 100 000 населения (1998 г.), данные за последующие годы отсутствуют. *ЕС-27: 0,6 (2006 г.), ЕС-15: 0,3 (2006 г.), СНГ-8: 37 (по последним имеющимся данным)*

ДЕСЯТЬ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1. Ишемическая болезнь сердца	28
2. Гипертензивная болезнь сердца	12
3. Инфекции нижних дыхательных путей	9
4. Цереброваскулярные болезни	5
5. Туберкулез	4
6. Цирроз печени	3
7. Диарейные заболевания	3
8. Состояния, возникающие в перинатальном периоде	2
9. Преднамеренное самоповреждение	1
10. Сахарный диабет	1

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В ТУРКМЕНИСТАНЕ, СНГ-8 И ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней (%)			
	Туркменистан	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	27	22	14	12
Психоневрологические расстройства	13	16	30	32
Непреднамеренные травмы	8	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	9	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3	5	ДО:	ДО:
Болезни органов пищеварения	7	6	5	4
Респираторные инфекции	9	6	ДО:	ДО:
Болезни органов дыхания	3	4	6	7
Рак (злокачественные новообразования)	5	6	13	13
Болезни органов чувств	4	4	4	4
Все неинфекционные болезни	0	2	7	4
Все инфекционные болезни	9	7	2	2
Все травмы	11	11	11	10

ДО: данные отсутствуют.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Важные моменты

состояние здоровья населения

- Показатели смертности от инфекционных, паразитарных болезней и диабета – одни из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ.
- Растущей проблемой являются болезни органов дыхания и пищеварения.
- Показатель насильственной смерти в Туркменистане довольно низкий по сравнению с соседними странами и странами ЕС.
- Хотя по статистике уровень ВИЧ-инфицирования низкий, существует вероятность его повышения из-за распространения небезопасного секса и роста потребления наркотиков.
- По оценочным данным, только 55% населения имеет доступ к безопасной питьевой воде.

Источники: 1, 5, 6, 8, 9.



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых: 14% населения (регулярные курильщики) (1990 г.).
- На курение приходилось 5% бремени болезней, и оно являлось причиной 588 смертей на 100 000 населения в 1998 г.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя составляет 0,7 литра на человека в год (2003 г.). **ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5**
- Потребление алкоголя является основным фактором риска среди мужчин, и на него приходится 6% всего бремени болезней и 9% бремени болезней среди мужчин (2002 г.).
- Ежегодно потребление алкоголя является причиной 131 смерти на 100 000 населения (1998 г.).

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- За последние десятилетия зарегистрированное число людей, употребляющих наркотики, значительно возросло, так как Туркменистан все в большей мере используется в качестве транзитной страны на пути наркотрафика из Афганистана.
- Распространенность злоупотребления опиатами составляет 0,3% за год (для населения в возрасте 15–65 лет) (1998 г.).
- Количество первичных госпитализаций в наркологические центры составляет 65 на 100 000 населения в год (1997 г.).

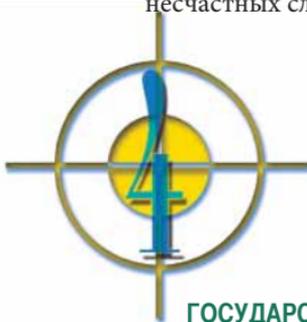
ОЖИРЕНИЕ

- Распространенность (2006 г.): от ожирения страдают 9% мужчин и 15% женщин.
- 16% всех случаев смерти и 7% бремени болезней связывают с высоким индексом массы тела (2002 г.).
- 6% случаев смерти и 2,5% бремени болезней связывают с недостаточной физической активностью (2002 г.).

ГИГИЕНА ТРУДА

- В стране регистрируется 212 новых случаев профессиональных болезней на 100 000 населения за год (1992 г.).
- Регистрируется 3,5 случая смерти на 100 000 населения из-за несчастных случаев на производстве (1991 г.).

Источники: 1, 10, 11.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Кабинет министров
Министерство здравоохранения и медицинской промышленности
Государственный фонд развития здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Санитарно-эпидемиологическая служба

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ПАРЛАМЕНТ

Меджлис

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Профсоюз работников здравоохранения

АКАДЕМИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ / ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Туркменский государственный медицинский институт

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Ашхабадское городское управление здравоохранения, и губернаторы каждой из пяти территориальных областей.



Как организовано предоставление услуг?

В основу организационной структуры положена модель, действовавшая в советской системе, где существовали различия в медицинском обслуживании между городской и сельской местностью. За последнее время эта традиционная система претерпела изменения, которые изложены ниже.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ)

Санитарно-эпидемиологическая инспекция находится в столице Туркменистана Ашхабаде, а ее подразделения – во всех областных и районных центрах. Подразделения санитарно-эпидемиологической службы отвечают за осуществление контроля над воздействием на здоровье населения факторов окружающей среды, предупреждение распространения инфекционных заболеваний, гигиену труда и безопасность продуктов питания. Министерство здравоохранения и

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Туркменистан



Узбекистан

медицинской промышленности является официальным органом, отвечающим за медицинское просвещение, а медицинские учреждения первичного уровня ответственны за предоставление других услуг по укреплению здоровья населения.



ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

В сельской местности пунктами первичного обращения за медико-санитарной помощью являются сельские центры здоровья. Кадровый состав в таких центрах может быть различным: фельдшеры, акушерки и медсестры, или медсестры и врачи, которые могут быть врачами-специалистами и/или семейными врачами. Эти центры также обеспечивают иммунизацию населения, основную первичную медицинскую помощь, помощь на дому, основную дородовую помощь, а также здесь выдаются направления к врачам-специалистам. В небольших сельских больницах также традиционно проводят некоторые виды амбулаторного лечения, но в настоящее время все большее число таких больниц закрывают или преобразовывают в центры здоровья. Первичную медико-санитарную амбулаторную помощь в городах предоставляют поликлиники, которые теперь называются городскими центрами здоровья. Специализированные службы неотложной медицинской помощи имеются как в крупных городах, так и в областных и районных центрах.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Вторичную медицинскую помощь предоставляют больницы общего профиля на областном, районном и городском уровнях, а также специализированные больницы. В Ашхабаде клинические больницы проводят вторичное и более сложное третичное стационарное лечение. Кроме случаев неотложной помощи, госпитализация производится при наличии направления, выданного на первичном уровне: при отсутствии направления все стационарные услуги оплачиваются из личных средств пациента. Лечение, требующее сложных вмешательств, по-прежнему обеспечивают больницы республиканского значения. Сеть современных стационаров имеется как в Ашхабаде, так и в областных веляятских центрах. Международный медицинский центр, открытый в Ашхабаде

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

в 1998 г., предоставляет довольно широкий и разнообразный спектр диагностических и лечебных услуг, он оснащен оборудованием, которое поступило либо в виде гуманитарной помощи, либо было закуплено, а медицинский персонал прошел подготовку за рубежом.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

Роль частного сектора очень невелика и в основном ограничивается стоматологической практикой и аптеками. Центры здоровья и почти все больницы по-прежнему остаются в государственном секторе.

Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Медицинское обслуживание в больших городах более доступно, чем в сельских и отдаленных районах.
- В медико-профилактических учреждениях первичного уровня постепенно услуги специалистов замещаются семейной практикой.
- Приватизация в секторе здравоохранения пока играет незначительную роль.
- Проблема качества первичной и вторичной медицинской помощи требует безотлагательного внимания.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Со времени обретения независимости во многих областях страны количество медицинского персонала сократилось. Это в первую очередь касается врачей и медсестер, их осталось критически мало по сравнению с этим показателем в странах ЕС.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

По примеру соседних стран Туркменистан тоже предпринял шаги для перехода к семейной практике. По сообщениям, в 2005 г. около 11 000 медицинских работников прошли переподготовку и получили квалификацию семейных врачей, семейных медсестер и вспомогательного медицинского персонала семейной практики.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2006 г.)

Врачи	249	ЕС-27: 315, ЕС-15: 332, СНГ-8: 315
Стоматологи	14	ЕС-27: 62, ЕС-15: 66, СНГ-8: 25
Медсестры	449	ЕС-27: 742, ЕС-15: 794, СНГ-8: 585
Фармацевты	20	ЕС-27: 72, ЕС-15: 81, СНГ-8: 19

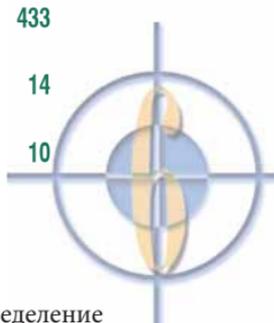
БОЛЬНИЦЫ (2006 г.)



Число больничных коек на 100 000 чел:
ЕС-27: 576, ЕС-15: 564, СНГ-8: 559

Число госпитализаций на 100 чел. в год:
ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11

Средняя продолжительность госпитализации (дней):
ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11



ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Министерство здравоохранения и медицинской промышленности координирует поставки и распределение лекарственных средств, а также регулирует их цены. Существует также неофициальная торговля лекарствами. Владелец большинства аптек является государство. Не существует данных относительно назначений лекарственных средств и уровня их потребления, а также информации от потребителей об их качестве и безопасности. Перечень основных лекарственных средств утвержден в 1997 г. и регулярно обновляется.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Существует недостаточный доступ к медицинской литературе и Интернету как для населения, так и для специалистов здравоохранения.
- В городах наблюдается значительная нехватка квалифицированного медицинского персонала, но особенно серьезно эта проблема ощущается в сельских районах.
- Со времени обретения независимости недостаточное инвестирование привело к серьезной нехватке лекарств и медицинского оборудования, а также к серьезному ухудшению состояния зданий медицинских учреждений, особенно в сельской местности.
- За последние два десятилетия коечный фонд в больницах был значительно сокращен.
- Для повышения квалификации и профессионального уровня медицинского персонала необходимы вложение значительных средств в медицинское образование и подготовку кадров, а также стандартизация программ обучения в соответствии с международными требованиями.

Источник: 1.



Кто и за что платит?

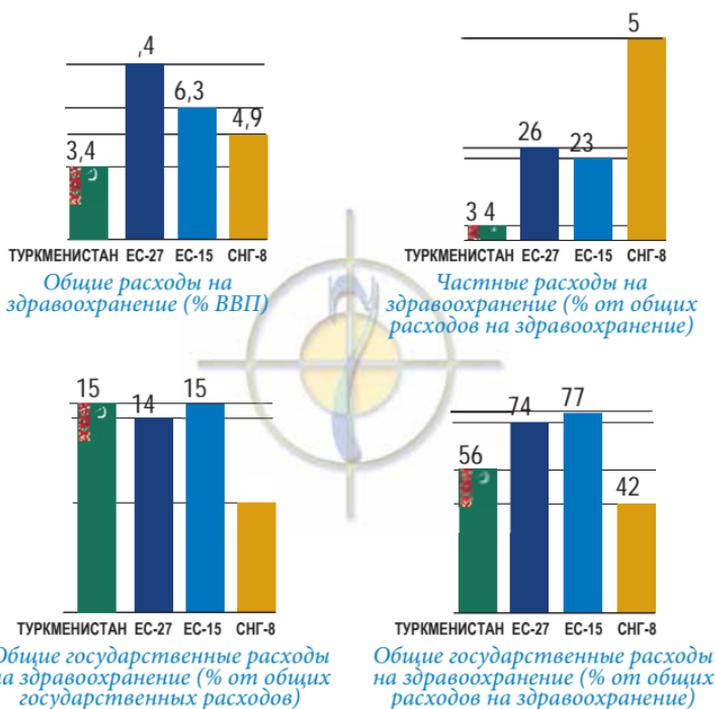
Система здравоохранения в основном финансируется из средств государственного бюджета, складывающихся из общенациональных ресурсов и налогообложения на доходы, товары и природные ресурсы. Правительство регулирует систему добровольного медицинского страхования и вносит небольшую долю в фонды. Сокращение государственного финансирования в течение последних двух десятилетий привело к увеличению доли официальных и неофициальных платежей из личных средств пациентов и значительному увеличению, таким

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

образом, зарплаты медицинских работников. В течение последнего десятилетия Государственный фонд развития здравоохранения осуществлял дополнительное ассигнование сферы фармацевтических средств, медицинских исследований и медицинских технологий. В этот фонд поступают средства из различных источников, таких как: оплата регистрации, сертификации и штрафов, а также денежные пожертвования, взносы в фонд добровольного медицинского страхования и др. Зарубежная помощь и займы покрывают лишь небольшую часть оперативных расходов на медицинское обслуживание.

Больницы и медицинские центры финансируются по таким статьям, как зарплата, коечный фонд, лекарственные средства, продукты питания, техническое обслуживание и капитальный ремонт зданий.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств 100

(% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- В первые годы после обретения страной независимости уровень государственного финансирования здравоохранения снизился, но в последующие годы возрос.
- Поэтапно вводилась плата за пользование медицинскими услугами.
- При помощи схемы добровольного медицинского страхования покрываются платежи за медицинские услуги и соплатежи за лекарственные средства.

Источники: 1, 2, 12, 19, 24, 28.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

За последние два десятилетия реформа в области здравоохранения прошла следующие этапы:

- 1995 г. Для определенных групп населения отменена плата за медицинские услуги.
- 1996 г. Издан Указ президента об обязательном йодировании соли и обогащении муки железом; разрешена приватизация аптек и стоматологической практики; внедрена схема государственного добровольного медицинского страхования.
- 1995-2000 гг. Предприняты меры по улучшению системы водоснабжения и очистки питьевой воды.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

- 1998 г. Принята программа всестороннего реформирования здравоохранения, предполагавшая реформирование системы финансирования, развитие первичной медицинской помощи, сокращение чрезмерного коечного фонда больниц и подготовку персонала; реформированы санитарно-эпидемиологическая служба и система первичной медико-санитарной помощи.
- 2004 г. Введена система оплаты гражданами более широкого спектра медицинских услуг.
- 2007 г. Принята государственная программа улучшения условий жизни населения, и составлены планы по улучшению инфраструктуры, оборудования, снабжения электроэнергией и водой сельских и районных медицинских учреждений и станций скорой помощи, а также по совершенствованию подготовки медицинских кадров.

Особенно активными в оказании донорской помощи были такие организации, как ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНФПА, УВКБ, ЮНИСЕФ, УНПООН, ВОЗ и Всемирный Банк.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- Реформы системы здравоохранения в основном состояли из поэтапных мероприятий; необходимо разработать более систематический подход к проведению реформ.
- По сравнению с соседними странами уровень помощи развитию Туркменистана при проведении реформ в сфере здравоохранения был незначительным.

Источники: 2, 24, 25.



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

ВСЕОБЩАЯ ЙОДИЗАЦИЯ СОЛИ

В 1996 г. был издан Указ президента об обязательной йодизации соли и обогащении муки железом, а в 2004 г. страна получила международный сертификат за успешное выполнение этой программы. Таким образом, Туркменистан стал первой страной в Центральной Азии и четвертой страной в мире, достигшей оптимального уровня потребления йода. Успех программы всеобщей йодизации соли способствует выполнению других связанных с питанием программ, таких как обогащение муки железом, которая сейчас осуществляется 17-ю из 18 крупнейших мукомольных предприятий Туркменистана.



Какую работу проводит Региональное бюро в Туркменистане?

Страновой офис ВОЗ в Туркменистане был открыт в 1995 г. в Ашхабаде. В 2006–2007 гг. основными областями, в которых Региональное бюро оказывало поддержку Туркменистану, являлись:

- улучшение здоровья матерей и детей;
- повышение уровня финансирования здравоохранения;
- улучшение экологической обстановки и укрепление здоровья населения;
- профилактика инфекционных заболеваний и борьба с ними;
- разработка национальной политики в отношении лекарственных средств.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Туркменистан



Узбекистан

В 2008-2009 гг. Региональное бюро предоставляет поддержку стране в следующих областях:

- укрепление системы здравоохранения;
- улучшение здоровья матерей и детей;
- усиление системы надзора за инфекционными болезнями и борьбы с ними;
- предотвращение и сокращение заболеваемости, связанной с неинфекционными болезнями, нарушениями психического здоровья, насилием и травматизмом.



ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Евразиянет Туркменистан

<http://www.eurasianet.org/resource/turkmenistan/index.shtml>

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-сайт страны)

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

Правительство Туркменистана

<http://turkmenistan.gov.tm>

ООН-СПИД (веб-сайт страны)

<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/turkmenistan.asp>

ЮНЭЙДС (веб-сайт страны)

<http://www.undptkm.org>

ЮНФПА (веб-сайт страны)

<http://turkmenistan.unfpa.org/stronger.htm>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны)

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

ВОЗ (веб-сайт страны)

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

Миссия Всемирного Банка в Туркменистане

<http://www.worldbank.org/tm>



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



УЗБЕКИСТАН



О'ЗБЕКИСТОН

ПЛОЩАДЬ (км²)

447 400

Примерно соответствует площади Швеции
11% от площади СНГ-8 **ЕС-27: 4,3 млн.,**
ЕС-15: 3,2 млн., СНГ-8: 4,2 млн.

НАСЕЛЕНИЕ (2007 г.)

27,0 млн. человек

Приблизительно на 5 млн. человек больше
численности населения Румынии, и 5,5% от
населения ЕС-27 **ЕС-27: 490 млн. человек,**
ЕС-15: 387 млн. человек, СНГ-8: 75 млн.
человек

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ узбеки – 80%, русские – 5,5%, таджики
– 5%, казахи – 3%, каракалпаки – 2,5%,
татары – 1,5%, другие национальности – 2,5%

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ЯЗЫК узбекский – 74%, русский – 14%, таджикский – 4%, другие – 8%

ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВЛЕНИЯ Республика

РЕЛИГИЯ мусульмане – 88% (преимущественно сунниты), православные христиане – 9%, иудеи и прочие – 3%

ОБРЕТЕНИЕ НЕЗАВИСИМОСТИ 1991 г.

ВВП НА ДУШУ НАСЕЛЕНИЯ 1030 долл. США
(2008 г.) 3% от среднего для ЕС-27 и 29% от среднего для СНГ-8 **ЕС-27: 36 000 долл. США, ЕС-15: 51 000 долл. США, СНГ-8: 3570 долл. США**

по паритету покупательной способности 2 650 долл. США 7% от среднего для ЕС-27 **ЕС-27: 30 275 долл. США, ЕС-15: 38 600 долл. США, СНГ-8: 5950 долл. США**

АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ ДЕЛЕНИЕ

12 областей, 1 автономная республика и 1 город республиканского значения

НАЦИОНАЛЬНАЯ ВАЛЮТА Сум

1 сум = 0,00079 долл. США (в 2009 г.)
1 долл. США = 1434 сум

ИНДЕКС ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (2008 г.) 0,702

УРОВЕНЬ БЕЗРАБОТИЦЫ (2008 г.) 0,9%

ЕС-27: 8,5, ЕС-15: 6,3%, СНГ-8: 6,5%

ЯВЛЯЕТСЯ ЧЛЕНОМ МВФ, ОБСЕ, ООН, ВОЗ, ВБ, ВТО (наблюдатель)

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Источники 1–5 27

ЗДОРОВЬЕ SOG'LIK

ДЕСЯТЬ ВОПРОСОВ

Каковы важнейшие демографические характеристики страны?

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА (2005 г.)

Соотношение мужчин и женщин

0,98 мужчин на одну женщину

Городское население 37% *ЕС-27: 74%, ЕС-15: 77%, СНГ-8: 64%*

Возрастная структура 0–14 лет 33%

ЕС-27: 16%, ЕС-15: 16%, СНГ-8: 29%

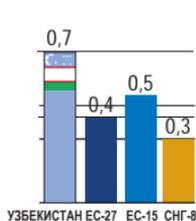
≥65 лет 4,5%

ЕС-27: 17%, ЕС-15: 17%, СНГ-8: 7%

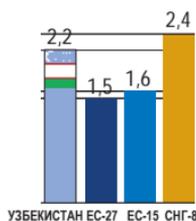
Коэффициент демографической нагрузки

60% *ЕС-27: 49%, ЕС-15: 50%, СНГ-8: 58%*

ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА (2005 г.)



Ежегодный прирост населения (%)



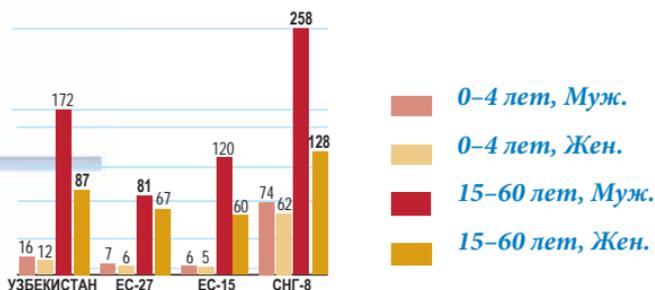
Коэффициент фертильности (среднее количество детей, рожденных одной женщиной в течение жизни)



Коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения за год)

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ВЕРОЯТНОСТЬ СМЕРТИ на 100 000 человек, (2004 г.)



ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ (годы, 2004 г.)

Все население	72	<i>ЕС-27: 78, ЕС-15: 79, СНГ-8: 68</i>
Мужчины	70	<i>ЕС-27: 75, ЕС-15: 76, СНГ-8: 64</i>
Женщины	74	<i>ЕС-27: 81, ЕС-15: 82, СНГ-8: 72</i>

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗДОРОВОЙ ЖИЗНИ (2002 г.)

	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы)					Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%)	
	При рождении			В возрасте 60 лет		Муж.	Жен.
	Всего	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		
Узбекистан	59	58	61	11	13	12	14
ЕС-27	69	67	71	15	18	9	11
ЕС-15	71	69	73	15	18	9	11
СНГ-8	58	56	60	10	13	12	14

Важные моменты

демографические тенденции

За последнее десятилетие в Узбекистане произошли следующие изменения:

- Значительное снижение коэффициентов фертильности и рождаемости, хотя их значения все еще превышают значения этих коэффициентов в странах ЕС.
- Снижение числа смертей среди детей в возрасте до пяти лет.
- Повышение коэффициентов смертности среди взрослого мужского и женского населения.
- Бедность и миграция оказывают влияние на демографическую структуру населения.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

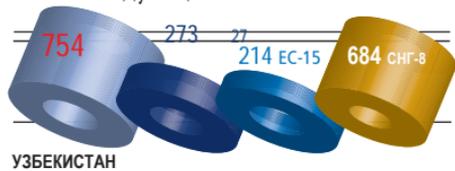
Источники: 1, 2, 6-8.



Каковы основные проблемы здоровья жителей страны?

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ БОЛЕЗНИ

- Эти болезни являются основной причиной смертности: на них приходится 56% всех случаев смерти (2003 г.).
- В рамках этой нозологической группы основными причинами смерти являются следующие:
 - болезни системы кровообращения (2005 г.): 754 смерти на 100 000 населения;
 - ишемическая болезнь сердца (2005 г.): является причиной 381 смерти на 100 000 населения и 9% бремени болезней; **ЕС-27: 103, ЕС-15: 82, СНГ-8: 350**
 - цереброваскулярные болезни (2005 г.): являются причиной 178 смертей на 100 000 населения, 4% бремени болезней и 14% всех случаев смерти;
 - высокое кровяное давление является причиной приблизительно 6% смертей среди мужчин и 7% смертей среди женщин (2003 г.).



РАК (ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ)

- Онкологические заболевания являются причиной: 7% всех случаев смерти (2003 г.).
- Рак является причиной 77 случаев смерти на 100 000 населения (2005 г.).
- Регистрируется 66 новых случаев рака на 100 000 населения за год (2005 г.). **ЕС-27: 460, ЕС-15: 475, СНГ-8: 110**



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- Новые случаи на 100 000 населения за год (2005 г.): рак шейки матки: 7 (**СНГ-8: 10**); рак молочной железы: 12,5 (**СНГ-8: 16**); и рак легких: 4,5 (**ЕС-27: 54, ЕС-15: 54, СНГ-8: 13**).

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- Хроническая обструктивная болезнь легких является причиной 2% всех случаев смерти и 4% бремени болезней (2002 г.).

ДИАБЕТ

- Распространенность диабета составляет 0,4% (2005 г.).
- Диабет является причиной 30 случаев смерти на 100 000 населения за год (2005 г.), что является относительно высоким показателем. **ЕС-27: 14, ЕС-15: 14, СНГ-8: 25**

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

На 100 000 населения за год:

- Новые случаи психических расстройств (2005 г.): 130. **СНГ-8: 100**
- Случаи самоубийств или смерти в результате преднамеренных самоповреждений (2005 г.): 6. **ЕС-27: 11, ЕС-15: 10, СНГ-8: 8**
- Новые случаи алкогольного психоза (2005 г.): 2. **СНГ-8: 43**

НЕПРЕДНАМЕРЕННЫЕ ТРАВМЫ

- Они являются причиной 49 случаев смерти на 100 000 населения за год (2005 г.). **ЕС-27: 42, ЕС-15: 36, СНГ-8: 61**
- Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий являются причиной 11 случаев смерти на 100 000 населения за год (2005 г.). **ЕС-27: 9, ЕС-15: 8, СНГ-8: 9**

ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ

- Инфекционные болезни являются причиной 2% всех случаев смерти (2003 г.).
- Туберкулез (2006 г.): 89 новых случаев на 100 000 населения за год. **ЕС-27: 17, ЕС-15: 10, СНГ-8: 92**
- Новые случаи ВИЧ-инфекции (2006 г.): 8 на 100 000 населения. **ЕС-27: 6, ЕС-15: 6, СНГ-8: 5**



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Уровни болезней, передаваемых половым путем, являются высокими по сравнению с их уровнями в ЕС (на 100 000 населения):

- новые случаи сифилиса (2007 г.): 12;
ЕС-27 (2007 г.): 4, ЕС-15 (2004 г.): 3, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 14
- новые случаи гонококковой инфекции (2007 г.): 22.
ЕС-27 (2007 г.): 8, ЕС-15 (2006 г.): 9, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 21

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- Младенческая смертность (2005 г.): 15 случаев смерти на 1000 живорожденных. *ЕС-27: 5, ЕС-15: 4, СНГ-8: 19*
- Охват иммунизацией АКДС-3 (2006 г.): 95%.
ЕС-27: 95, ЕС-15: 95, СНГ-8: 94
- Смертность от диарейных заболеваний среди детей в возрасте до 5 лет (2005 г.): 2 на 100 000 населения.
ЕС-27: 0,6, ЕС-15: 0,3, СНГ-8: 37

10 ОСНОВНЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ В СТРАНЕ (2003 г.)

Причина	Общее число смертей (%)
1 Ишемическая болезнь сердца	32,5
2 Цереброваскулярные болезни	14
3 Инфекции нижних дыхательных путей	6
4 Гипертензивная болезнь сердца	5
5 Цирроз печени	4
6 Состояния, возникающие в перинатальном периоде	3
7 Воспалительные болезни сердца	3
8 Туберкулез	3
9 Хроническая обструктивная болезнь легких	2
10 Сахарный диабет	2

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

БРЕМЯ БОЛЕЗНЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ, СНГ-8 И ЕС (2002 г.)

Причина	Доля бремени болезней (%)			
	Узбекистан	СНГ-8	ЕС-27	ЕС-15
Сердечно-сосудистые болезни	23	22	14	12
Психоневрологические расстройства	17	16	30	32
Непреднамеренные травмы	8	8	8	7
Инфекционные и паразитарные болезни	6	7	2	2
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	7	5	ДО	ДО
Болезни системы пищеварения	5	6	5	4
Респираторные инфекции	7	6	ДО	ДО
Болезни органов дыхания	4	4	6	7
Рак (злокачественные новообразования)	5	6	13	13
Болезни органов чувств	5	4	4	4
Все неинфекционные болезни	5	2	7	4
Все инфекционные болезни	6	7	2	2
Все травмы	10	11	11	10

ДО: данные отсутствуют

Важные моменты

состояние здоровья населения

- Заметно снизились коэффициенты материнской смертности, хотя они все еще остаются на более высоком уровне, чем средние значения в Европейском регионе ВОЗ.
- Неинфекционные болезни являются причиной 90% случаев смерти.
- Повышаются уровни туберкулеза, ВИЧ-инфекции и болезней, передаваемых половым путем.
- Данные по онкологической смертности занижены.

Источники: 1, 2, 5, 8, 9.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Каковы основные факторы риска в стране?

КУРЕНИЕ

- Распространенность курения среди взрослых составляет 13%: 24% мужчин и 1% женщин (2002 г.).
ЕС-27: 28, ЕС-15: 28, СНГ-8: 22
- На курение приходится 4% бремени болезней, и оно является причиной 609 случаев смерти на 100 000 населения (2005 г.). *ЕС-27: 240, ЕС-15: 200, СНГ-8: 622*

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

- Общий зарегистрированный уровень потребления алкоголя (2003 г.): 1 литр на человека в год *ЕС-27: 9,0, ЕС-15: 9,4, СНГ-8: 1,5*
- На потребление алкоголя приходится 5% всего бремени болезней и 7% бремени болезней среди мужчин (2003 г.).
- Смертность, связанная с потреблением алкоголя (2005 г.): 111 случаев смерти на 100 000 населения.
ЕС-27: 67, ЕС-15: 58, СНГ-8: 124

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАПРЕЩЕННЫХ НАРКОТИКОВ

- Число впервые госпитализированных в наркологические центры (2005 г.): 11 на 100 000 населения за год.
ЕС-27: 48, СНГ-8: 40
- Наиболее распространенным запрещенным наркотиком является марихуана: ее употребляли 4% населения в возрасте 15–65 лет (2003 г.).
- Распространенность злоупотребления опиатами (2006 г.): 0,8% (15–65 лет).
- Распространенность злоупотребления амфетаминами (1997 г.): 0,01%.

ОЖИРЕНИЕ

- Распространенность (2006 г.): 18% мужчин и 7% женщин.
- 15% всех случаев смерти и 6% бремени болезней связаны с высоким индексом массы тела (2002 г.).

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

- 8% случаев смерти и 2,5% бремени болезней связаны с недостаточной физической активностью (2002 г.).

ГИГИЕНА ТРУДА

- Новые случаи профессиональных болезней на 100 000 населения (2000 г.): 1,5. *ЕС-27 (2005 г.): 39, ЕС-15 (1999 г.): 45, СНГ-8 (по последним имеющимся данным): 30*

Источники: 1, 7, 10, 11.



Кто есть кто в отрасли здравоохранения страны?

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

Министерство здравоохранения

УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ВВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Фармацевтический институт
Республиканский центр экстренной медицинской помощи
Республиканский центр СПИД
Институт здоровья
17 научно-исследовательских институтов и центров

ПАРЛАМЕНТ

Олий Мажлис: Комитет по труду и социальным вопросам
и комитеты по вопросам здравоохранения

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ АССОЦИАЦИИ

Ассоциация врачей
Ассоциация стоматологов
Ассоциация психиатров
Ассоциация дерматологов и венерологов

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

АКАДЕМИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ВЫСШИЕ УЧЕБНЫЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Ташкентская государственная медицинская академия, 4
медицинских института и 3 региональных филиала
медицинского и высшего медсестринского образования
Андижанский медицинский институт
Самаркандский медицинский институт
Бухарский медицинский институт
Ташкентский институт усовершенствования врачей
Ташкентский фармацевтический институт



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ

12 регионов (областей), 1 автономная республика и 1
город республиканского значения, районные органы
здравоохранения



Как организовано предоставление услуг?

В Узбекистане существует первичная, специализированная, экстренная медицинская помощь, а также медицинская помощь по лечению болезней, «признанных социально значимыми и опасными». Медицинскую помощь оказывают государственные поставщики медицинских услуг, финансируемые районными, областными и национальными органами власти и подотчетные им. Частные поставщики медицинских услуг подотчетны местным органам власти и представляют финансовые отчеты в местную налоговую инспекцию.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СЛУЖБЫ)

В Узбекистане услуги общественного здравоохранения предоставляются санитарно-эпидемиологическими службами,

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

центрами ВИЧ/СПИД, Институтом здоровья, пунктами первичной медико-санитарной помощи, неправительственными организациями и международными агентствами. Они также проводят работу по укреплению здоровья, обучению и санитарному просвещению. Санитарно-эпидемиологические службы отвечают за гигиену окружающей среды, безопасность продуктов питания, борьбу с инфекционными болезнями и за извещение Министерства здравоохранения о заболеваниях, которые определяются как «особо опасные» болезни. Эти службы организованы на национальном, областном и районном уровнях. Структура профилактики и лечения ВИЧ-инфекции носит иерархический характер: при этом в Ташкенте работает Республиканский центр СПИД, а в каждой области – его филиалы.

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется государственными учреждениями первичной медико-санитарной помощи, амбулаторными службами государственных лечебно-профилактических учреждений вторичного и третичного уровней и частными амбулаторными клиниками. Часто выбор пациентом государственного или частного поставщика медицинской помощи определяется его финансовым положением и местом жительства.

Медицинское обслуживание в городской и сельской местности организовано по-разному. Работает около 5500 амбулаторных учреждений: отдельно для взрослого и детского населения, сельских и муниципальных врачебных пунктов, сельских амбулаторных пунктов и поликлиник. В ряде отдаленных поселений, где проживает недостаточное количество семей для содержания сельского врачебного пункта, сохранены фельдшерско-акушерские пункты. В 2004 г. насчитывалось около 4500 фельдшерско-акушерских пунктов по сравнению с 2450 в 1998 г.

На большей части страны постепенно фельдшерско-акушерские пункты все в большей степени заменяются сельскими врачебными пунктами. От одного до пяти врачей общей практики в этих центрах обслуживают до 10 000 человек. В соответствии с новой структурой звеном первого обращения

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

за первичной медико-санитарной помощью будут являться сельские медицинские центры, а амбулаторные клиники будут осуществлять вторичную амбулаторную медицинскую помощь на следующем уровне. В последние 10 лет за первичной медико-санитарной помощью стало обращаться значительно большее количество людей благодаря созданию сельских врачебных пунктов.

В городах поликлиники предоставляют весь объем первичной медико-санитарной помощи и ряд специализированных услуг. Штат поликлиник состоит из 10 или более человек, в основном специалистов (терапевтов, педиатров и других специальностей), а услуги предназначены для определенных групп населения, хотя в будущем предполагается преобразовать эти учреждения в семейные поликлиники, оказывающие медицинскую помощь всем группам населения.

ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

В государственном секторе стационарная помощь предоставляется сельскими районными больницами, центральными районными, областными и городскими больницами, а также специализированными больницами. На национальном уровне третичную стационарную помощь предоставляют крупные больницы, 46 специализированных центров и 26 научно-исследовательских институтов. В системе здравоохранения Узбекистана сельские, районные и центральные районные больницы представлены как поставщики первичной медико-санитарной помощи. Широкомасштабному реформированию подверглась система стационарной экстренной помощи. По всей стране на базе существующих стационаров на районном, областном и национальном уровнях организована сеть отделений экстренной помощи. Эти отделения оснащены современными технологиями и укомплектованы квалифицированным персоналом.

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО СЕКТОРОВ

В оказании медицинской помощи возрастает роль частного сектора. Основную роль в частном секторе играют аптеки, больницы, стоматологические клиники, врачи, ведущие самостоятельную практику, и учреждения, занятые в

производстве и поставках фармацевтических препаратов и медицинского оборудования. На первичном и вторичном уровнях оказания медицинской помощи частные услуги оказывают индивидуальные или групповые кабинеты медицинской практики, а также амбулаторные и стационарные отделения крупных клиник. В сельской местности и поселках городского типа чаще всего медицинская помощь предоставляется врачами, работающими в индивидуальных кабинетах медицинской практики, либо на основе частной договоренности с врачами, занятыми в государственном секторе. В рамках Министерства здравоохранения создана Лицензионная комиссия, выдающая лицензии в соответствии со специализациями, установленными для частной практики. За последние годы увеличилось количество лицензий, выданных на осуществление медицинской практики в групповых и индивидуальных кабинетах: к 2008 г. Комиссия выдала около 2000 индивидуальных лицензий на осуществление частной медицинской практики и 1400 лицензий на осуществление частной медицинской практики лечебно-профилактическими учреждениями.

Несколько больниц было приватизировано, а ряд лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих вторичную и третичную медицинскую помощь, такие как республиканские специализированные центры по кардиологии, хирургии, урологии и микрохирургии глаза, предоставляют частные медицинские услуги, которые оплачиваются непосредственно из личных средств пациентов. Еще более быстрыми темпами развивается частный сектор лекарственных средств и медикаментов. Практически все аптеки стали полностью приватизированными либо имеющими относительно небольшое долевое участие государства учреждениями.



до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Важные моменты

оказание медицинских услуг

- Модели организации медицинского обслуживания в городской и сельской местности различны; доступ к медицинской помощи также неодинаков.
- Дальнейшее усиленное развитие посредством проведения реформ наблюдается в первичном звене оказания медико-санитарной помощи.
- За последние годы ухудшился доступ к медицинской помощи вторичного и третичного уровней, особенно в сельской местности, в связи с переходом государственных сельских больниц в частное владение и взиманием платы за услуги.
- Система государственной стационарной медицинской помощи претерпела важные изменения, которые выразились в децентрализации и большей автономии для поставщиков медицинской помощи, сокращении коечного фонда и создании новых структурных рамок для системы оказания экстренной помощи.
- Необходимо улучшить координацию между первичной, вторичной амбулаторной и стационарной медицинской помощью.

Источник: 2.



Какие ресурсы имеются?

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Это один из проблемных аспектов системы здравоохранения Узбекистана. Хотя традиционно число работников здравоохранения было достаточно высоким, в настоящее время ощущается нехватка хорошо образованных, квалифицированных и опытных кадров. Значительной оказалась утечка врачебных кадров в другие отрасли экономики. Кроме того, реорганизация лечебно-профилактических

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

учреждений, сокращение набора в медицинские учебные заведения и снижение уровней приема их выпускников на работу в лечебно-профилактические учреждения – вот те факторы, которые способствовали постепенному снижению численности действующих работников здравоохранения в период между 1991 и 2005 гг. За период с 2005 г. число работников здравоохранения возросло. Распределение врачей происходит очень неравномерно, при этом в городах концентрируется большое их количество, тогда как сельские и особенно отдаленные местности страдают от значительной нехватки персонала. В сельских районах проживают около двух третей населения страны, однако работают там менее половины всего врачебного персонала. Существует также дисбаланс между количеством врачей общей практики и врачей-специалистов, что выражается в целом в нехватке врачей общей практики по сравнению с врачами-специалистами, но при этом отмечается также нехватка специалистов в таких областях, как лабораторная медицина, психиатрия, лечение туберкулеза и радиология.

Лишь около пятой части всех врачей прошли курсы усовершенствования.

Численность медсестринского персонала достаточно велика, но все меньше становится медицинских сестер, работающих в режиме полной занятости. Частный сектор охватывает в основном фармацевтов, иногда врачи частным образом работают в групповых кабинетах медицинской практики в городах и в амбулаторных отделениях крупных клиник, хотя существуют также механизмы заключения частных договоров с врачами, занятыми в государственном секторе. Общий уровень удовлетворенности медицинских сотрудников своей работой весьма невысок.

РАБОТНИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на 100 000 человек, 2005 г.)

Врачи	268	ЕС-27: 315,	ЕС-15: 332,	СНГ-8: 315
Стоматологи	20	ЕС-27: 62,	ЕС-15: 66,	СНГ-8: 25
Медицинские сестры	1024	ЕС-27: 742,	ЕС-15: 794,	СНГ-8: 585
Фармацевты	3	ЕС-27: 72,	ЕС-15: 81,	СНГ-8: 19
ВОП	16	ЕС-27: 98,	ЕС-15: 103,	СНГ-8: 31

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

БОЛЬНИЦЫ (2005 г.)

В 1980-е годы число стационарных коек в расчете на душу населения возросло и в 1990 г. достигло пикового значения: 12 коек на 1000 человек, что явилось одним из самых высоких значений в Европе, однако к 2005 г. объем коечного фонда резко снизился – более чем на 50%. Число госпитализаций и средняя их продолжительность сократились на 13–15% в период 1995 – 2003 гг. В период с 1997 по 2004 гг. значительно снизилось количество сельских больниц, но при этом число районных больниц и центральных районных больниц возросло. Муниципальные, инфекционные и другие специализированные и сельские больницы подверглись значительному реформированию, а число коек сократилось на одну – две трети.

Географическое распределение стационарных коек неравномерно. Более половины всего стационарного коечного фонда размещается в провинциальных центрах и в городе Ташкенте, хотя значительно большая часть населения проживает в сельской местности. Городское население имеет доступ к более специализированным и лучше оснащенным больницам.

Число больниц на 100 000 чел.: 4

ЕС-27: 3, ЕС-15: 3, СНГ-8: 5

Число коек на 100 000 чел.: 549



Число госпитализаций на 100 чел. в год: 15

ЕС-27: 18, ЕС-15: 17, СНГ-8: 11

Средняя продолжительность госпитализации (дней): 10

ЕС-27: 9, ЕС-15: 10, СНГ-8: 11

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

После обретения независимости государство сохраняло регулирующие функции, тогда как производство и распределение фармацевтических средств были переданы частному сектору. Около 80% лекарственных средств импортируется, но разработана стратегия внутреннего производства фармацевтических средств и расходных



ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



материалов. Ежегодно обновляется перечень основных лекарственных средств, который составлен в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Фармацевтические средства, приобретаемые для амбулаторного лечения, должны оплачиваться наличными, исключение составляют лишь некоторые группы населения и пациентов, которые освобождены от их оплаты. В принципе существует ряд положений о возможном возмещении расходов, но на практике большинство людей должны полностью оплачивать фармацевтические средства, номинально являющиеся бесплатными. В настоящее время медицинское законодательство серьезно пересматривается и приводится в соответствие с международными требованиями. Регулирующие положения существуют, однако они не введены в действие надлежащим образом. Основную обеспокоенность вызывает качество лекарственных средств. Большинство аптек не имеет условий для надлежащего их хранения.



Важные моменты

ресурсы здравоохранения

- Число врачей постоянно уменьшается в связи с утечкой персонала и значительным сокращением приема студентов в медицинские институты.
- Нехватка диагностического оборудования и лекарственных средств, ограниченный доступ к информации и обучению, а также низкие размеры заработной платы (около 80-100 долл. США в месяц, при нерегулярной ее выплате) часто приводят к снижению мотивации работников здравоохранения и переходу на работу в другие отрасли экономики.
- Приватизация производства и распределения лекарственных средств и расходных материалов открыла новые возможности решения проблемы нехватки импортируемых лекарственных средств, но затруднило получение информации, поскольку частные аптеки не подчиняются государственным учреждениям.

Источник: 1.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Кто и за что платит?

Основной формой финансирования по-прежнему остается финансирование из средств государственного бюджета, который в основном состоит из налоговых поступлений. Это подоходные налоги, налог на добавленную стоимость, налоги на экспорт и импорт и прочие. Нет налогов, специально предназначенных для здравоохранения.

По мере проведения реформы государственного сектора здравоохранения и приватизации постепенно увеличилась доля других средств финансирования. Неотъемлемой частью системы здравоохранения стали наличные платежи из личных средств граждан, кроме того, возникли схемы добровольного страхования, хотя и в ограниченных масштабах. Распределение ресурсов между поставщиками медицинских услуг зависит от источников финансирования и формы собственности.

Существует три основных механизма выделения средств: государственное финансирование из средств государственного бюджета (преимущественно государственным лечебно-профилактическим учреждениям), внешнее финансирование (наличные платежи из личных средств граждан, взносы работодателей или средства добровольного медицинского страхования за услуги, предоставляемые вне гарантированного государством пакета услуг) и финансирование из внешних источников, которое направляется в частный сектор. Министерство здравоохранения не регулирует внешние источники.

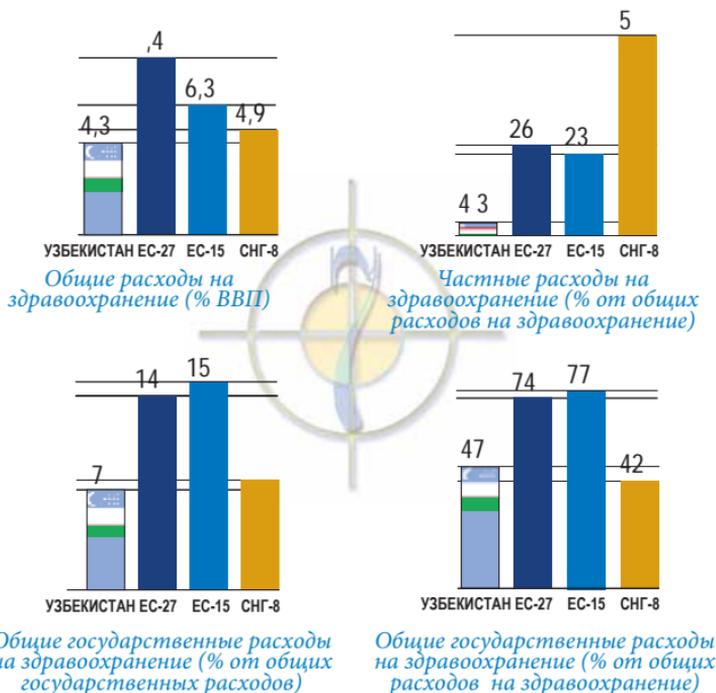
Базовый льготный пакет определяет финансируемый государством набор услуг для всех граждан, включая экстренную медицинскую помощь; амбулаторную и стационарную помощь; иммунизацию; акушерскую помощь; оказание медицинской помощи детям и подросткам; лечение определенных болезней, в том числе туберкулез, профессиональные болезни, рак, психические расстройства, злоупотребление наркотическими средствами; и эндокринные нарушения. Дополнительные услуги,

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

финансируемые из других источников, также устанавливаются законодательством.

Государственные поставщики медицинской помощи предоставляют гарантированный государством набор медицинских услуг бесплатно. Все услуги, не входящие в этот пакет, финансируются из негосударственных источников.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КАРТИНА (2008 г.)



Оплата семьями медицинских расходов из собственных средств ⁹⁷
 (% от суммарных частных расходов на медицинскую помощь, 2007 г.)

Население, живущее ниже черты бедности: 27%

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Важные моменты

финансирование здравоохранения

- Доля государственных расходов от общих расходов на здравоохранение снижается.
- Государственное финансирование медицинского обслуживания преимущественно производится из средств налогообложения, но за последнее время появились новые частные источники финансирования.
- На оплату из собственного кармана приходится значительная и все возрастающая доля средств на здравоохранение, что представляет угрозу в отношении финансовой защиты населения и солидарности.
- Существуют значительные различия в размерах расходов на здравоохранение между регионами страны.
- Необходимо пересмотреть схемы оплаты поставщиков медицинских услуг для обеспечения привлекательных стимулов повышения качества услуг.

Источники: 1, 2, 19, 26, 28.



Как была реформирована система здравоохранения страны?

Основные реформы системы здравоохранения Узбекистана начали проводиться во второй половине 90-х годов, принятием двух ключевых законодательных актов: Закона об охране здоровья граждан (1996 г.) и Указа Президента (1998 г.).

- 1994 г. Официально разрешены частные аптеки и частная медицинская практика.
- 1996 г. Обозначены приоритетные задачи государства и установлены новые юридические структурные рамки для сектора здравоохранения, определяющие права в системе медицинского обслуживания, уровни оказания медицинской помощи, поставщиков медицинской помощи и руководящие

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

учреждения в системе.

- 1997 г. Введены перечень основных лекарственных средств, новые правила регулирования импорта и экспорта лекарственных средств и контроль качества при выпуске на рынок, производстве и реализации лекарственных средств.
- 1998 г. В Указе Президента определены приоритетные задачи будущих реформ и изложен генеральный план реформирования сектора здравоохранения (1998–2005 гг.). В Указе сформулированы приоритетные области и руководящие принципы создания концепции реформ здравоохранения; определения перечня услуг, финансируемых государством, а также услуг, предоставляемых частным сектором; развития сельских и медицинских центров по оказанию первичной медико-санитарной помощи по всей стране; разработки прогнозов на 2001–2005 гг. в отношении кадровых ресурсов и медицинского образования; преобразования медрестинских училищ в профессиональные колледжи; и создания национальной сети центров оказания экстренной медицинской помощи.
- 1999 г. Два проекта в области здравоохранения положили начало проведению реформы первичной медико-санитарной помощи. Проект Здоровье-1 проводился совместно с Всемирным Банком (30 млн. долл. США) и правительством Узбекистана (40 млн. долл. США); в рамках данного проекта в экспериментальном порядке был осуществлен ряд новых механизмов и подходов к оказанию, финансированию первичной медико-санитарной помощи и управлению в этой сфере. Всемирный Банк (39 млн. долл. США) и правительство Узбекистана (78 млн. долл. США) осуществляют проект Здоровье-2, задачами которого являются распространение по всей стране схем, апробированных на экспериментальной основе, и внедрение новых подходов в сфере охраны здоровья матери и ребенка, общественного здоровья, мониторинга и оценки.
- 2005 г. Правительство Узбекистана подписало соглашения с Всемирным Банком относительно грантов на осуществление Национальной программы по обогащению муки, направленной на повышение эффективности мер по сокращению случаев железодефицитной анемии; с

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.



Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией – относительно грантов на сумму около 40 млн. долл. США для борьбы с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и малярией.

- 2006 г. Было подписано соглашение с Исламским банком развития об улучшении инфраструктуры Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и его областных подразделений посредством закупки оборудования.
- 2007 г. Указом Президента предусмотрено создание специализированных медицинских центров; улучшение работы по профилактике инфекционных болезней; совершенствование медицинской подготовки; и предоставление поддержки поставщикам медицинских услуг в процессе приватизации.

За период с 1999 г. более 14 правительственных, международных и неправительственных организаций оказали поддержку процессу реформирования системы здравоохранения в Узбекистане посредством предоставления технической помощи и финансирования многочисленных проектов на сумму более 200 млн. долл. США.



Важные моменты

реформы здравоохранения

- Реформы в системе финансирования преимущественно были направлены на приватизацию источников финансирования, при этом основным источником финансирования на всех уровнях медицинского обслуживания являются наличные платежи из личных средств граждан.
- Наиболее заметные реформы в системе медицинского обслуживания проведены в сфере первичной медико-санитарной помощи и экстренной медицинской помощи.
- Реформы на вторичном уровне оказания медицинской помощи ограничились постепенной реструктуризацией сети стационаров и уменьшением коечного фонда, особенно в сельской местности.
- Основной задачей по-прежнему является координация между различными уровнями оказания медицинской помощи.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС



Какой урок был извлечен страной из опыта практической деятельности?

УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

До обретения страной независимости первичная медико-санитарная помощь полагалась на многоуровневую систему медицинского обслуживания; ей уделялось меньше внимания, чем стационарной помощи. Наблюдалась постоянная нехватка ресурсов, а из-за низкого статуса профессии работника первичного звена квалифицированные медицинские работники не стремились устраиваться на работу в эти лечебно-профилактические учреждения. Пункты первичной медико-санитарной помощи были укомплектованы узкоспециализированными врачами, что приводило к повышенным уровням направления пациентов в другие звенья системы обслуживания и к неравномерному распределению специалистов. Результатом являлась слабая эффективность и низкое качество обслуживания.

Проект Здоровье-1 направлен на укрепление системы и реконструкцию лечебно-профилактических учреждений путем укрепления служб первичной медико-санитарной помощи, подготовки ВОП и медицинских сестер и реформирования системы финансирования и управления службами. В сельской местности была создана двухуровневая система первичной медико-санитарной помощи, при этом пункты первичного звена стали пунктами первого обращения сельского населения по вопросам здоровья, тогда как в рамках предыдущей системы граждане могли иметь доступ к первичной помощи на любом уровне. Кроме того, в рамках проекта реформирования здравоохранения была введена новая специальность врача общей практики, которая, как ожидается, заменит всех других специалистов в первичном звене медицинского обслуживания.

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

Компонент проекта по финансированию был направлен на внедрение новых финансовых структурных рамок, которые позволили применить большую гибкость и эффективные финансовые стимулы.

Проект Здоровье-2 еще находится на стадии осуществления, но уже проведенные предварительные оценки результатов проекта Здоровье-1 свидетельствуют об улучшениях: возрастает число работников здравоохранения, прошедших переподготовку на врачей общей практики, расширена инфраструктура в условиях первичной медико-санитарной помощи и осуществлено перемещение ресурсов с вторичного на первичный уровень оказания медицинской помощи.



Какую работу проводит Региональное бюро в Узбекистане?



Страновой офис ВОЗ в Узбекистане открылся в Ташкенте в 1994 г. В период 2006 – 2007 гг. Региональное бюро предоставляло поддержку Узбекистану в следующих сферах:

- укрепление деятельности систем здравоохранения;
- укрепление здоровья матерей и детей;
- улучшение борьбы с неинфекционными болезнями и их ведения;
- профилактика и ведение инфекционных болезней; и
- повышение безопасности окружающей среды.

В период 2008–2009 гг. Региональное бюро оказывает поддержку Узбекистану в следующих сферах:

- уменьшение бремени инфекционных и неинфекционных болезней;
- охрана здоровья матерей, детей и подростков; и
- усиление ключевых функций системы здравоохранения.

ЕС-27: страны-члены ЕС в настоящее время. ЕС-15: страны-члены ЕС

ДРУГИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О СТРАНЕ

Андижанский государственный медицинский институт
<http://www.andmi.uz>

Аптека.uz <http://www.apteka.uz>

База данных по содействию развитию Узбекистана
<http://www.dad.uz>

Евразиянет Узбекистан
<http://www.eurasianet.org/resource/uzbekistan/index.shtml>

Отношения Европейского союза с Узбекистаном
http://ec.europa.eu/comm/external_relations/uzbekistan/intro/index.htm

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (веб-сайт страны) <http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=UZB>

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

Медицинские диагностические службы <http://www.mds.uz>

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

Координатор проекта ОБСЕ в Узбекистане
<http://www.osce.org/tashkent>

Школа общественного здравоохранения Ташкентской медицинской академии <http://www.sph.uz>

Ташкентская медицинская академия <http://www.tma.uz>

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

ЮНЭЙДС (веб-сайт страны) http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/uzbekistan.asp

ПРООН (веб-сайт страны) <http://www.undp.uz>

ЮНИСЕФ (веб-сайт страны) <http://www.unicef.org/uzbekistan>

ВОЗ (веб-сайт страны) <http://www.who.int/countries/uzb/en>

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

до 1 мая 2004 г. СНГ-8: 8 стран, представленных в данной книге.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Европейская база данных “Здоровье для всех” [Онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/hfadbf?language=Russian>, по состоянию на 15 ноября 2008).
2. Страновые профили “Системы здравоохранения: время перемен” [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ для Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 (<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>, accessed 15 November 2008).
3. *Доклад о развитии человека 2007/2008. Борьба с изменениями климата: человеческая солидарность в разделенном мире.* Москва, Изд-во “Весь Мир” (для Программы развития ООН), 2007 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/chapters/russian/>, по состоянию на 27 июня 2009 г.).
4. *The world factbook 2008.* Washington DC, United States Central Intelligence Agency, 2008 (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook>, accessed 15 November 2008 г.).
5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ для ЕС, 2005 г. (<http://www.EC-ro.who.int/ehr2005>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
6. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. - Совместная работа на благо здоровья.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/ru>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
7. WHO statistical information system [online database]. Geneva, World Health Organization, 2008. (<http://www.who.int/whosis/en>, accessed 15 November 2008).
8. Обзорные сводки о состоянии здоровья и здравоохранения по странам [веб-сайт]. Копенгаген, Европейское

региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/highlights?language=Russian>, по состоянию на 28 июня 2009 г.).

9. Централизованная информационная система по инфекционным болезням (CISID) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро для ЕС-Европы, 2008 г. (http://www.EC-ro.who.int/surveillance/2003.r.0623_1, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
10. *World drug report 2007*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime, 2007. (<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2007.html>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
11. *Глобальный атлас здоровья*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007. (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
12. *Country strategic health needs: report and priorities for WHO collaboration 2004–2010*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 г. (серия неопубликованных документов).
13. Hovhannisyanyan SG. *Health care in Armenia*. British Medical Journal, 2004, 329:522–523.
14. Von Schoen-Angerer T. *Understanding health care in the south Caucasus: examples from Armenia*. British Medical Journal, 2004, 329:5652–5655.
15. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни 2002 г. [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. (<http://www3.who.int/whois/hale/hale>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
16. Государственный комитет по статистике Азербайджанской Республики [веб-сайт]. Баку, Государственный комитет по статистике Азербайджанской Республики, 2000 г. (<http://www.azstat.org/indexen.php>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
17. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. – Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. (<http://www.who.int/whr/2005.g./en/index.html>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



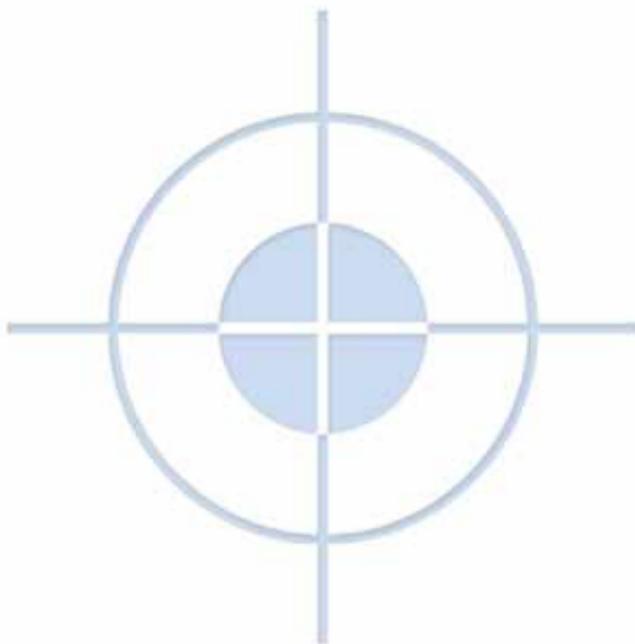
Туркменистан



Узбекистан

18. Balabanova D et al. *Health service utilization in the former Soviet Union: evidence from eight countries*. Health Services Research, 2004, 39:1927–1950.
19. McKee M, Healy J, Falkingham J. *Health care in central Asia*. Buckingham, Open University Press, 2002 .
20. Republican Medical Information Centre. *Population health of population and performance of health care facilities of the Kyrgyz Republic in 2000* Bishkek, Ministry of Health, 2001.
21. *Кыргызская республика: новые перспективы. Государственная программа Комплексных основ развития Кыргызстана в 2001-2010гг.* Национальная стратегия. Бишкек, Министерство финансов, 2001 г.
22. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г. Изменить ход истории.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г. (<http://www.who.int/whr/2004 г./en>, по состоянию на 15 ноября 2008 г.).
23. Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*, 2004, 58, 247–258.
24. *Здравоохранение Туркменистана: прошлое, настоящее и будущее.* Ашхабад, Министерство здравоохранения и медицинской промышленности, Туркменистан, 2005 г.
25. Президент Туркменистана. *Национальная программа «Стратегии экономического, политического и культурного развития Туркменистана на период до 2020 г.» об улучшении социально-бытовых условий жизни сельского и городского населения страны.* Ашхабад, Правительство Туркменистана.
26. *Закон об охране здоровья граждан*, 29 августа 1996 г. Ташкент, Республика Узбекистан, 1996 г. (N 265-I).
27. Economist Intelligence unit. *Country analysis and forecasts reports 2009* [веб-сайт]. London, Economist Intelligence unit, 2008 (<http://countryanalysis.eiu.com/>), accessed 1 March 2009.

28. Национальные счета здравоохранения, ВОЗ [веб-сайт].
Женева, Всемирная Организация здравоохранения, 2009
(<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, по состоянию
на 1 марта 2009 г.).



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

ГЛОССАРИЙ

Бремя болезней (Burden of disease)

Оценки бремени болезней основаны на данных о смертности и заболеваемости в разбивке по половозрастным группам и регионам с суммированием их в виде таких показателей, как годы здоровой жизни и утраченные годы здоровой жизни (DALYs).

ВВП на душу населения (GDP per capita)

Валовой внутренний продукт (ВВП) на душу населения – это показатель, представляющий собой совокупную рыночную стоимость всего объема конечного производства товаров и услуг на территории страны за определенный период на одного человека. Он обычно выражается в международных долларах – общая валютная единица, в которой учитываются различия в относительной покупательной способности валют. Цифры, выраженные в международных долларах, рассчитываются с использованием паритета покупательной способности, что позволяет обеспечить учет различий в уровнях потребительских цен между странами.

Индекс человеческого развития (Human Development Index)

Индекс человеческого развития – это обобщающий комплексный показатель, позволяющий измерить усредненные достижения страны по трем основным аспектам человеческого развития: продолжительности жизни, уровню знаний и удовлетворительному уровню жизни. Продолжительность жизни измеряется с использованием величины ожидаемой продолжительности жизни при рождении; уровень знаний – с помощью суммирования показателя грамотности взрослого населения и комбинированных показателей начального, среднего и высшего образования; уровень жизни – через значение ВВП на душу населения.

Коэффициент демографической нагрузки (Dependency ratio)

Показатель, используемый в демографических исследованиях для измерения количества населения, экономически зависящего

от трудоспособного населения. Он рассчитывается как сумма людей в возрастных группах 0–14 лет и 65(или 60) лет и старше (в зависимости от установленного в данной стране пенсионного возраста), делимого на число людей в возрасте, соответственно, 15–64 лет (или 59 лет).

Коэффициент фертильности (Fertility rate)

Среднее число детей, которое имела бы гипотетическая когорта женщин по истечении репродуктивного периода жизни при условии, что показатели фертильности для данного периода остаются неизменными и что никто из этих женщин не умер. Этот коэффициент выражается в виде числа детей на одну женщину.

Младенческая смертность (Infant mortality)

Число случаев смерти среди 1000 детей в возрасте до 1 года (в целом по населению).

Общественные расходы на здравоохранение (Public expenditure on health)

Общественные расходы на здравоохранение представляют собой сумму налоговых средств, отчисляемых на нужды здравоохранения, взносов в систему социального страхования и средств из внешних источников (без двойного подсчета государственных средств, направляемых на социальное страхование, и внебюджетных средств).

Общие государственные расходы на здравоохранение (% от общих государственных расходов) (General government expenditure on health, % of total government expenditure)

Общественные расходы на здравоохранение представляют собой сумму таких составляющих, как налоговые средства, отчисляемые на нужды здравоохранения, взносы в систему социального страхования и внешние ресурсы (без двойного подсчета государственных средств, направляемых на социальное обеспечение, и внебюджетных средств). В отличие от них, общие государственные расходы соответствуют сумме расходов на всех уровнях правительства, территориальных органов самоуправления (центральное или федеральное правитель- ство, окружные, областные или районные органы



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

власти и муниципальные или местные органы власти), учреждений социального страхования и внебюджетных средств, включая капитальные отчисления.

Общие расходы на здравоохранение (% от ВВП) (Total expenditure on health)

Общие расходы на здравоохранение представляют собой сумму общественных и частных расходов на здравоохранение.

Ожидаемая продолжительность жизни (Life expectancy)

Среднее количество лет, которое, как ожидается, человек проживет при условии, что текущие показатели смертности для каждой возрастной группы останутся неизменными.

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (годы), в целом по населению (Healthy life expectancy)

Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) – это показатель, рассчитываемый на основе ожидаемой продолжительности жизни с поправкой на период времени, прожитого с неудовлетворительным состоянием здоровья. Он выражает число лет с хорошим здоровьем, которые человек (новорожденный или 60-летний), как ожидается, проживет, исходя из нынешних показателей смертности и текущего распределения показателей здоровья среди населения.

Ожирение (Obesity)

Ожирение – это избыточное развитие жировой ткани до такой степени, когда это наносит ущерб здоровью человека. Обычно это состояние определяется с помощью индекса массы тела (ИМТ), основанного на соотношении веса и роста. Многие работники здравоохранения считают этот показатель наиболее удобным для практического использования. Избыточная масса тела определяется как ИМТ, равный 25–29 кг/м². Ожирение определяется как ИМТ ≥ 30 кг/м². Ожирение тесно коррелирует с патологическими состояниями и смертностью.

Показатель ежегодного прироста населения (%) **(Annual population growth rate)**

Показатель, используемый в демографических исследованиях для оценки среднего изменения размеров населения из года в год.

Потери от общей ожидаемой продолжительности жизни (%) **(Total life expectancy lost)**

Данный показатель, выраженный в %, представляет собой ту долю общей продолжительности жизни, которая была потеряна из-за тех или иных нарушений здоровья.

Стандартизированный коэффициент смертности **(Standardized death rate)**

Число смертей (обычно на 100 000 населения), скорректированное на возрастную структуру стандартного европейского населения.

Уровень безработицы (Unemployment rate)

Выраженная в % доля, которую безработные составляют от числа общего населения в возрасте 15–64 лет на рынке труда.

Утраченные годы здоровой жизни (DALY, Disability-adjusted life-years)

Суммарный показатель, отражающий то влияние на здоровье населения, которое оказывают болезни, инвалидность и смертность.



Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Кыргызстан



Таджикистан

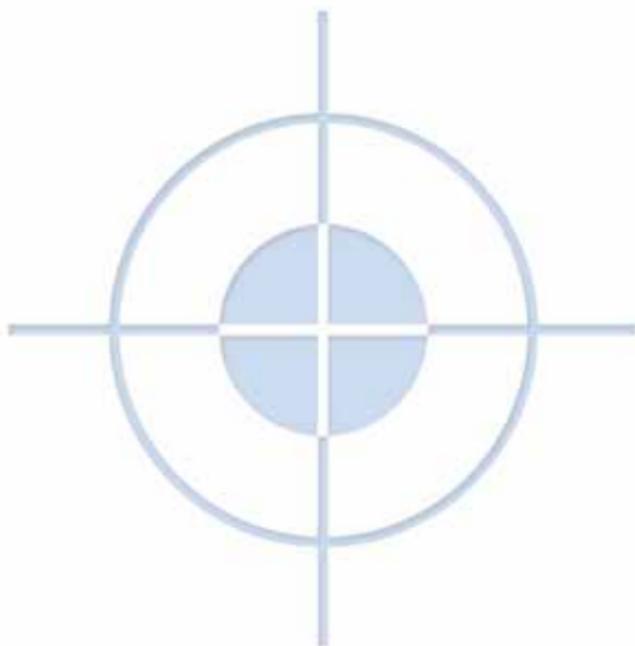


Туркменистан



Узбекистан

ДЛЯ ЗАМЕТОК





Азербайджан



Армения



Грузия



Казахстан



Киргизия



Таджикистан



Туркменистан



Узбекистан

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17. Факс: +45 39 17 18 18. Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int



ISBN 978 92 890 4171 3