

ЯПОНСКОЕ АГЕНТСТВО МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА (JICA)  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН

ИЗУЧЕНИЕ ПО РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ  
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ  
ГЛАВНЫЙ ОТЧЕТ



JICA LIBRARY



1174347[3]

ДЕКАБРЬ 2003 г.

СИСТЕМ САЙЕНС КОНСАЛТАНТС ИНК.

SSS

JR

03-138

**ЯПОНСКОЕ АГЕНТСТВО МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА (JICA)  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН**

**ИЗУЧЕНИЕ ПО РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ  
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ОТЧЕТ  
ГЛАВНЫЙ ОТЧЕТ**

**ДЕКАБРЬ 2003 г.**

**СИСТЕМ САЙЕНС КОНСАЛТАНТС ИНК.**



1174347【3】

## Содержание окончательного отчета

Резюме  
Главный Отчет (Включая приложения)  
Вспомогательный Отчет  
Сбор Данных

### Курс иностранных валют

Доллар США 1.00= Узбекский сум 980 по состоянию на ноябрь 2002 г.  
(Главный отчет, Глава 16 Приоритетные программы)

Доллар США 1.00= Японская иена 120 по состоянию на ноябрь 2002 г.  
(Главный отчет, Глава 16 Приоритетные программы)

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В соответствии с заявкой Правительства Республики Узбекистан, Правительство Японии согласилось провести Изучение по реструктуризации системы здравоохранения и медицинского обслуживания в Республике Узбекистан и поручило выполнение этого изучения Японскому Агентству Международного Сотрудничества (JICA).

JICA сформировало Группу Изучения в составе 9 членов, во главе с г-ном Хироси Або, компания System Science Consultants Inc., и направляло ее в Узбекистан шесть раз за период с ноября 2002 г. по ноябрь 2003 г. Дополнительно, JICA учредило в период с ноября 2002 г. по ноябрь 2003 г. консультативный комитет во главе с г-ном Хироя Огата, профессором дипломного курса по медицине в Университете Кюсю. Консультативный комитет следил за ходом изучения со специальной и технической точек зрения.

Группа Изучения провела обсуждения с соответствующими должностными лицами Правительства Узбекистана и выполнила полевые исследования в зоне изучения. После возвращения в Японию Группа продолжила исследования и подготовила свой окончательный отчет.

Надеюсь, что представленный отчет внесет вклад в продвижение данного проекта и в укрепление дружественных отношений между нашими двумя странами.

В заключение я хотела бы выразить свою искреннюю признательность должностным лицам Правительства Узбекистана за тесное сотрудничество с Группой Изучения.

Декабрь 2003 г.

Кадзухиса Мцуока,  
Вице-президент  
Японского Агентства  
Международного  
Сотрудничества (JICA)

Декабрь 2003 г.

Г-н Кадзухиса Мцуока  
Вице-президенту  
Японского Агентства Международного Сотрудничества (JICA)

## СОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО

Уважаемый господин Мацуока,

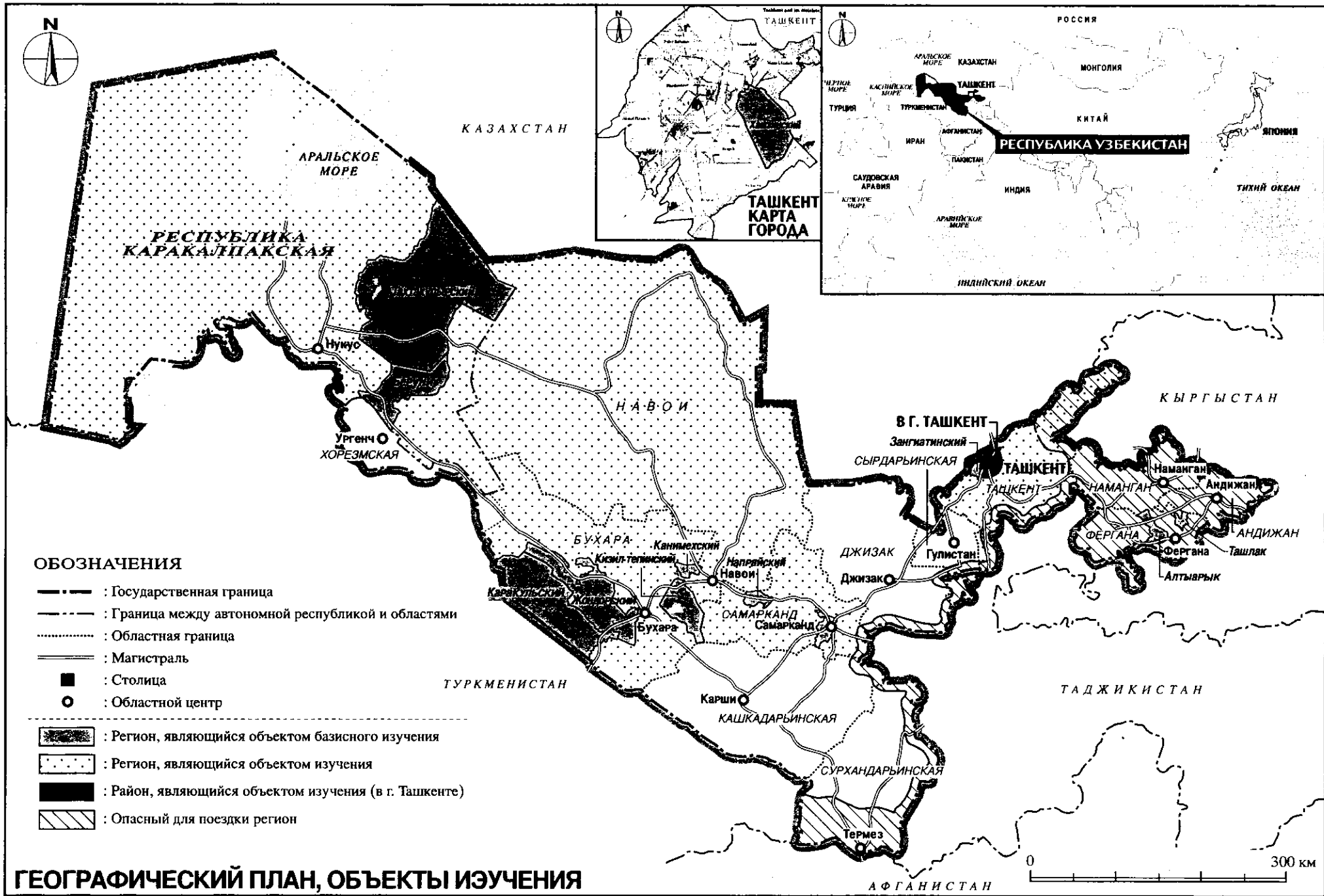
Имеем честь представить Вам окончательный отчет «Изучение по реструктуризации системы здравоохранения и медицины в Республике Узбекистан».

Отчет содержит подробный анализ и рекомендации по каждому сектору здравоохранения, а также результаты Базового Изучения, проведенного в шести областях Республики. На основе указанных результатов разработан Генеральный План, включающий шесть приоритетных программ.

Отчет состоит из Обобщения, Главного Отчета, Вспомогательного Отчета, а также Сбора Данных. В Резюме Отчета в обобщенной форме представлены результаты всей работы по изучению. Основной Отчет включает результаты изучений на двух стадиях. Генеральный план включает программы, которые были выделены в качестве приоритетных. Во Вспомогательном Отчете представлены подробности работы по изучению. Раздел данных содержит анализ результатов Базового Изучения.

Все члены Группы Изучения выражают искреннюю признательность персоналу Вашего Агентства, Министру иностранных дел, Министру здравоохранения, труда и социального обеспечения, а также Посольству Японии в Узбекистане за сотрудничество с Группой Изучения. Группа Изучения искренне надеется, что результаты проведенного изучения послужат дальнейшему социально-экономическому развитию Узбекистана, и, в частности, совершенствованию системы здравоохранения и медицинского обслуживания.

Искренне Ваш,  
Хирочи Або,  
Руководитель Группы Изучения



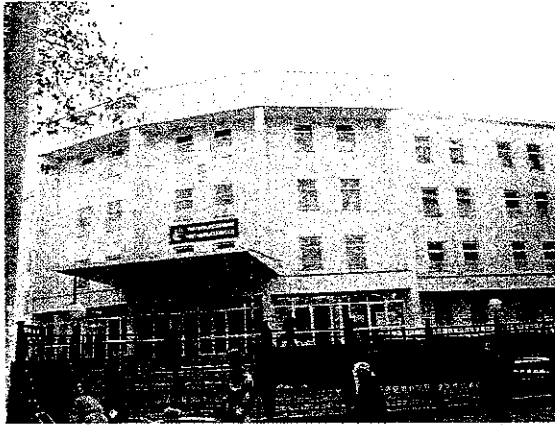
**ОБОЗНАЧЕНИЯ**

- : Государственная граница
- - - : Граница между автономной республикой и областями
- ..... : Областная граница
- ==== : Магистраль
- : Столица
- : Областной центр
- ▀ : Регион, являющийся объектом базисного изучения
- ▄ : Регион, являющийся объектом изучения
- : Район, являющийся объектом изучения (в г. Ташкенте)
- ▨ : Опасный для поездки регион

**ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ПЛАН, ОБЪЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ**

0 300 км

## Фото 1: Медицинские учреждения



■ Областной роддом (г. Навои)

Больница областного уровня обычно имеет огромные здания и несколько сотен коек, чтобы обеспечить население области. Специалисты разного профиля проводят специализированное медобслуживание.



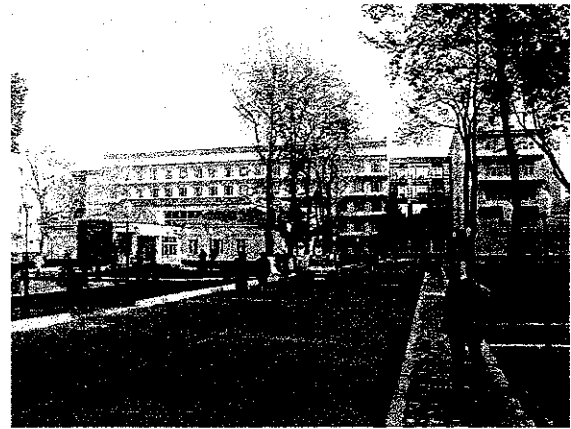
■ Центральная районная больница (Ферганская область)

ЦРБ принимает стационарных больных в каждом специализированном отделении. Также она принимает не только пациентов, направленных из других медучреждений, но и больных при непосредственном обращении.



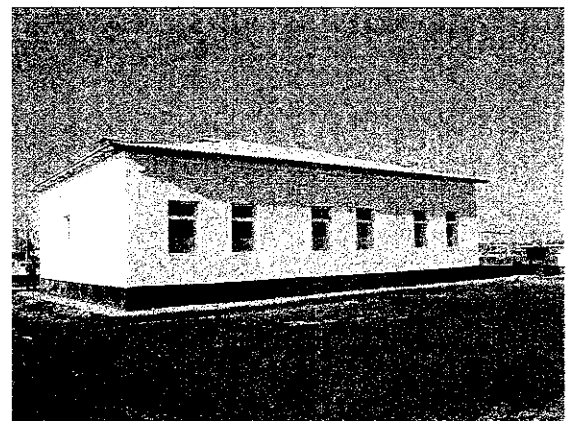
Рентген-аппарат областной больницы (Ферганс

Большая часть оборудования устарела, так как с момента поставки в 80-х гг. замена его не производилась. Медперсонал хорошо за ним следит, однако расходные материалы ограничены, что снижает уровень диагностики



■ Респ. центр неотложной помощи (г. Ташкент)

Этот центр недавно создан. Медобслуживание бесплатное



■ СВП (Каракалпакстан)

В процессе реформирования СВП учрежден как медучреждение первичного звена. В СВП направляются врачи общей практики и медсестры, прошедшие курс обучения. Будет поставлено необходимое оборудование и медикаменты.

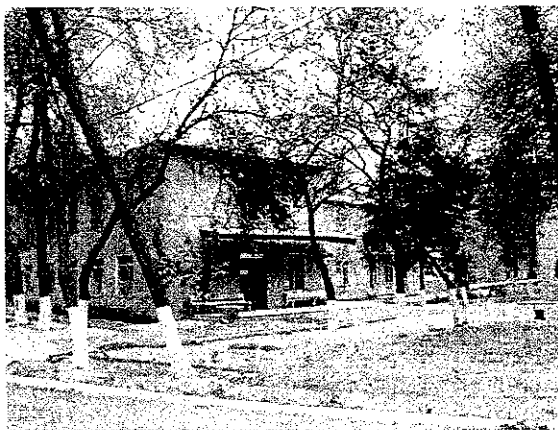


■ Лаборатория в СВП (Ташкентская об.)

Многие СВП снабжены минимальным медоборудованием, таким как микроскоп, центрифуга и спектрофотометр. СВП считается диагностической базой первичного звена для проведения дальнейших эпидемиологических

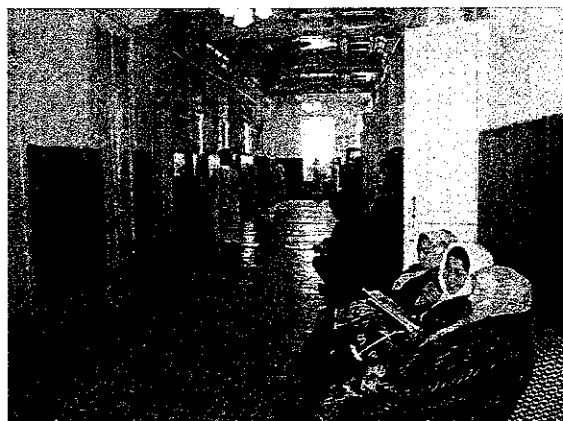


## Фото 2: Условия и среда.



■ НИИ Фтизиатрии и пульмонологии (г. Ташкент)

В числе других исследовательских институтов, НИИ фтизиатрии и пульмонологии имеет свою систему направления пациентов. Он принимает и стационарных пациентов, направленных из других больниц общего профиля.



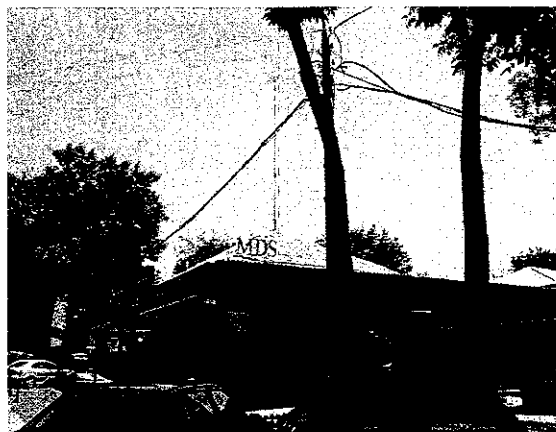
■ Место ожидания в поликлинике (г. Ташкент)

В городской местности амбулаторные пациенты обращаются в поликлинику, в которой имеются специалисты узкого профиля. Иногда она расположена рядом с больницей



■ Гидротехническое сооружение (г. Ташкент)

В г.Ташкенте население хорошо обеспечено водой. Существует большая разница между г-дом Ташкентом и регионом аральского моря. Из-за проблемы воды возникает негативное влияние на здоровье населения Каракалпакстана и Хорезмской области



■ Частные клиники: MDS (г. Ташкент)

MDS имеет диагностическое оборудование высочайшего класса в Ташкенте, с использованием компьютерного томографа и МЯР. Поддерживая контакты с предприятиями, MDS собирается внедрить частное страхование.



■ Машина скорой помощи (Каракалпакстан)

Большинство машин скорой помощи находится на станции скорой помощи «03». Машина снабжена только простой аппаратурой, потому что основная функция её заключается в перевозе больных.



■ Туалет в школе (Каракалпакстан)

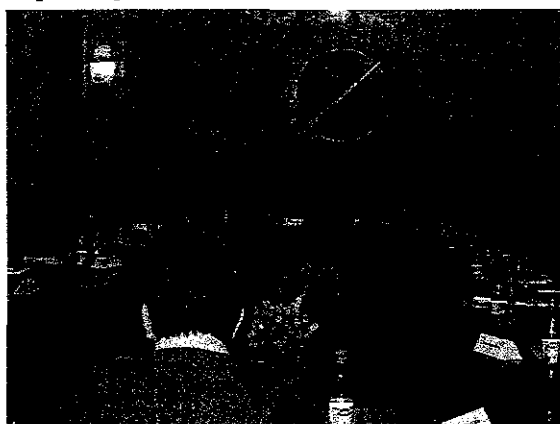
Большое значение для среды и условий проживания играет здравоохранение в школе. Дети обучаются основным аспектам санитарии и гигиены.

## Фото 3: Совещания и обсуждение



### ■ Встреча партнеров

С целью определения актуальных и важнейших моментов, оказывающих влияние на здравоохранение и медобслуживание приглашены партнеры из Министерства здравоохранения.



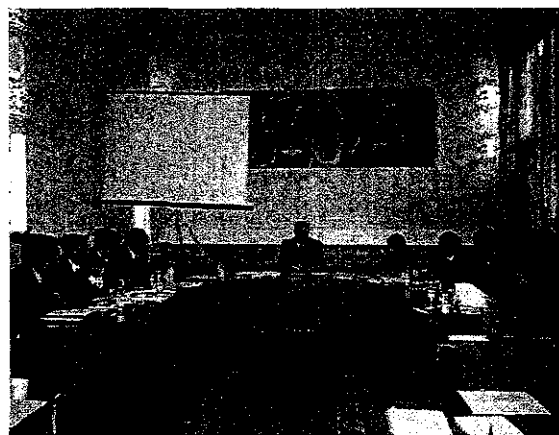
### ■ Совещание Круглого стола для доноров

Чтобы получить представление о Генеральном плане и определить сообща актуальные, важнейшие задачи сектора здравоохранения в семинаре приняли участие доноры и представителя НГО.



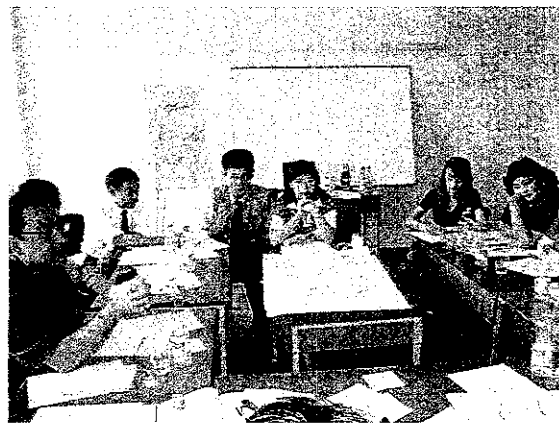
### ■ Совещание специальной группы (женская группа)

Чтобы получить представление о потребностях махалли и вместительности здания медучреждения в районе исследования была собрана специальная группа для обсуждения.



### ■ Координационный комитет

Координационный комитет организован как с целью установления консенсуса между заинтересованными министерствами так и для обсуждения Генерального плана.



### ■ Собрание рабочей группы

Несколько раз в целях эффективного исследования и обсуждения состоялись собрания рабочих групп с участием доноров, партнеров и специалистов.



### ■ Собрание специальной группы (медицинские работники)

В целях прояснения ситуации поставщиков медицинских услуг и получателей таковых была собрана специальная группа. Когда одновременно присутствовали обе стороны, получатели мед.услуг стеснялись высказывать свое мнение из-за неравного положения между врачами и пациентами.

## СЖАТОЕ РЕЗЮМЕ

### 1. Введение

#### 1.1 Контекст изучения

С приобретением независимости в 1991г., Узбекистан взял курс на осуществление демократических институтов и реформ. С распадом бывшей социалистической системы, финансирование системы здравоохранения стало особенно затруднительным, особенно в отношении поддержания необходимого уровня медицинского обслуживания населения. В результате, Правительство Узбекистана сформировало «Государственную программу по Реформированию системы здравоохранения (1998-2005 гг.)», наметившую политику по совершенствованию сектора здравоохранения в стране.

Правительство Узбекистана обратилось с просьбой к Правительству Японии об оказании помощи в подготовке Генерального плана для улучшения положения в здравоохранении и сфере оказания медицинских услуг по всей стране. В ответ на эту просьбу, изучение по реформированию системы здравоохранения в республике Узбекистан проведено с октября 2002 г. по октябрь 2003 г.

#### 1.2 Обзор изучения

Целями изучения являются (1) разработка Генерального плана для улучшения здравоохранения и медицинских услуг на национальном уровне Узбекистана, обеспечивающего необходимые предпосылки для успешного осуществления «Национальной программы Реформирования здравоохранения», (2) осуществление технической передачи методологии изучения узбекским партнерам путем проведения изучения.

Изучение проведено на всей территории Республики Узбекистан и зона основного изучения включает в себе шесть областей: Ташкент (включая г. Ташкент, Бухара, Самарканд, Фергана и Республика Каракалпакстан). Изучение проведено в двух фазах: первая фаза - с октября 2002 г по март 2003 г., вторая фаза – с апреля 2003 г. по октябрь 2003 г.

## **1.3 Методология изучения**

### **1.3.1 Основное изучение**

Основное изучение проведено для того, чтобы i) подробно ознакомиться с состоянием здравоохранения в Узбекистане в целом, а также в регионах, ii) собрать дополнительные данные, и iii) разработать рамку дальнейшей работы для улучшения здравоохранения в рамках Генерального плана.

Важно, чтобы объем работы включила в себе следующие аспекты, чтобы не было разрыва между предлагающими медицинских услуг и получателями медуслуг, такими, как пациенты, домохозяйство и сообщества.

- 1) Финансирование здравоохранения
- 2) Медицинские учреждения
- 3) Система переадресации пациентов
- 4) Информационная система здравоохранения
- 5) Предлагающие и поставщики медицинских услуг
- 6) Ситуация в распределении людских ресурсов
- 7) Изучение получателей медуслуг (изучение в махаллях)
  - Изучение домохозяйства
  - Антропологическое изучение в сфере общества и медицины
  - Бенефициарии

### **1.3.2 Координация и подход «участия»**

Несколько встреч и семинаров проведены с участием узбекской стороны, международных организаций, неправительственных организаций и группы изучения ЛСА. В дополнение к этому 12 рабочих групп были организованы для анализа, нахождения фактов, определения лучших практик и недостатков в существующей ситуации здравоохранения в Узбекистане. В последней стадии рабочие группы сформировали программы улучшения здравоохранения.

## **2. Ситуация в секторе здравоохранения**

- 1) Министерство Здравоохранения имеет тесные отношения с местными властями и прилагает усилия для улучшения здравоохранения, однако, система бывшего Советского Союза и влияние от нее еще остаются, из-за чего наблюдается неэффективность.

- 2) Эффективное и рациональное использование финансов редко осуществляется и финансовое состояние в секторе здравоохранения находится под угрозой по причине, например, нестабильных источников финансов. Среди административных персоналов мало, кто осведомлен в финансовых вопросах.
- 3) Министерство Здравоохранения организует упрощение системы переадресации пациентов, однако, медицинские учреждения слишком велики по количеству и по масштабу, что не отвечает спросам пациентов и актуальной ситуации здравоохранения.
- 4) Система экстренной помощи хорошо разработана на республиканском уровне, но руководство по лечению в догоспитализированной стадии в медучреждениях еще не целесообразно применяется.
- 5) На специализированные медучреждения возлагается не только предоставление высококачественных медслужб, но и проведение обучения медперсоналам и необходимых научных исследований. Однако, некоторые специализированные медучреждения не полностью выполняют свою функцию.
- 6) Система переливания крови имеет проблему. Система обеспечения безопасной крови не очень надежна с точки зрения профилактики ВИЧ инфекции.
- 7) План об укреплении медицинского обслуживания на уровне первичной медико-санитарной помощи (СВП) внедряется Всемирным банком, однако, медучреждения на районном и областном уровнях не всегда функционируют эффективно.
- 8) Существующее оборудование не всегда позволяет оказать адекватные медицинские услуги. Управление оборудованием, т.е. эксплуатация и техническое обслуживание, слабо.
- 9) Прием студентов в медицинские учебные заведения, медсестринские училища и колледж определяется без учета спроса на рынке труда. Обучение средних медицинских персоналов (включая медсестер), не достаточно. Статус медсестер с высшим образованием в нынешней системе здравоохранения еще неясен.
- 10) Между «Дори Дармой» и медучреждениями наблюдается отсутствие контактов и системы обмена информацией о запасах лекарств. Переподготовка провизоров и фармацевтов проводится, но не очень организованно. Недостаток лекарств на первичном и вторичном уровнях наблюдается.
- 11) Не существует унифицированный стиль и координации между базами данных, разработанными международными организациями, донорами и РИАЦом.

Недостаточно обучение и руководство для развития рационального и систематического управления отчетами, статистиками и информационной системой.

- 12) Ограниченное медоборудование и основное лекарство на уровне первичного здравоохранения наблюдается вне проектных регионов Всемирного банка.
- 13) Количество СВП и посещения на дому семейными врачами увеличивается в проектных регионах Всемирного банка. Однако, существующая методика ИОК (информация, образование и коммуникация) и образ поведения медперсоналов не соответствуют с спросом в обществе после приобретения независимости.
- 14) Коэффициент материнской смертности и коэффициент новорожденной смертности увеличиваются, несмотря на социальное развитие и государственная программа охраны матери и ребенка. Однако, применяются определение и основные показатели во времена СССР, и существует разница между международным стандартом.
- 15) Существует сложная система переадресации пациентов среди медучреждений, занимающихся санитарией, гигиеной и профилактикой инфекционных болезней. Связи между медучреждениями другой сферы и лабораториями не всегда целесообразно проводится.

### **3. Генеральный план**

#### **3.1 Целевые годы и население**

Целевые годы осуществления реформирования системы здравоохранения планируются 2005 г. (краткосрочный целевой год), 2010 г. (среднесрочный и долгосрочный целевой год). В дополнение к этому, окончательный целевой год следующей «Национальной программы Реформирования здравоохранения» будет намерен целевой год Генерального плана. Численность населения Узбекистана в среднесрочном и долгосрочном целевом году (2010 г.), разработанная на основе нижнего варианта UNFPA, 1,31% (2000-2005 гг.) и 1,31% (2005-2010 гг.), составит 28 мил. в 2010 г. Расходы здравоохранения от ВВП в 2010 г. ожидается повышены с 197,6 трил. сум на 395,2 трил. сум (201,6 тыс.долл.США на 403,2 тыс.долл.США). Расходы здравоохранения на душу населения составит с с 7 000 сум на 14 000 сум (7,2 долл.США на 14,4 долл.США).

### 3.2 Общие цели, объекты, стратегии Генерального плана

#### (1) Общие цели

Общей целью Генерального плана является улучшение ситуации здравоохранения и укрепление здоровья всего населения в Узбекистане путем ликвидации факторов, препятствующих развитию существующей системы медицинских услуг.

(Показатель для мониторинга в течение целевых лет.)

	2001 г.	2005 г.	2010 г.
IMR: Новорожденная смертность (на 1 000 родов)	51,0	46,1	40,1
MMR: Материнская смертность (на 100 000 родов)	34,1	31,7	28,6
U5MR: Младенческая смертность в возрасте ниже 5 (на 1 000 родов)	67,0	60,6	52,7

#### (2) Цель и стратегии

##### Цель А [Гуманность и справедливость]

"Улучшение качества медицинских услуг и обеспечение равного доступа к медицинским услугам для всего населения".

##### ➤ Стратегия А1

Улучшение и обеспечение качественной первичной медико-санитарной помощи и медуслуг для охраны матери и ребенка.

##### ➤ Стратегия А2

Улучшение качества клинических медицинских услуг и укрепление административных способностей в медучреждениях.

##### ➤ Стратегия А3

Усовершенствование медицинской технологии и исследовательской деятельности.

##### Цель Б [Эффективность и стабильность]

"Создание эффективной системы медицинских услуг для здоровья населения".

##### ➤ Стратегия Б1

Определение медучреждения в системе переадресации пациентов и усовершенствование системы переадресации.

##### ➤ Стратегия Б2

Улучшение и рационализация медицинских услуг на районном и областном уровнях.

##### ➤ Стратегия Б3

Улучшение эффективности медучреждений, оборудования, обеспечения лекарствами и функциональности деятельности в больнице.

➤ **Стратегия Б4**

Создание информационной системы управления здравоохранением.

**Цель В [Рентабельность и стабильность]**

"Эффективное использование финансов здравоохранения и введение нового механизма финансирования".

➤ **Стратегия В1**

Эффективное использование бюджета.

➤ **Стратегия В2**

Укрепление способностей к управлению финансами в медучреждениях в плане для административного управления здравоохранением.

➤ **Стратегия В3**

Улучшение профилактической медицины и оказание медицинских услуг и лечения пациентам, находящимся в ранней стадии заболевания для минимизации затрат лечения.

➤ **Стратегия В4**

Введение новой системы финансирования (медстрахование, охватывающее все население страны) и учреждение законодательной базы для этого.

**4. Предлагаемая программа по приоритетности**

**4.1 Финансирование здравоохранения: 2004–2010 гг.**

Общей целью этой программы является развитие системы финансирования в секторе здравоохранения, позволяющее повысить потенциал сектора здравоохранения. Тем самым, можно обеспечить здоровье для населения страны и в настоящее время, и в будущем. Основные цели и компоненты ниже:

- 1) Укрепить финансовую базу системы здравоохранения посредством реформирования распределения бюджетов.
  - Гарантия бесплатного пакета медицинских услуг.
  - Реформа распределения бюджетов.
  - Реформа финансирования смешанного типа.
  - Привлечение помощи из иностранных стран и инвестиции и кредитов в сектор здравоохранения.



- 2) Ускорить создание рыночных отношений в сфере предоставлении медицинских услуг и, в то же время, обеспечивать механизм защиты бедных и уязвимых групп населения.
  - Введение тарифной системы в учреждения общественного здравоохранения.
  - Деятельность развития частного сектора.
- 3) Ввести систему группирования рисков и покупательских функций в сфере здравоохранения путем медстрахования (см. «Программа по приоритетности 4.2») и
  - Планирование развития системы обязательного медстрахования.
  - Развитие законодательной базы для программы.
  - Разработка информационной системы и системы отчетности для медицинского страхования.
- 4) Усилить потенциал для развития, поддержки, управления и мониторинга реформ, проводимых в системе финансирования здравоохранения.
  - Применение и введение национального учета здравоохранения для мониторинга продуктивности системы.
  - Институциональная деятельность для улучшения и управления реформами здравоохранения.
  - Организация группы, отвечающей за финансирование здравоохранения в ведении Минздрава.

Период этой программы с 2004 г. по 2010 г. Министерство Здравоохранения будет исполнять программу с указаниями от специальной группы, состоящей из Министерства Финансов и Макроэкономики и Статистики, Кабинета Министров и других организаций. Единица политики финансирования здравоохранения в ведении Минздрава будет организована для наблюдения за проектом.

#### **4.2 Программа национального медицинского страхования для Узбекистана**

Целью является развитие группирования рисков и покупательских функций путем системы медицинского страхования: рамка финансирования здравоохранения будет применена в учетной системе здравоохранения, функцию финансирования и

источники финансов. 4 основных источника фондов ниже:

- 1) Общие доходы национальных или местных государственных органов, главным образом, основанные на налогах.
- 2) Обязательное медицинское страхование или мандатные схемы страхования. Оплата для такой обязательной системы считается налогом.
- 3) Схемы добровольного медицинского страхования, в которые вступают и которые оплачиваются индивидуалами или другими группами от имени индивидуалов.
- 4) Оплата наличными относится к индивидуальными или к оплате населения при которой получение услуги производится в виде прямых платежей пользователя или не прямых, через взносы в страховой фонд. Наличные оплаты могут также быть официальной со-оплатой к бесплатным или страховым схемам или неофициальным платежам или оплатой, производимой персоналу или за услуги, которые не признаются по закону.

Характерные черты предлагаемой системы

- 1) Это система поэтапного развития.
  - а. Реформы в альтернативных схемах оплаты поставщиков для реформированной системы поставок/снабжения здравоохранения.
  - б. Проведение экспериментов по предоплате в махалях и на предприятиях.
  - в. Создание учреждения на основе слияния наличных средств.
  - г. Принятие системы классификации болезней и усовершенствованных информационных систем для временных и точных данных.
  - д. Нормативная база для обязательного медицинского страхования.
  - е. Постепенное осуществление требует определения критерия для охвата и расширения.
- 2) Обязательное объединение фондов предполагается произвести через год после создания нормативной базы для обязательного медицинского страхования.
- 3) Это будет система Единого Страхового фонда, с Национальным агентством по Медицинскому Страхованию (NHIA - НАМС), которое будет ответственно за сборы частных фондов и слияние взносов.
- 4) Использование местных бюджетных систем для учреждений, согласно новым схемам оплаты поставщиков.
- 5) Оплата поставщикам будет производиться на основе оговоренных ставок и оплату конкретных случаев.

В стадии развития потребует возможностей, чтобы предпринять следующую деятельность:

- 1) Определить пакет услуг, если это не общий.
- 2) Создание и понимание системы цен в здравоохранении.
- 3) Актуарное определение (по статистике страховых случаев) структуры взносов и выплат.
- 4) Системы аккредитации.
- 5) Основные функции страхования: членство, платная услуга, претензии/и или выплаты, инвестиции, маркетинг.
- 6) Информированность об опыте в сфере медицинского страхования в целях улучшения разработки предлагаемой системы.

#### **4.3 Улучшение медицинских услуг на районном уровне**

Общей целью является создание крепкой системы медицинских услуг в сельской местности на районном уровне. Конкретной целью является создания программы улучшения медицинских услуг и установление качественной модели на основе ЦРБ, которая играет главную роль. Результат этой программы и ноу-хоу, полученное в процессе осуществления программы будут распространены на национальном уровне.

Организацией исполнения программы будет Министерство Здравоохранения, районные и областные управления здравоохранения и ЦРБ-реципиенты. Продолжительность программы составляет 3 года, будет применен поэтапный подход. Компоненты и деятельности показаны ниже:

**Этап 1:** Формулировка экспериментальной модельной программы и детального плана действия для системы медицинских услуг на районном уровне (технико-экономическое обоснование).

**Этап 2:** Создание системы управления для служб первой помощи в модельных районах.

- а. Усовершенствование модельной центральной районной больницы (ЦРБ) посредством поставки оборудования и специалиста.
- б. Укрепление возможностей по оказанию медицинских услуг в модельных ЦРБ.
- в. Создание системы услуг первой медпомощи, сосредоточенной в ЦРБ (в

сотрудничестве с СВГ).

- г. Укрепление координации и сотрудничества с вышестоящими учреждениями для обращения, типа областной больницы общего профиля, специализированных больниц/бесплатных диспансеров.
- д. Создание системы для профилактической медицины, раннего диагноза и раннего лечения в модельных районах.

**Этап 3:** Формулировка модели пакета для расширения до общенационального уровня через выполнение вышеупомянутых программ и результаты мониторинга.

**Этап 4:** Расширение модели пакета до других районов (рекомендация другого проекта)

#### **4.4 Улучшение системы медицинских услуг в области и в областной многопрофильной больницы**

Общей целью является создание областной системы эффективных медицинских услуг путем улучшения областной многопрофильной больницы. Модель для централизованных и объединенных медуслуг на областном уровне будет представлен на базе областной многопрофильной больницы. Результат этой программы и ноу-хоу, полученное в процессе осуществления, будут распространены на национальном уровне.

Организацией исполнения программы будет Министерство Здравоохранения, районные и областные управления здравоохранения и областная многопрофильная больница-реципиенты. Продолжительность программы составляет 3 года, начиная с 2004 по 2008 г., будет применен поэтапный подход. Компоненты и деятельности показаны ниже:

**Этап 1:** Формулировка экспериментальной модельной программы, детального плана действия и плана для медицинской системы на областном уровне и областной многопрофильной больницы.

**Этап 2:** Создание управленческой системы больниц и системы медицинских услуг по образцу областной многопрофильной больницы.

- а. Интеграция и усовершенствование функций больницы (схема мед. учреждения, маршрут перемещения пациентов и персонала в больнице).
- б. Централизация/объединение лабораторных функций, которые в настоящее время разбросаны в каждом специализированном медицинском учреждении, областной многопрофильной больнице и в других медицинских учреждениях.
- в. Интеграция и модернизация системы переливания крови на уровне области.
- г. Объединение областной многопрофильной больницы и других специализированных медицинских учреждений.
- д. Объединение вышеупомянутой областной многопрофильной больницы и Центра неотложной помощи.
- е. Строительство или реконструкция медицинских учреждений и поставка оборудования для централизации и объединения системы медицинских услуг.

**Этап 3:** Формулировка модельного пакета для расширения до общенационального уровня посредством выполнения вышеупомянутых программ и результаты мониторинга.

**Этап 4:** Расширение модельной больницы/системы на другие области (рекомендация другого проекта).

#### **4.5 Учреждение информационной системы управления здравоохранением**

Целью этой программы является повышение административного потенциала здравоохранения в плане планирования, мониторинга и принятия правильных действий для управления медицинских услуг. Конкретной целью является выпуск информации своевременной, новейшей и интегрированной во всех аспектах здравоохранения и социальной защиты.

Организацией исполнения программы будет РИАЦ на национальном уровне, областные бюро статистики, районные отделения статистики и методологии. Продолжительность программы составляет 5 лет, из них в течение первых 4 лет будет осуществлена программа и в 5-м году проведен обзор осуществимой программы.

Компоненты и деятельности в рамках этой программы показаны ниже:

- 1) Упрощение регистрации и отчетности.
- 2) Развитие обратной связи.
- 3) Улучшение производительности системы показателя.
- 4) Обучение ключевых людей в информационной системе управления здравоохранением.
- 5) Снабжение компьютерным оборудованием областям и районам.
- 6) Усовершенствование и установка MEDSTAT (пакет медицинских статистик) в областях и районах.
- 7) Создание координации и механизм связи между департаментами.
- 8) Обзор информационной системы управления здравоохранением.

#### **4.6 Усовершенствование системы переливания крови**

Общей целью этой программы является укрепление возможности тестирования крови, создание безопасной системы использования крови, обеспечить сбалансированного спроса и предложения крови и учреждение затратно-эффективной системы переливания крови путем введения системы добровольного донорства крови. Система переливания крови позволяет предотвратить расширения серьезных инфекционных заболеваний, как ВИЧ инфекция. Эта программа требует сотрудничества и партнерства с международными организациями и неправительственными организациями, активно работающими в этой сфере в сотрудничестве с махаллями.

Организацией исполнения программы является комитет исполнения в ведении Министерства Здравоохранения на национальном уровне, включая директора Республиканского центра переливания крови. Облздрав, областной центр переливания крови и областная многопрофильная больница являются организацией исполнения на областном уровне. Продолжительность этой программы составляет 3 года, будет применен поэтапный подход. Компоненты и деятельности показаны ниже:

**Этап I:** Формулировка и подготовка экспериментальной модельной программы, детального плана действия и плана для системы переливания крови на областном уровне.

- a. Выполнение технико-экономического обоснования по объединению модельной системы переливания крови на уровне области и формулировка

программ по усовершенствованию и планов действия для экспериментальных областей изучения.

**Этап 2:** Создание модельной системы переливания крови в модельном центре переливания крови на областном уровне.

- а. Создание объединенного главного центра анализа крови и интегрированного центра переливания крови.
- б. Создание объединенного управления переливания крови (сбор крови, анализ крови, хранение и поставка).
- в. Укрепление центральной лаборатории по анализу крови.
- г. Содействие системе переливания крови посредством донорской деятельности.
- д. Интеграция и модернизация системы переливания крови на уровне области.

**Этап 3:** Формулировка модельного пакета для расширения до общенационального уровня посредством выполнения вышеупомянутых программ и результатов мониторинга.

**Этап 4:** Расширение модельной системы на другие области (рекомендация проекта стадии 2).

#### **4.7 Региональная программа**

Данный Генеральный план предлагает и программу, применяющую региональный подход.

##### **(1) Модель медицинских услуг городского типа.**

- 1) Городской модель первой медико-санитарной помощи, к которой амбулаторные больные впервые обращаются, будет создан: городской врачебный пункт и/или медучреждения первичного здравоохранения. И центральная районная больница (ЦРБ), как медучреждения первого обращения стационарного больного, и расширенная система будут сохранены.
- 2) Возможность и компетентность Министерства Здравоохранения для мониторинга и наблюдения за частным сектором будут укреплены. Руководство и стандарт по обеспечения качественных медицинских услуг частным сектором будут разработаны.

- 3) Возможность и потенциал специализированных институтов, как высшие медучреждения в системе переадресации пациентов, будут увеличены: оказание прогрессивной специализированной медпомощи, проведения обучения и подготовки специалистов-врачей исследовательской работы.

**(2) Модель медицинских услуг отдаленной местности**

- 1) Более эффективной системы переадресации пациентов в головные медучреждения будет учреждена путем снабжения инструментами коммуникации и средствами транспортировки.
- 2) В случае отдаленной зоны, медицинские услуги, оказанные в ФАП под контролем ЦРБ и СВП, будут улучшены.
- 3) На основе законодательства будет осуществлено распределение медицинских ресурсов (финансы, людские ресурсы, лекарства и оборудование) приоритетно в отдаленных местностях.
- 4) Система поставки лекарств на основе участия сообществ особенно в отдаленных местностях будет рекомендована: «махаллинские» аптеки и/или оборотный фонд для закупки лекарств.



**СОДЕРЖАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ОТЧЕТА  
ПО ИССЛЕДОВАНИЮ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ  
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

КАРТА  
ФОТОГРАФИИ  
КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ  
СОДЕРЖАНИЕ  
СПИСОК ТАБЛИЦ  
СПИСОК СХЕМ  
АББРЕВИАТУРЫ

	Стр
<b>ЧАСТЬ I КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ</b>	
1. Введение-----	1-1
1.1 Предпосылка исследования-----	1-1
1.2 Цели изучения -----	1-3
1.3 Область изучения -----	1-4
1.4 Сроки изучения-----	1-4
1.5 Методология изучения-----	1-4
1.5.1 Первый год изучения (Фаза I)-----	1-4
1.5.2 Второй год изучения (Фаза II)-----	1-5
2. Социально-экономическое положение Узбекистана-----	2-1
2.1 География-----	2-1
2.2 Социально-экономические условия.-----	2-1
2.3 Состояние здравоохранения в Узбекистане-----	2-4
2.3.1 Население и демографическая структура-----	2-4
2.3.2 Структура смертности и заболеваемости-----	2-5
2.3.3 Эпидемиологическое исследование по основным заболеваниям ----	2-7
2.3.4 Состояние дел в сфере питания-----	2-8
3. Координация и подход «участия»-----	3-1
3.1 Объяснение и обсуждения Первоначального отчета-----	3-1
3.1.1 Совещание партнеров в отношении Первоначального отчета-----	3-1
3.1.2 Координационный комитет по Первоначальному отчету-----	3-2

3.1.3	Круглый стол по Первоначальному отчету	3-3
3.1.4	Семинар по Первоначальному отчету	3-4
3.2	Рабочие группы	3-5
3.3	Объяснение и обсуждение Промежуточного отчета	3-8
3.4	Разъяснение и обсуждение проекта окончательного отчета	3-9

## ЧАСТЬ II СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.	Администрация здравоохранения	4-1
4.1	Администрация и организация здравоохранения	4-1
4.2	Программы развития и соответствующие нормативные акты.	4-5
5.	Финансирование здравоохранения	5-1
5.1	Введение	5-1
5.2	Объект обсуждения	5-1
5.3	Вопросы финансирования в сфере здравоохранения	5-2
5.3.1	Уровень финансирования	5-2
5.3.2	Бюджетное ассигнование и распределение	5-3
5.3.3	Источники финансирования	5-5
5.3.4	Обширная система гарантий	5-6
5.3.5	Наличные платежи и неформальные платежи.	5-8
5.3.6	Другие вопросы	5-10
5.4	Новые инициативы в финансировании здравоохранения	5-11
6.	Система направления пациентов	6-1
6.1	Медицинские услуги	6-1
6.2	Система экстренной медицинской помощи	6-4
6.2.1	Введение	6-4
6.2.2	Центры экстренной помощи	6-5
6.2.3	Служба скорой помощи «03»	6-8
6.2.4	Служба «аварийной медицины»	6-11
6.2.5	Санитарная авиация	6-11
6.3	Система специализированной медицинской помощи	6-12
6.3.1	Ситуация и проблемы	6-12
6.3.2	Понимание и функция специализированного ухода	6-13
6.4	Система переливания крови	6-16
6.4.1	Структура и функция	6-16
6.4.2	Перестройка системы переливания крови	6-17

6.4.3	Доноры и количество сбора крови	6-19
6.4.4	Продукты из замороженных эритроцитов и фракции плазмы	6-19
6.4.5	Меры безопасности (анализ)	6-20
7.	Медицинские учреждения и оборудование	7-1
7.1	Общая ситуация	7-1
7.1.1	Условия доступа	7-1
7.1.2	Состояние здания медицинского учреждения: областное, районное и СВП	7-1
7.1.3	Состояние медицинского оборудования в настоящее время.	7-5
7.1.4	Эксплуатация и техобслуживание	7-7
7.1.5	Мобилизация скорой помощи	7-8
7.1.6	Местные агентства и местное производство медоборудования.	7-8
7.1.7	Приобретение нового медицинского оборудования	7-9
7.1.8	Медицинское оборудование, предоставленное донорами	7-9
7.2	Инвестиция для следующего этапа	7-10
8.	Развитие кадрового потенциала	8-1
8.1	Введение	8-1
8.1.1	Методология	8-1
8.1.2	Рамка изучения и объем	8-2
8.2	Кадровый потенциал в области здравоохранения Республики Узбекистан	8-3
8.2.1	Типы и распределение рабочей силы в секторе здравоохранения	8-3
8.2.2	Система трудоустройства	8-7
8.2.3	Разработка кадровой политики	8-8
8.3	Система медицинского образования и подготовки	8-10
8.3.1	Структура медицинского образования	8-10
8.3.2	Управление в системе образования	8-22
8.3.3	Финансирование медицинского образования	8-25
8.3.4	Медицинская наука и подготовка научных кадров	8-27
8.3.5	Учебная литература и другие информационные ресурсы	8-30
8.3.6	Деятельность международных организаций и сотрудничество	8-32
8.4	Общая оценка	8-32
8.4.1	Достигнутые результаты в медицинском образовании в Республике Узбекистан	8-33
8.4.2	Проблемы	8-34

9.	Логистика поставки лекарственных препаратов.	9-1
9.1	Законодательные вопросы	9-1
9.1.1	Правовые рамки	9-1
9.1.2	Государственная лекарственная политика.	9-3
9.1.3	Планы	9-3
9.2	Система закупки и распределения лекарственных препаратов	9-6
9.2.1	Бюджет на лекарственные препараты и финансирование поставки лекарственных препаратов	9-6
9.2.2	Кадровый потенциал в фармацевтическом секторе	9-7
9.2.3	Система распределения лекарств (Дори Дармон)	9-8
9.2.4	Производство отечественных лекарств	9-11
9.3	Доступность лекарств	9-12
9.3.1	Общественный сектор	9-12
9.3.2	Инвентарный менеджмент	9-16
9.4	Использование лекарственных препаратов	9-21
9.5	Заключение и рекомендации	9-23
9.5.1	Заключение	9-23
9.5.2	Рекомендации	9-24
10.	Информационная система здравоохранения	10-1
10.1	Информационная система управления здравоохранением (ИСУЗ): А Краткий обзор	10-1
10.2	Организационные мероприятия ИСУЗ в Узбекистане	10-2
10.3	Республиканский информационный аналитический центр (РИАЦ): описание и оценка	10-5
10.4	Областное бюро медицинской статистики	10-8
10.5	Информационная система здравоохранения на первичном уровне	10-11
10.6	Существующая система составления отчетности о рождаемости, смертности и браках в Узбекистане (ЗАГС)	10-17
10.7	Краткое изложение проекта ЗдравПлюс	10-22
10.8	Заметки по состоянию компьютеризации в отделениях здравоохранения	10-23
10.9	Замечания по государственной информационной системе здравоохранения	10-23
10.10	Проблемы	10-24
11.	Первичная медико-санитарная помощь	11-1
11.1	Определение первичной медико-санитарной помощи	11-1
11.1.1	Организация и Управление	11-2

11.1.2 Роль СВП и текущая ситуация	11-3
11.1.3 Текущие мероприятия в первичной медико-санитарной помощи	11-4
11.1.4 Проекты «Здоровье-1 и -2» Всемирного банка	11-8
11.2 Действия общины, направленные на охрану здоровья	11-10
11.2.1 Статус общины	11-10
11.3 Охрана материнства и детства	11-21
11.3.1 Организация и управление	11-21
11.3.2 Положения и стратегия	11-23
11.3.3 Учреждения и оборудование	11-28
11.3.4 Состояние дел в области охраны материнства и детства в настоящее время	11-29
11.4 Санитария и гигиена	11-41
11.4.1 Организация и менеджмент	11-41
11.4.2 Безопасное водоснабжение	11-45
11.5 Инфекционные болезни	11-52
11.5.1 Текущая ситуация с инфекционными болезнями в Узбекистане	11-52
11.5.2 Проблемы, связанные с системой лечения инфекционных болезней	11-55
11.5.3 Рекомендация для рациональной системы лечения	11-56
12. Участие общества	12-1
12.1 Махалли	12-1
12.2 Социальное обеспечение	12-6
12.3 Полевое изучение в махаллях	12-7
12.4 Отношение махаллей к медицинским учреждениям и уходу	12-10
12.5 Фонд махалли	12-11
12.6 Заключение	12-12
13. Основное изучение	13-1
13.1 Подготовка основного изучения	13-1
13.1.1 Выбор и ситуация областей изучения	13-2
13.1.2 Методология полевого изучения	13-6
13.2 Результаты основного изучения	13-10
13.2.1 Обзор изучения на основе вопросников и результатов	13-10
14. Деятельность донорских организаций в секторе здравоохранения	14-1
14.1 Многостороннее сотрудничество	14-1
14.2 Двустороннее сотрудничество	14-3
14.3 Негосударственные организации (НГО)	14-4
14.4 Обзор проекта «Здоровье-1»	14-5

14.4.1 Краткое содержание Проекта «Здоровье-1»-----	14-5
14.4.2 Цели и оценка -----	14-5
14.4.3 Основной подход оценки-----	14-6
14.4.4 Оценочная матрица-----	14-7
14.4.5 Оценка достижений проекта -----	14-7
14.4.6 Оценка по пяти критериям -----	14-8
14.4.7 Рекомендации-----	14-9

### ЧАСТЬ III ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПЛАН

15. Составление Генерального плана системы медицинских услуг -----	15-1
15.1 Процесс ситуационного анализа и оценки государственной программы реформы здравоохранения-----	15-1
15.2 Лучшая практика, проблемные вопросы и препятствия существующего медицинского обслуживания-----	15-24
15.3 Проспективная оценка населения -----	15-35
15.4 Макро-экономический прогноз -----	15-36
15.5 Цели по улучшению здравоохранения на целевые годы -----	15-38
15.6 Основные принципы разработки стратегии для достижения целей -----	15-39
15.6.1 Основные принципы формулирования Генерального плана (ГП) ----	15-39
15.6.2 Цели и стратегия Генерального плана-----	15-40
15.7 Основной подход к планированию процесса формулирования Генерального плана -----	15-44
15.7.1 Разработка поэтапного подхода -----	15-44
15.7.2 Эффективное распределение ресурсов в Генеральном плане-----	15-44
15.8 Программа улучшения на основе Генерального плана -----	15-46
15.8.1 Секторальная программа улучшения -----	15-46
15.8.2 Комплексная программа улучшения-----	15-63
15.8.3 Концепция программ поэтапного улучшения -----	15-69
16. Приоритетные программы-----	16-1
16.1 Генеральный План по финансированию здравоохранения : 2004–2010 гг. -----	16-7
16.2 Направления программы национального страхования здоровья для Узбекистана-----	16-20
16.3 Улучшение медицинских услуг на уровне района -----	16-45
16.4 Улучшение системы медицинских услуг в области и областной многопрофильной больнице-----	16-58

16.5	Создание информационной системы управления здравоохранением	16-74
16.6	Улучшение системы переливания крови	16-87
16.7	Мониторинг, оценка и оценка стоимости приоритетной программы	16-100
17.	Передача технологии местным партнерам	17-1
17.1	Передача технологии по финансированию здравоохранения	17-1
17.2	Осуществление передачи технологии по ГИС	17-3
17.3	Осуществление передачи технологии рабочими группами	17-5

## ПРИЛОЖЕНИЕ

1. Таблицы и Схемы
2. Список членов группы исследования и партнеров
3. Список собранных данных
4. Протоколы совещаний

## СОДЕРЖАНИЕ ТАБЛИЦ И СХЕМ

	Стр
<b>Таблицы</b>	
Таблица 2.1 Экономические показатели, Узбекистан -----	2-2
Таблица 2.2 Экономическая структура, в процентах от ВВП, 2000г. -----	2-3
Таблица 2.3 Профиль населения, 2001г. -----	2-4
Таблица 3.1 Расписание рабочих групп -----	3-7
Таблица 5.1 Распределение бюджета министерства здравоохранения (1998-2002) -----	5-3
Таблица 5.2 Источники финансирования сектора здравоохранения и доля в финансировании -----	5-5
Таблица 6.1 Тип СВП -----	6-2
Таблица 6.2 Количество медицинских учреждений -----	6-4
Таблица 6.3 Категория по ежегодному объему собранной крови -----	6-17
Таблица 6.4 Последняя тенденция положительных норм ВИЧ среди доноров -----	6-20
Таблица 8.1 Обеспеченность аптечной сети провизорами с высшим образованием на 100 тыс. населения -----	8-6
Таблица 8.2 Количество диссертаций, защищенных в системе Минздрава Республики Узбекистан с 1992 по 2001 гг. ---	8-28
Таблица 9.1 Бюджет на закупку лекарственных препаратов -----	9-6
Таблица 9.2 Сумма расходов на закупку лекарственных препаратов по области в 2002 году -----	9-7
Таблица 9.3 Доходы и расходы Дори Дармон -----	9-9
Таблица 9.4 Средняя доля в бюджете лекарств, закупаемых через Дори Дармон на двух уровнях медицинских учреждений -----	9-10
Таблица 9.5 Наименования лекарств, поставляемых в достаточном и недостаточном количестве от Дори Дармон -----	9-10
Таблица 9.6 Среднее количество видов лекарственных препаратов, поставленных в отделение аптеки по уровню медицинского учреждения -----	9-12
Таблица 9.7 Доступность индикаторных лекарств по уровню мед. учреждения ---	9-13
Таблица 9.8 Число аптек на миллион населения в каждой области изучения ---	9-17



Таблица 9.9	Использование и частота посещения медицинских учреждений по областям в 2002 г. -----	9-17
Таблица 9.10	Цены на лекарства в частной аптеке -----	9-18
Таблица 9.11	Наличие лекарств в частной аптеке -----	9-19
Таблица 10.1	Разные подсистемы информационной управленческой системы по здравоохранению -----	10-2
Таблица 10.2	Организация/ ответственные лица разных уровней-отделы -----	10-2
Таблица 10.3	Анализ РИАЦа -----	10-6
Таблица 10.4	Информационная система областного уровня: организация, информационный поток, проблемы -----	10-7
Таблица 10.5	Развернутая таблица, с описанием организаций, вовлеченных в ИСУЗ на районном уровне -----	10-10
Таблица 10.6	Санитарно эпидемиологическая информационная система- деятельность, возможности и проблемы -----	10-14
Таблица 10.7	Деятельность различных агентств и проектов в Узбекистане -----	10-20
Таблица 10.8	Жизненный цикл и проблемы информационной системы управления здравоохранением -----	10-27
Таблица 11.1	Количество абортс и использование контрацептивов (1998-2000)	11-6
Таблица 11.2	Количество зарегистрированных заболеваний (2000 г.) -----	11-7
Таблица 11.3	Заболеваемость активной формы туберкулеза по возрастным группам в 2000 г. -----	11-8
Таблица 11.4	Заболеваемость онкологических болезней по возрастным группам в 2000 г. -----	11-8
Таблица 11.5	Первичная причина обращения в медицинское учреждение -----	11-18
Таблица 11.6	Программы, координируемые донорами -----	11-26
Таблица 11.7	Изменение материнской и младенческой смертности, а также общей рождаемости (1992-2000 гг.) -----	11-29
Таблица 11.8	Определение «живорожденности» по критериям советского периода и ВОЗ -----	11-30
Таблица 11.9	Количество осложненных родов на 1 000 родов (1998-2000 гг.) ---	11-33
Таблица 11.10	Комплекс мероприятий по программе «Мать и Дитя» -----	11-39
Таблица 11.11	Основные источники водоснабжения в домохозяйствах -----	11-45
Таблица 11.12	Гигиенические Характеристики Водопроводной Воды (на ноябрь 2002 г.) -----	11-48
Таблица 11.13	Гигиенические характеристики водных объектов на местах общественного водопользования населения (на ноябрь 2002 г.) -----	11-49

Таблица 12.1	Махалли в г. Кибрае (Ташкентская область) на 1 января 2003-----	12-4
Таблица 13.1	Вопросы основного исследования: для группы исследователей и местных специалистов-субподрядчиков -----	13-1
Таблица 13.2	Обзор мест изучения -----	13-3
Таблица 14.1	Краткое содержание проекта «Здоровье-1»-----	14-5
Таблица 14.2	Пять критериев по оценке-----	14-6
Таблица 15.1	Матрица для проверки существующей ситуации по пунктам-----	15-2
Таблица 15.2	Оценка Национальной программы Реформирования здравоохранения в Республике Узбекистан (1998-2005 гг.)-----	15-4
Таблица 15.3	Прогноз роста населения, проведенный UNFPA -----	15-36
Таблица 15.4	Количественные цели по целевым годам -----	15-39
Таблица 15.5	Задачи, стратегия и деятельность для Генерального плана -----	15-39
Таблица 15.6	Выводы по проблемам ПМСП.-----	15-60
Таблица 16.1	Области для анализа ситуации и формулирования программ улучшения -----	16-1
Таблица 16.2	График и приоритетность программы улучшения -----	16-3
Таблица 16.3	Связь между целями и приоритетной программой -----	16-5
Таблица 16.4	Логические рамки финансирования здравоохранения -----	16-10
Таблица 16.5	Компоненты проекта -----	16-13
Таблица 16.6	График реализации -----	16-17
Таблица 16.7	План инвестиций с учетом важнейших вложений (в тыс.дол.) ----	16-20
Таблица 16.8	План инвестиций по периодам (в тыс.дол.) -----	16-20
Таблица 16.9	Теоретические преимущества и недостатки различных методов финансирования здравоохранения. -----	16-26
Таблица 16.10	Распределение бюджета здравоохранения Минздравом Узбекистана -----	16-30
Таблица 16.11	Медстрахование: эмпирическая оценка -----	16-33
Таблица 16.12	Бюджет и решения о финансировании страхования здоровья ----	16-44
Таблица 16.13	Структура программы по улучшению медицинских услуг на районном уровне -----	16-50
Таблица 16.14	Деятельность и компоненты проекта -----	16-52
Таблица 16.15	График выполнения проекта -----	16-55
Таблица 16.16	Назначение консультантов/экспертов-----	16-56
Таблица 16.17	Приблизительная стоимость проекта-----	16-58
Таблица 16.18	Структура программы по улучшению системы медицинских услуг на областном уровне -----	16-65
Таблица 16.19	Деятельность и компоненты проекта -----	16-68
Таблица 16.20	График выполнения проекта -----	16-70

Таблица 16.21	Назначение консультантов/специалистов-----	16-72
Таблица 16.22	Приблизительная стоимость проекта-----	16-73
Таблица 16.23	Список компонентов и объяснение -----	16-78
Таблица 16.24	Компоненты программы обучения и краткое объяснение -----	16-81
Таблица 16.25	Деятельность по годам-----	16-82
Таблица 16.26	Вклад в проект-----	16-83
Таблица 16.27	Результаты анализа доноров на ВИЧ -----	16-88
Таблица 16.28	Структура программы по улучшению системы переливания крови-----	16-92
Таблица 16.29	Деятельность и компоненты проекта-----	16-94
Таблица 16.30	График выполнения проекта -----	16-96
Таблица 16.31	Назначение консультанта/специалиста-----	16-98
Таблица 16.32	Оценочная стоимость проекта -----	16-99
Таблица 16.33	Взаимосвязь между целями, стратегией, деятельностью и программами -----	16-101
Таблица 16.34	Подробный расчет стоимости проекта по реализации приоритетной программы системы медобслуживания на районном уровне -----	16-110
Таблица 16.35	Подробный расчет стоимости проекта по реализации приоритетной программы системы областного медобслуживания -----	16-111
Таблица 16.36	Разбивка затрат на Проектформирования информационной системы по управлению здравоохранением (ИСУЗ)-----	16-112
Таблица 16.37	Подробный расчет стоимости проекта по реализации приоритетной программы системы переливания крови-----	16-113
Таблица 16.38	Годовые расходы больницы с коечным фондом на 200 чел. ----	16-120
Таблица 16.39	Годовые расходы в больнице с коечным фондом на 400 чел. ---	16-123
Таблица 17.1	Подробности обучения ГИС для партнеров-----	17-5

## Схемы

Схема 1.1	Схема этапов подготовки Генерального плана -----	1-6
Схема 4.1	Структура управления сектором здравоохранения в Узбекистане ----	4-2
Схема 4.2	Организационная структура Министерства здравоохранения -----	4-4
Схема 4.3	Схема структуры областного управления здравоохранения-----	4-5
Схема 5.1	Финансирование в сфере здравоохранения: обзор -----	5-2
Схема 5.2	Источники финансирования сектора здравоохранения и доля в финансировании -----	5-5
Схема 6.1	Реформа системы направления пациента на первичном	

	и вторичном уровнях -----	6-2
Схема 7.1	Система электроснабжения. -----	7-2
Схема 8.1	Распределение врачей по различным возрастным группам (данные на 1 января 2003г.) -----	8-4
Схема 8.2	Структура медицинского образования последиplomного и додипломного -----	8-11
Схема 8.3	Распределение медицинских учебных заведений, 1985 г., 1990-2002 гг. -----	8-12
Схема 8.4	Динамика приема абитуриентов в ВУЗы и СУЗы за 10 лет -----	8-16
Схема 9.1	Система распределения лекарств -----	9-8
Схема 9.2	Уровень использования медицинских учреждений в 2002г -----	9-16
Схема 9.3	Частота посещений медицинских учреждений в 2002 г. -----	9-17
Схема 9.4	Учреждение здравоохранения в услугах, которого Вы когда-либо разочаровывались -----	9-19
Схема 10.1	Взаимозависимость лечения и профилактической медицины -----	10-1
Схема 10.2	ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ -----	10-4
Схема 10.3	Амбулаторная карта пациента и система больничной информации в лечебных учреждениях первичного уровня -----	10-12
Схема 10.4	Система предоставления отчетности по инфекционным болезням -----	10-16
Схема 10.5	Существующая система регистрации рождений, смертей и браков -----	10-19
Схема 11.1	Модель воздействия ИВБДВ -----	11-34
Схема 11.2	Определение и связь санитарии окружающей среды -----	11-50
Схема 12.1	Модель структуры правления махалли -----	12-5
Схема 15.1	Алгоритм анализа ситуации. -----	15-1
Схема 15.2	Поток деятельности для формулирования эффективных программ распределения ресурсов -----	15-45
Схема 15.3	Связь между страхованием, пациентом и поставщиком. -----	15-48
Схема 15.4	Структура улучшенного первичного здравоохранения. -----	15-59
Схема 15.5	Всеобъемлющая программа для улучшения регионально й ситуации -----	15-64
Схема 16.1	Концепция всеобъемлющей программы -----	16-2
Схема 16.2	Связь с целями ГП и приоритетные программы -----	16-7
Схема 16.3	Схема функциональных систем: Реформы финансирования здравоохранения -----	16-23
Схема 16.4	Действующая системв финансирования здравоохранения в Узбекистане -----	16-29

Схема 16.5 Предлагаемая система финансирования здравоохранения для Узбекистана -----	16-37
Схема 16.6 Схема изображения проекта для системы медицинских услуг на районном уровне -----	16-54
Схема 16.7 Изображение предложенной структуры областной многопрофильной больницы -----	16-64
Схема 16.8 Схема упрощенного ведения журналов записей и отчетов -----	16-80
Схема 16.9 Схема ИСУЗ в рамках данного Проекта -----	16-86
Схема 16.10 Рекомендуемая система переливания крови -----	16-96



## АББРЕВИАТУРА

АБР	Азиатский Банк Развития
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ОРИ	Острые респираторные инфекции
БНМП	Бригады неотложной медицинской помощи
БСМП	Бригады специализированной медицинской помощи
СПК	Станция переливания крови
ОПК	Отделение переливания крови
ЦГБ	Центральная городская больница
ЦВЕ	Центральная и восточная Европа
ЦГСЭН	Центр государственного санитарного и эпидемиологического надзора
СиДиСи	Центр профилактики и контроля болезней (США)
СНГ	Содружество независимых государств
НМО	Непрерывное медицинское образование
ЦРБ	Цетральная районная больница
DFID	Департамент международного развития, Англия
ССЗ	Сердечно -сосудистые заболевания
ДОТС	Программы ДОТС
ДГ	Диагностические группы
ЭКГ	Электрический кардиограф
ЭПИ	Расширенная программа по иммунизации
ИФА	Иммуно-ферментный анализ
ЕС	Европейский Союз
Ф/О	Финальный отчет
ФАП	Фельдшерско акушерский пункт
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинациям и иммунизации
ВВП	Валовый внутренний продукт
ГИС	Географическая информационная система
ВНП	Валовый национальный продукт
ВОП	Врач общей практики
ИСЗ	Информационная система здравоохранения
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
МКБ	Международная Классификация болезней
Гепатит В	Гепатит В
Вирусный гепатит В	Вирусный гепатит В
Вирусный гепатит С	Вирусный гепатит С
ИЗ	Институт Здоровье
В/о	Высшее образование
МККК	Международный Комитет Красного Креста
ИСУЗ	Информационная система управления здравоохранения
ЙДН	Йод-дефицитные нарушения
ИОК	Информация, образование и коммуникация
ИВБДВ	Интегрированное введение бозней детского возраста
ДС	Детская смертность
ПМО	Промежуточный отчет

ЯАМС	Японское Агентство международного сотрудничества
ЗОП	Знания, отношение и практика
П/В	Протокол встречи
Г/П	Генеральный план
ОМД	Охрана материнства и детства
МЕДСТАТ	МЕДСТАТ (пакет программ по статистической отчетности)
МС	Материнская смертность
МЗ	Министерство здравоохранения
РКП	Развитие кадрового потенциала
ГРЗ	Группа по ресурсам здравоохранения
ПО	Первоначальный отчет
ВБГ	Врачи без границ
ОР	Отделение реанимации
НПО	Неправительственная организация
ВМС	Внутриматочная спираль
МСКО	Международные стандарты классификации образования
МОГО	Медицинское обслуживание при гражданской обороне
ГМС	Государственное медицинское страхование
ГОМС	Государственная организация по медицинскому страхованию
НОИТ	Неонатальное отделение интенсивной терапии
ВОГ	Вновь образованные государства
НКО	Некоммерческая организация
ОДА	Официальная помощь развитию
АГ	Акушерство и гинекология
МР	Масштаб работ
ОЭСР	Организация по экономическому сотрудничеству и развитию
ОБМС	Областное бюро медицинской статистики
БППП	Болезни, передаваемые половым путем
РОР	Раствор для оральной регидратация
ОСКО	Объективная структура клинических обследований
СУБ	Сельская участковая больница
ПЗ	Первичное Здравоохранение
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СВП	Сельский врачебный пункт
ТАСИС (англ аб-ра)	Техническая помощь для стран СНГ
ТБ	Туберкулез
ОФ	Общая фертильность
ООН	Организация Объединенных Наций
UNAIDS	Объединенная программа ООН по СПИДу
ПРООН	Программа развития ООН
ЮНЕСКО	Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры
ЮНДП	Фонд народонаселения ООН
УВКООНДБ	Управление Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев
ГТС	Германское Техническое содействие



ЮНИСЕФ	Детский Фонд ООН
ЦРТ	Цель развития тысячелетия
РИАЦ	Республиканский информационно аналитический центр
РОМО	Районный организационно методический отдел
РНЦЭМП	Республиканский Научно Центр экстренной медицинской по
РУ	Республика Узбекистан
СОС	Система относительной стоимости
UNODCCP	Комиссия ООН по контролю за наркотиками и предупрежде нию правонарушений
ПЗОЖСГ	Пропаганда здорового образа жизни, санитарии, гигиены
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию
СССР	Союз Советских Социалистических Республик
ВБ	Всемирный Банк
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
РСЛ	Руководство по стандартам лечения
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
УССО	Учреждение средне специального образования
ТашМИ	Ташкентский медицинский институт
Таш ИУВ	Ташкентский Институт Усовершенствования врачей
ОК	Объединенное Королевство (Великобритания)
ЗАГС	Запись актов гражданского состояния
СЭС/ЦГСЭН	Санитарно-эпидемиологическая станция /Центр государстве нного санитарно эпидемиологического контроля
ГВП	Городской врачебный пункт



**ЧАСТЬ I. КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ**



**ГЛАВА 1**  
**ВВЕДЕНИЕ**



# ЧАСТЬ I Краткое содержание

## 1. Введение

### 1.1 Предпосылка исследования

Республика Узбекистан расположена в самом центре Центрально-Азиатского региона. Площадь Узбекистана составляет 447 400 кв. км, что приблизительно в 1,2 раза больше территории Японии. Шестидесят процентов всей площади государства составляют пустыни, ограниченные на восточных и западных границах страны высокими горными цепями. Население страны в 2002 г. составляло 25,4млн. человек (Социально-экономические данные, Кабинет Министров, Узбекистан), из которых 2,5 млн. (10 % всего населения) проживают в столице Ташкент, самом большом городе в Центральной Азии. Население Узбекистана имеет тенденции к постоянному росту. Прирост населения в 1998 имел относительно низкий уровень – 1,4 % (по статистическим данным Европейского регионального бюро ВОЗа, 1999). Плотность населения меняется от региона к региону.

Сельское хозяйство специализируется на производстве хлопка, которое является основной отраслью промышленности, и в котором занято 43,4 % всего работающего населения. Развитие экономики страны во многом зависит от производства хлопка и минеральных ресурсов. ВВП на душу населения в 2002 г. составлял 347 долларов США (Социально-экономические данные, Кабинет Министров, Узбекистан, курс валюты: 980 сум/дол. США).

Страна находится в пределах сухой континентальной климатической зоны, где происходят в течение года некоторые колебания температуры воздуха. Количество осадков скудно. Выпадают они, главным образом в зимне-весенний период. В летнее время осадки фактически отсутствуют.

В отношении заболеваний, в стране наблюдается комплексный конгломерат заболеваний как развивающихся, так и промышленно развитых стран от целого ряда заболеваний дыхательного и пищеварительного тракта и инфекционных заболеваний до заболеваний сердечно-сосудистой системы и болезней, вызванных новым патогенным возбудителем. Кроме того, эта структура заболеваний существенно меняется в зависимости от региона. Также, из-за географии страны, не

имеющий выхода к морю, недостаток морских продуктов в рационе питания населения приводит к высокой степени дефицита иода и возникновению зоба. Кроме того, наблюдаются болезни, вызываемые быстрыми социологическими изменениями, в т.ч. дорожные происшествия, алкоголизм, болезни возникающие из-за жизненных привычек.

Что касается охраны здоровья матери и ребенка, уровень детской смертности (УДС) на 1 000 новорожденных снизился с 35,2 в 1991 г. до 22,3 в 1998 г. (Система здравоохранения в переходном периоде, Европейское региональное бюро ВОЗа, 2001). Однако, в различных областях страны наблюдаются различные уровни дохода и санитарных условий.

С приобретением независимости в 1991 г., Узбекистан взял курс на внедрение демократических механизмов и осуществляет реформы. На этом фоне, наблюдается излишек врачей и больничных коек из-за долгого влияния периода интеграции Узбекистана в бывший Советский Союз. С другой стороны, возникли проблемы в отношении качества оказания медицинских услуг в некоторых сельских районах. С распадом социалистической системы, имевшей место в прошлом, финансирование системы здравоохранения стало особенно затруднительным, особенно в отношении поддержания необходимого уровня обслуживания населения.

В результате, Узбекистан стал лицом к лицу с проблемой создать новую систему здравоохранения и медицинского обслуживания с особым акцентом на механизм устойчивого финансирования медицинских услуг и соответствующий баланс на уровне оказания медицинских услуг в областях.

В свете вышеуказанного, Правительство Узбекистана сформулировало «Государственную программу реформирования системы здравоохранения (1998~2005)», наметившую политику по совершенствованию сектора здравоохранения в стране. В соответствии с принятой концепцией, ряд проектов осуществляется международными организациями, донорами и неправительственными организациями, стремящимися к укреплению первичной службы здравоохранения и охраны здоровья матери и ребенка, а также предотвращения ряда инфекционных заболеваний.

С этой целью Правительство Японии до настоящего времени предоставляло различную безвозмездную помощь и расширяло техническое сотрудничество (в



области медицинского обучения и т.д.) на тему реструктурирования здравоохранения и медицинских услуг. В декабре 2000 г., японская делегация, посланная для интегрированного изучения экономического сотрудничества с Узбекистаном подтвердила необходимость улучшения здравоохранения страны и медицинских услуг.

Правительство Узбекистана впоследствии обратилось с просьбой к Правительству Японии об оказании помощи в подготовке Генерального плана (в дальнейшем именуемый как «ГП») для улучшения положения в здравоохранении и сфере оказания медицинских услуг по всей стране. В ответ правительство Японии решило провести «Изучение по реструктуризации системы здравоохранения Республики Узбекистан» (в дальнейшем именуемое как «Изучение»). Японское агентство международного сотрудничества (в дальнейшем именуемое как «JICA»), которое является официальным агентством, отвечающим за выполнение программы по техническому сотрудничеству правительства Японии, направило группу предварительного изучения в феврале 2002 г. и 21 февраля 2002 г. между двумя государствами был подписан «Объем работ» (в дальнейшем именуемый как «ОР»). В соответствии с ОР, 4 ноября 2002 г. JICA направила группу исследования в Узбекистан (в дальнейшем именуемая как «Группа изучения JICA»).

## **1.2 Цели изучения**

Целями изучения являются;

- (1) Подготовить Генеральный план по совершенствованию системы здравоохранения и медицинских услуг по всей стране, с целью создания необходимых предпосылок для успешного осуществления «Государственной программы по реформированию системы здравоохранения 1998~2005 гг.». Данное изучение должно послужить основой для составления государственного плана в сфере здравоохранения в соответствии с результатами совместно проведенной с Министерством Здравоохранения оценки вышеуказанной программы. Наиболее важными предметами в рамках исследования представляются (i) механизм финансирования системы здравоохранения, (ii) эффективное использование медицинских учреждений и трудовых ресурсов и (iii) улучшенная первичная служба здравоохранения в сельской местности.

- (2) Осуществить передачу методологии исследования узбекским партнерам в процессе исследования.

### **1.3 Область изучения**

Изучение проводится на всей территории Республики Узбекистан. Зоны изучения включают: Ташкентскую (включая город Ташкент), Бухарскую, Самаркандскую, Навоийскую, Ферганскую области и Республику Каракалпакстан. Более того, из этих шести областей было выбрано по 2 района (всего 12 районов). Краткое описание отобранных 12 районов изложено в «главе 15 - базовое изучение».

### **1.4 Сроки изучения**

Срок изучения продолжается примерно 12 месяцев, с конца октября 2002 года до середины октября 2003 года. Изучение проведено в двух фазах: первая фаза – с октября 2002 г. до марта 2003 г., вторая фаза – с апреля 2003 г. до октября 2003 г.

### **1.5 Методология изучения**

Изучение было проведено совместно с узбекскими партнерами. Кроме того, и узбекской и японской стороной была оценена существующая Государственная программа. Особое внимание уделено сотрудничеству с соответствующими донорами и неправительственными организациями.

#### **1.5.1 Первый год изучения (Фаза I)**

- 1) Проанализировать возможные затруднения и наилучший практические опыты на основании изучения (i) процесса реализации существующей государственной программы реформирования здравоохранения, (ii) деятельности международных организаций и доноров, (iii) условий взаимодействия поставщиков и получателей медицинских услуг, (iv) состояния административной системы медицинских услуг, (v) финансирования здравоохранения и (vi) ситуации в производстве, экономике, обществе и общей структуры заболеваний в стране.

- 2) Разработать проект временного Генерального плана по совершенствованию системы здравоохранения и медицинских услуг, соответствующих уровню развития страны, направленный на достижение кратко-, средне- и долгосрочных целей.

### **1.5.2 Второй год изучения (Фаза II)**

Чтобы завершить работу над Генеральным планом совершенствования сферы здравоохранения по всему Узбекистану, основанным на результатах изучения фазы I и проведенного анализа, провести обсуждение с узбекской стороной содержание промежуточного отчета и данных любых прочих соответствующих исследований в случае необходимости.

Последовательность работы исследования и разработки Генерального плана представлена на следующей странице.



Схема 1.1 Схема этапов подготовки Генерального плана

**ГЛАВА 2**  
**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ**  
**УЗБЕКИСТАНА**



## **2. Социально-экономическое положение Узбекистана**

### **2.1 География**

Узбекистан – это молодое, независимое государство, одно из самых крупных стран в Центральной Азии. После распада бывшего Советского Союза, Узбекистан был провозглашен независимым государством 31 августа 1991 г., и стал членом Содружества Независимых государств (СНГ). Первый президент, г-н Ислам Каримов, был избран в декабре 1991 г.

Узбекистан представляет собой государство, не имеющее выхода к морю, и занимает площадь в 447,4 тысяч кв. км. Он граничит с 5 странами и расположен в бассейне двух главных рек: Амударьи и Сырдарьи, занимает южную часть Аральского моря и отроги горных цепей Западного Тянь-Шаня и Гиссарского хребта, а также Алтая. Климат в значительной степени сухой, территория государства состоит из пустынь и степей и равнин, которые занимают большую часть его территории, одна третью часть его площади занимают горы и долины.

В состав Узбекистана входят 12 областей, город Ташкент и автономная Республика Каракалпакстан, 121 город, включая столицу г. Ташкент, и 163 района.

Муниципалитет на уровне сообщества называется «Махалля». Существует «Проблема Аральского моря», вызванная недостатком проточной воды из-за крупномасштабной ирригации хлопка.

### **2.2 Социально-экономические условия.**

Уникальный ландшафт богат такими природными ресурсами как газ, золото, уран и прочие минералы и тяжелые металлы. Учитывая объемы запасов газа и относительно высокий уровень образования населения, Узбекистан обладает значительным экономическим потенциалом.

Страна сумела добиться небольшого повышения валового внутреннего продукта (ВВП), несмотря на резкий спад промышленного производства в других регионах (Таблица 2.1). Это привело к росту ВВП, 4,2 % за 2000 г. и 2001г. Уровень инфляции был высоким (в 27 % и 22 % в 2001г. и 2002г, соответственно), но не таким высоким,

если сравнивать со средним показателем (41,6 %) в предыдущем периоде, по данным Всемирного банка. ВВП на душу населения в 2002 г. составил приблизительно 294 тыс.узбекских сум, повысился с предыдущего года на 33 процента. При обменном курсе 980 узбекских сум за 1 доллар США, ВВП на душу населения составлял 347 долларов США, поставив Узбекистан в категорию стран с низким доходом. Неравенство доходов при использовании показателей «Gini» составляло 0,33. Это умеренное неравенство дает неверное представление о высоком уровне бедности в 45 процентов за тот же самый период 1998 г. Используя планку уровня бедности 2,15 долларов США в день, уровень бедности по данным в 1999 г. составлял 22 процента.

Между областями наблюдается большая разница в доходах и доступности к медицинским учреждениям. Доход на душу населения в Ташкенте в 4 раза выше, чем в Самарканде (Азиатский банк развития, «Economic Outlook 2003»). Малообеспеченные слои населения в Кашкадарье в 7 раз беднее чем малообеспеченные слои населения в г. Ташкенте. Безопасная вода и санитарная техника доступна только для четверти населения городов и примерно 2 процентам сельского населения (Всемирный банк, 2003 г.).

**Таблица 2.1 Экономические показатели, Узбекистан**

	2001г.	2002г.	1996-2000гг., в среднем*
Годовой рост ВВП (средний, %)	4,2	4,2	3,3 (в реальном исчислении)
Годовая инфляция (средняя, %)	26,6	21,6	41,6
ВВП на душу населения, цены в валюте, сумы	196 543	294 458	
Коэффициент Gini			0,33** (1998г.)
% населения ниже черты бедности*			45 (1998г.) 22 (ниже \$2,15 на душу населения в день, 1999г.)

Источник: \*Совместный документ IFI по росту и долгам, февраль, 2002г., МВФ-Всемирный Банк  
 \*\*Отчёт по развитию человеческих ресурсов 2001г., UNDP (принимается за 0 как самый подходящий и за 1 как самый неподходящий). Все остальные данные предоставлены Группе ЛСА по исследованию, Департаментом внешнеэкономических связей, Кабинет Министров 14 января, 2003г.



Структура экономики, как показано в Таблице 2.2, показывает типичный профиль развивающейся экономики, т.е. составляющей самую большую долю ВВП является сфера обслуживания, вместе с сельским хозяйством и промышленностью. Сфера обслуживания составляет более 40 % от объема внутреннего продукта и обеспечивает более половины трудящихся работой. В сферу обслуживания включают розничная торговля, банковское дело и финансы, образования, строительство и другие. В секторе услуг доминирует общественное обслуживание. Тем не менее, за последние годы прирост сектора обслуживания уменьшился из-за контроля импорта (Азиатский банк развития, 2003 г.).

Сельское хозяйство составляет одну треть от ВВП, при занятости приблизительно 34 % трудоустроенного населения. Узбекистан производит одну четвертую часть мирового хлопка, и является вторым крупнейшим экспортером хлопка в мире. Доход от экспорта хлопка составил 40 % от всего экспорта. Зависимость от основных видов экспортного сырья (таких как хлопок, газ, нефть и золото) делает страну наиболее уязвимой к внешним потрясениям, воздействующими на ее рынки.

**Таблица 2.2 Экономическая структура, в процентах от ВВП, 2000г.**

	% от ВВП*	% от числа работающих**
Сельское хозяйство	33	34,4
Промышленность	25	12,8
Сфера обслуживания	43	52,8

Источники: Отчет Всемирного Банка, 2002г.

Ссылка: Совместный Документ IFI по росту и долгам, февраль 2002г., МВФ-Всемирный банк

\*\*Подсчитано по количеству мужского и женского населения Узбекистана:

Статистические данные, Департамент статистики минмакроэкономстата Республики Узбекистан

Развитие промышленности привело к значительному прогрессу, демонстрируя производственный потенциал страны в автомобилестроении, электротехнической, нефтеперерабатывающей, химико-фармацевтической и других отраслях промышленности. Техническое переоснащение и реконструкция предприятий привели к повышению объема основных промышленных средств с 42 до 52 процентов в период 1995-1999 гг. (по данным UNIC). Промышленность, однако, смогла обеспечить только только 13 процентов населения. В то же время наличие работы не спасает от бедности из-за низкой заработной платы и неуплаты зарплаты.

## 2.3 Состояние здравоохранения в Узбекистане

### 2.3.1 Население и демографическая структура

Таблица 2.3 показывает, что численность населения Узбекистана составляет 25,4 миллиона человек (2001 г.). Соответственно республика является самой большой в регионе Центральной Азии и занимает третье место по численности населения среди бывших республик Советского Союза. При этом сорок процентов населения относится к возрастной категории младше 15 лет и 6,5% - старше 60 лет, а остальная часть (54%) находится в экономически активной возрастной группе от 16 до 59 лет. Сравнение данных прошлого десятилетия (1991г.), и текущего (2001г.) выявило обратную миграцию из городов в сельскую местность. Данная тенденция вызывает интерес и требует последующих исследований. Это может существенно изменить подход к обеспечению базовыми услугами и трудоустройству.

Таблица 2.3 Профиль населения, 2001г.

		Средние данные 1989-1999 годов***
Население*	25 115 756 (2002 г.)	22,016,360
% населения**		
от 15 и младше ;	39,8	42,0(1998г.)
от 16 до 59 лет;	53,7	51,7(1998г.)
от 60 и старше	6,5	6,3(1998г.)
%постоянных жителей**		
в городской местности	37	40 (1991г.)
в сельской местности	63	60 (1991г.)

\*Данные предоставлены Кабинету Министров и департаменту международных экономических связей

\*\*разработаны на основе «Men and Women of Uzbekistan»: статистический сборник, департамент по статистике Министерства макроэкономики и статистики, РФ

\*\*\*UNICEF, Десятилетие перехода, 2001г.

Страна проводит либеральную общественную политику и 40 процентов государственных доходов выделяется общественному сектору, включающему образование, здравоохранение и социальное обеспечение. В стране имеется широкий доступ к земле и почти все жители имеют свой дом. Тем не менее, доступность основных услуг, таких как вода, водопровод и канализация, а также природный газ для отопления остается проблематической.

Официальные данные по средней продолжительности жизни были относительно

стабильными за последние годы и составили 71,3 года в 2001 г., однако данные международных источников в сравнительном контексте дают более низкий показатель - около 69 лет. Показатель общей фертильности, или числа родов на душу женского населения, остается на относительно высоком уровне в 2,7%, причем это на 1% ниже аналогичных данных, зарегистрированных десять лет назад. В целом демографическая ситуация складывается так: происходит сильное изменение картины рождаемости и смертности, но эти процессы пока еще не завершены.

Природные, экономические и демографические факторы совокупно влияют на состояние окружающей среды. Нерациональная деятельность в сфере сельскохозяйственного производства оказала воздействие на окружающую среду, причинив непоправимый экологический ущерб. Увеличение площадей пустынь внесло существенные изменения в состояние качества воздуха и воды. Было выявлено увеличение концентрации пыли. Жесткость воды повысилась, увеличилось также засоление почвы.

Перечисленные факторы оказали соответствующее воздействие на состояние здоровья населения. Заболевания сердечно-сосудистой системы и заболевания дыхательных органов являются причинами смертности. Показатели по этим двум категориям, а также по уровню паразитарных заболеваний и заболеваний органов пищеварения в Узбекистане существенно превышают аналогичные западноевропейские данные. Лишь по показателям травматизма в результате несчастных случаев, отравлений и злокачественных новообразований в Узбекистане наблюдается более положительная картина по сравнению с Европой.

### **2.3.2 Структура смертности и заболеваемости**

Анализ статистических данных по смертности и заболеваемости указывает на так называемый феномен «двойного бремени болезней», являющегося типичным для стран с переходной экономикой. С одной стороны, большинство населения заболевает и умирает от причин, которые представляется возможным предотвратить, с другой стороны, наблюдается рост числа хронических патологий и болезней, требующих дорогостоящего лечения. Несмотря на то, что такую ситуацию на данный момент еще нельзя назвать особенно тревожной, следует принять соответствующие меры в сфере здравоохранения для того, чтобы взять под контроль будущие более дорогостоящие лечебные мероприятия.

Основные причины хронических заболеваний относятся к образу жизни, недостаточному питанию и поведению населения. Сердечно-сосудистые заболевания, показатели по которым превышают западноевропейские статистические данные в пять раз, являются наиболее серьезной причиной смертности и заболеваемости. Возрастает также стандартизованный по возрасту показатель смертности от хронических заболеваний печени и цирроза печени. Причиной этого могут являться традиционные факторы, среди которых злоупотребление алкоголем, курение, повышенное содержание жиров в рационе, недостаточное употребление антиоксидантов и обнаруженная гипертония и ее недостаточное лечение. Случаи злокачественных новообразований связаны с существенным увеличением числа хронических заболеваний внутренних органов.

Основными причинами материнской смертности остаются кровотечения, токсикоз позднего срока беременности, септические осложнения и экстрагенитальные заболевания. Снижение уровня материнской смертности существенно повлияло на снижение младенческой смертности. В свою очередь, последнее было вызвано сокращением числа рожавших молодых и пожилых женщин, относящихся к группе высокого риска. Необходимо отметить такие показатели, как средний возраст вступления в первый брак превышает 20 лет, интервал между родами возрос до 3-4 лет, и широко используются контрацептивы среди женщин репродуктивного возраста.

По показателям заболеваемости необходимо отметить высокий процент инфекционных заболеваний, которые возможно предотвратить путем вакцинации. По сравнению с уровнем заболеваемости туберкулезом и инфекционным гепатитом, отмечается относительно высокий уровень числа психических заболеваний. Заболеваемость СПИДом в основном связана с наркоманами, проживающими в городах.

Показатель инвалидности приблизительно соответствует среднестатистическим данным по странам Центральной Азии. Процент инвалидов остается высоким среди работоспособной группы населения, а основными причинами физической неполноценности являются заболевания сердечно-сосудистой системы, нервной системы и органов чувств.

### **2.3.3 Эпидемиологическое исследование по основным заболеваниям**

Система ССГЭ-ПЗ (Система санитарии, гигиены, эпидемиологии и продвижения здравоохранения) была создана во времена Советского Союза и имела прочную структуру и финансовую базу. Этой системе было уделено большое внимание с первого дня приобретения независимости Республикой Узбекистан. В процессе реформирования системы здравоохранения вопрос о профилактике заболеваний находился в центре внимания и мероприятия по профилактике заболеваний осуществлялось, главным образом, с помощью системы ССГЭ-ПЗ.

#### **(1) Законодательная база**

В Республике Узбекистан имеются ряд законов в области ССГЭ-ПЗ, например, «Закон о СПИДе», «Закон о Государственной службе санитарно-эпидемиологического контроля» и т.п. А также действует несколько приказов и положений Министерства Здравоохранения касательно этого сектора.

«Республиканские центры здравоохранения», в том числе их областные и районные филиалы, были организованы на основе организации санитарных услуг и образования населения. Тем не менее, в положение о «Республиканских центрах здравоохранения» включены цели и объекты, многие из которых совпадают с целями и задачами, установленными для Министерства Здравоохранения, Республиканского информационного аналитического центра (РИАЦ), Республиканского центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (РЦГСЭН), Научного института санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний.

#### **(2) Кадровый потенциал, образование и наука**

В настоящее время Ташкентский медицинский институт 2 является единственным институтом, где готовят врачей для службы санитарно-эпидемиологического контроля.

#### **(3) Вакцинация**

Вакцинация осуществляется двумя системами: системой ГСЭН и системой первичного здравоохранения. Система ГСЭН обеспечивает централизованную поставку вакцин в медучреждениях ПЗ и осуществляет контроль за процессом вакцинации местного населения. Тем не менее, нет четкой системы покупки и

поставки вакцин и бактериологических фармпрепаратов. Главным образом их получают в качестве помощи от донорских организаций. Сумма, выделяемая из бюджета для вакцинации, крайне ограничена.

#### **(4) Лабораторное оборудование, реагенты и их транспортировка**

Большинство лабораторного оборудования, используемого в системе санитарно-гигиенического контроля, очень старое. Оно используется со времен СССР. Бывшая система централизованного оснащения оборудованием и снабжения реагентами больше не действует. В распоряжении службы в течение нескольких лет нет транспорта, необходимого для обеспечения адекватного санитарно-эпидемиологического контроля на местах.

#### **2.3.4 Состояние дел в сфере питания**

В соответствии с отчетом ВОЗа, среднее ежедневное потребление калорий на душу населения составило примерно 2,600 ккал в 1998 году. С другой стороны, по результатам исследований в случайных выборках примерно у 20% населения в возрасте от 20 до 59 лет наблюдается наличие проблемы лишнего веса. Это связано с несбалансированным питанием и высоким уровнем потребления углеводов основной частью населения.

Среди детей все еще часто встречаются случаи задержки развития, алиментарной дистрофии и низкого веса. Случаи недостаточного питания чаще встречаются в сельской местности и находятся в прямой зависимости от уровня достатка населения, т.е. ситуация с питанием групп низкого достатка обстоит хуже, чем в более обеспеченных группах. Серьезной проблемой являются состояния, связанные с недостаточностью микроэлементов, в частности, дефицит витамина А, дефицит йода, железодефицитная анемия. Заболевания щитовидной железы составляют свыше 40% и 60% населения страдает дефицитом йода. Анемией поражены 60% женщин репродуктивного возраста и 70% детей в возрасте до 5 лет. Существует также опасение, что до 40% населения Каракалпакстана испытывает недостаточность витамина А. Однако точных данных по вышеперечисленным проблемам недостаточности микроэлементов нет. Необходимо создать эффективные механизмы мониторинга.