ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ: ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ НОВОГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ ДЛЯ УЗБЕКИСТАНА

UNDP Uzbekistan

ТАШКЕНТ – 2006

ПРООН — глобальная сеть ООН по вопросам развития, поддерживающая изменения и направленная на установление связей между государствами для объединения знаний, опыта и ресурсов на благо их народов. Организация располагает представительствами в 166 странах и оказывает поддержку в разработке решений для глобальных и национальных вызовов развития. Развивая свой потенциал, государства опираются на ПРООН и наших многочисленных партнеров.

© Материалы, содержащиеся в настоящей публикации, могут быть использованы только с предварительного согласия Программы развития ООН и при условии ссылки на источник.

Анализ и рекомендации, представленные в данном Докладе, не обязательно отражают точку зрения Программы развития ООН. Данный Доклад — независимая публикация, выполненная совместными усилиями группы экспертов по поручению ПРООН.

© ПРООН, 2006, Узбекистан, 700029, г. Ташкент, ул. Т.Шевченко, 4
Тел: (998 71) 120 61 67 Факс: (998 71) 120 34 85
E-mail: registry@undp.org
Веб-сайт: www.undp.uz

АВТОРСКАЯ ГРУППА

РУКОВОДИТЕЛЬ ГРУППЫ	Саидова Галина
РУКОВОДИТЕЛЬ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	Асадов Дамин
АВТОРЫ	Фикрет Акчура
	Ахмедова Дилором
	Задорожная Раиса
	Иргашев Шухрат
	Менликулов Парахат
	Моторнюк Татьяна
	Миртоджиев Давронбек
	Насретдинходжаев Завихулла
	Ходжаева Наргиза
	Ядгарова Клара
СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ	Махмудова Рейганат
	Горбунова Ирина
МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНСУЛЬТАНТ	Теодор Херцль Тульчинский
КООРДИНАТОР ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА	Камола Сафаева
ВЕРСТКА	Сурен Сапов
ДИЗАЙН ОБЛОЖКИ	Бабур Исмаилов

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Подготовка Национального доклада стала возможной благодаря поддержке, помощи и ценному вкладу многочисленных организаций и специалистов.

Особую признательность за весомую поддержку и содействие в работе над докладом хотелось бы выразить Постоянному представителю ПР ООН в Узбекистане господину Фикрету Акчуре.

Исключительно полезные замечания и рекомендации внесли многие агентства системы ООН. Авторы глубоко признательны за профессиональные рецензии и ценные рекомендации по содержанию доклада, которые внесли Наргиза Джурабаева, Реза Хоссайни, Андро Шилакадзе, Дойна Болога, Фуад Алиев, Мартин Райзер, Евгений Абдуллаев, Лаура Рио, Азиз Худойбердиев, Нигина Байкабулова.

Авторы выражают благодарность за неоценимый вклад в подготовку данного Отчета профессору Ходжаеву Шабату и профессору Мухамеджанову Насрулле.

Авторский коллектив благодарит Госдепартамент статистики и Институт Здоровья при Министерстве Здравоохранения РУз за предоставленные статистические данные и Федерацию Обществ Защиты Прав Потребителей Узбекистана за предоставленные материалы проведенных исследований.

Огромный вклад в разработку и обсуждение основных положений доклада внесли участники круглых столов, которые состоялись в г. Ташкенте в октябре и декабре 2005 года и в июне 2006 года. Авторы признательны всем участникам за содержательную дискуссию и рекомендации и выражают отдельную благодарность за комментарии и предложения по структуре и содержанию доклада Дудукиной Ирине, Махмудовой Дилбар, Асадовой Мунире, Толиповой Асие, Мухитдиновой Озоде, Максудовой Халиде, Шариповой Мадине, Гиясовой Гузаль, Атахановой Лилие, Убайдуллаеву Абдулле.

Координатор доклада выражает отдельную благодарность за помощь и поддержку Сагимбаевой Жанар, Аношкиной Виктории и коллективу бизнес центра ПРООН в Узбекистане.

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО

Доклад о Развитии Человека в Узбекистане за 2006 год продолжает традицию ежегодного анализа ПРООН человеческого развития в стране. И по традиции темой доклада выбрана одна из приоритетных областей социально-экономического развития Узбекистана. Тема «Здоровье для всех» была выбрана не случайно. Национальная Программа реформирования здравоохранения (1999-2005) только что завершилась, и представилась возможность своевременно рассмотреть её достижения. Кроме того, многие Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ) касаются здравоохранения, и Правительственная Стратегия Повышения Благосостояния населения уделяет особое внимание сектору здравоохранения.

По сравнению со странами, имеющими такой же уровень ВВП, индикаторы состояния здоровья и ситуация в области здравоохранения в Узбекистане вызывает восхищение.

Однако, учитывая цель Правительства страны повысить уровень жизни населения, ещё многое предстоит сделать в ближайшие годы.

В своих главах доклад даёт подробное описание и анализ последних тенденций в развитии человека в Узбекистане и связывает национальные индикаторы состояния здоровья населения с индикаторами общего развития человека. Также проведено подробное обсуждение ЦРТ в Узбекистане, первоочередных задач, стоящих перед страной до 2015 года, и современных усилий Правительства по их достижению.

Рекомендации данного отчёта, в основном, касаются общественного здравоохранения, включая предложения по следующему этапу реформ здравоохранения, роли государственного и частного секторов в ходе этих реформ, необходимости повышения общественного контроля и улучшения качества медицинских услуг, предоставляемых народу Узбекистана.

Настоящий отчёт был подготовлен совместными усилиями многих министерств, научных учреждений и отдельных специалистов. В связи с этим, я бы хотел особенно поблагодарить Министерство Экономики, Министерство Здравоохранения и Государственный Комитет Статистики. Более того, вся система ООН и сообщество доноров также оказали очень ценное содействие в его подготовке.

Я хотел бы также выразить особую благодарность ПРООН госпоже Галине Саидовой, Первому Заместителю Министра Экономики, которая руководила группой талантливых авторов, в результате чего был создан исчерпывающий доклад, который чётко определяет достижения Узбекистана, а также остающиеся пробелы, требующие тесного сотрудничества Правительства, частного сектора, гражданского общества и доноров. Я хотел бы также поблагодарить доктора Камолу Сафаеву за преданность делу и компетентную организацию подготовки всего Доклада для ПРООН.

Фикрет Акчура
Постоянный представитель ПРООН
в Узбекистане

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБР	—	Азиатский банк развития
ВБ	—	Всемирный (мировой) банк
ВВП	—	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	—	Вирус иммунодефицита человека
ВМС	—	Внутриматочная спираль
ВНП	—	Валовой национальный продукт
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	—	Врач общей практики
ВТЭК	—	Врачебно-трудовая экспертная комиссия
ВУЗ	—	Высшее учебное заведение
ГСЭН	—	Государственный санитарно-эпидемический надзор
ЗОЖ	—	Здоровый образ жизни
ИБН	—	Индекс бедности населения
ИЗНУ	—	Изучение здоровья населения Узбекистана
ИППП	—	Инфекции, передающиеся половым путём
ИРГФ	—	Индекс человеческого развития с учетом гендерного фактора
ИРЧП	—	Индекс развития человеческого потенциала
ИЧР	—	Индекс человеческого развития
ЛПУ	—	Лечебно-профилактическое учреждение
МВФ	—	Мировой валютный фонд
МДИ	—	Медико-демографическое исследование
МЗ РУз	—	Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
МКБ	—	Международная классификация болезней
НИИ	—	Научно исследовательский институт
НПО	—	Неправительственная организация
ОЗПП	—	Общество защиты прав потребителей
ООН	—	Организация Объединенных Наций
ОПЖ	—	Ожидаемая продолжительность жизни
ППС	—	Паритет покупательной способности
ПРООН	—	Программа развития ООН
РСПУЖ	—	Региональная стратегия повышения уровня жизни
СВА	—	Сельские врачебные амбулатории
СВП	—	Сельский врачебный пункт
СМИ	—	Средства массовой информации
СНГ	—	Содружество независимых государств
СПБН	—	Стратегия повышения благосостояния населения
СПИД	—	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
СССР	—	Союз советских социалистических республик
СЭМ	—	Служба экстренной медицины
ФАП	—	Фельдшерско-акушерский пункт
ФОЗПУ	—	Федерация обществ защиты прав потребителей Узбекистана
ЦРБ	—	Центральная районная больница
ЦРТ	—	Цели развития тысячелетия
ЮНИСЕФ	—	Детский фонд ООН
ЮНОДК	—	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНФПА	—	Фонд ООН в области народонаселения

СОДЕРЖАНИЕ

Краткий обзор 8

Глава 1. **Человеческое развитие и здоровье** 14

1.1 Положение в области человеческого развития 14

1.2 Здоровье как ключевое условие человеческого развития 24

Глава 2. **Здоровье и Цели Развития Тысячелетия** 28

2.1 Усилия, предпринимаемые в Узбекистане, для достижения ЦРТ 28

2.2 Влияние питания на здоровье населения 30

2.3 Репродуктивное здоровье 33

2.4 Детское здравоохранение 38

2.5 СПИД, туберкулез, вирусные гепатиты 44

2.6 Окружающая среда и здоровье 51

Глава 3. **Общественное здравоохранение в Узбекистане** 54

3.1 Состояние здоровья 54

3.2 Факторы, определяющие состояние здоровья 59

Глава 4. **Перспективы здравоохранения** 70

4.1. Реформа системы здравоохранения 70

4.2 Роль общества и частного сектора в здравоохранении 78

4.3 Финансирование здравоохранения 96

4.4 Повышение качества медицинских услуг 102

Нормативно-правовая база системы здравоохранения 106

Статистические приложения 108

КРАТКИЙ ОБЗОР

Эпоха глобализации создала условия для огромного позитивного скачка в сфере новых технологий, в развитии мировой торговли и инвестиций. Нынешнее поколение людей в любой стране мира сегодня имеет надежду на то, что они станут богаче, здоровее и образованнее, чем их родители. Практически во всем мире успешно решаются проблемы всеобщего начального образования, снижения младенческой и детской смертности. Растет продолжительность жизни людей.

Вместе с тем, глобализация не решила всех проблем, связанных с разрывом между бедными и богатыми странами, а в отдельных случаях даже усугубила положение. Угрозу человеческому развитию составляет не только разрыв между богатыми и бедными странами в уровне экономического развития, но и широкое распространение опасных, представляющих угрозу жизни людей в любой стране мира заболеваний, таких, как ВИЧ/СПИД, туберкулез, птичий грипп.

Основная цель человеческого развития заключается в создании такой окружающей политической, экономической, социальной, культурной и экологической среды, которая бы позволила обеспечить людям материальный достаток и возможность достаточно долго наслаждаться здоровой и созидательной жизнью.

Настоящий ежегодный доклад о развитии человека в Узбекистане посвящен проблемам здоровья – одному из ключевых показателей, составляющих суть человеческого бытия и человеческого развития. В докладе, состоящем из четырех глав, последовательно анализируются общие тенденции в области человеческого развития в Узбекистане, взаимосвязь показателей здоровья с другими индикаторами человеческого развития. Специальная глава посвящена проблемам Целей развития тысячелетия и тому, какие проблемы стоят перед Узбекистаном и какие усилия предпринимает страна для достижения этих целей.

Авторы доклада уделили большое внимание проблемам развития общественного здравоохранения в стране, включая вопросы состояния здоровья и факторов, определяющих здоровье нации.

Логичным завершением доклада является глава, анализирующая перспективы развития здравоохранения в Узбекистане, в том числе стратегию проведения реформ, повышение роли общества и частного сектора в развитии здравоохранения, повышение качества услуг здравоохранения.

Глава 1. Человеческое развитие и здоровье

Ускоренное проведение экономических реформ в 2005 году позволило Узбекистану обеспечить высокие темпы экономического роста, второй год подряд превысившие 7% рубеж. Такие же и более высокие темпы роста характерны для развития промышленности, сельского хозяйства, других отраслей экономики. Темпы роста малого бизнеса превышают 25% рубеж, внутренней торговли и экспорта – 10-15% рубеж.

Благодаря реформам реальные доходы населения за год выросли на 22%. Динамично развивается социальная инфраструктура: растет количество построенных и отремонтированных школ, профессиональных колледжей и академических лицеев, сельских врачебных пунктов и других медицинских учреждений. Расширяется доступ населения к чистой воде. Расходы государственного бюджета на социальные цели превышают 50%, однако растущие доходы бюджета обеспечивают его сбалансированность.

На протяжении последнего десятилетия индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) рос во всех развивающихся регионах мира, хотя и разными темпами. В восемнадцати странах с общей численностью населения 460 млн. человек в 2003 г. был зарегистрирован более низкий показатель ИРЧП, чем в 1990 г. Шесть стран из них ранее входили в состав бывшего СССР.

В Узбекистане ИРЧП последовательно растет. В 2004 году он составил 0,756 против 0,747 в предыдущем. Позитивное социально-экономическое развитие в 2005 году позволило Узбекистану сохранить эту тенденцию. Реформы в системе образования, позволили увеличить и без того достаточно высокие показатели срока обучения и уровня грамотности населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла на 0,9 лет и составила 72,5 года.

Узбекистан по показателям развития образования

и ожидаемой продолжительности жизни очень близок к показателям стран с высоким уровнем развития человеческого потенциала. Однако низкий уровень ВВП на душу населения пока не позволяет Узбекистану войти в число стран с высоким ИЧР.

Экономический рост является одним из факторов, позволяющих расширить возможности и доступ людей к высококачественной медицинской помощи. Однако существует и обратная связь: нездоровое и не воспроизводящее себя население не способно обеспечить высокие темпы экономического роста и благосостояния.

Здоровье — показатель уровня, образа и качества жизни людей и в этом своем качестве самым тесным образом связано с целями развития человеческого потенциала. Общественное здоровье, как и здоровье каждого гражданина, представляет стратегическую цель государства, условие его национальной безопасности. Оно является необходимым условием для поддержания здорового трудового потенциала страны, критерием эффективности государственного управления.

Качество здоровья населения тесно связано с распространением бедности. Порочный круг «бедные семьи — плохое здоровье, плохое здоровье — бедная семья» может быть разорван только при помощи государства. Государство может помочь бедным семьям укрепить свое здоровье через создание системы их широкого доступа к здравоохранению. Укрепление здоровья создаст условия для производительного труда, и повысит их шансы вырваться из бедности.

Общественное и личное здоровье граждан, наряду с ростом экономического потенциала страны, создает возможность трудиться и повышать свое материальное благополучие. На отношение человека к своему здоровью прямо влияет уровень его образования. Образованное население, более грамотно относится к своему здоровью, лучше применяет профилактические меры, ведет здоровый образ жизни, умеет вовремя распознать заболевание, оказать себе первую помощь, обратиться к квалифицированной медицинской помощи.

Прямое влияние на состояние здоровья населения оказывает состояние окружающей среды и условия проживания. Ухудшающиеся экологические условия могут оказать влияние не только на здоровье ныне проживающего населения, но и ухудшить наследственные факторы продолжения человеческого рода.

Глава 2. Здоровье и цели развития тысячелетия

«Декларация Тысячелетия» выработала глобальную повестку дня на 21-й век и поставила ориентированные на действия цели, известные как Цели Развития Тысячелетия (ЦРТ). В соответствии с ЦРТ, к 2015 году на глобальном, региональном и национальном уровнях должны быть достигнуты восемь конкретных целей, оценка достижения которых определяется соответствующими индикаторами.

Первые семь целей направлены на снижение уровня бедности во всех её проявлениях. Восьмая цель предоставляет средства для достижения первых семи целей. Она призывает развитые страны принять меры по дополнительному снижению долгов бедных стран и оказанию содействия их развитию.

В качестве страны, подписавшей «Декларацию Тысячелетия», Узбекистан выполняет свои обещания приняться за вызовы, изложенные в ЦРТ. Правительство признаёт соотносительность и остроту этих вызовов в контексте национального развития.

Уровень бедности по сравнению с 2001 годом намечено снизить в два раза — до 14% к 2015 году. Показатели 2003-2004 гг. показывают положительную динамику в этом направлении, показатель бедности снижается ежегодно более, чем на 1 процентный пункт.

В стране обеспечен полный доступ всего населения к 11-12 летнему образованию. Ежегодно строится большое количество школ, колледжей и лицеев. В 2005 году в ВУЗы республики принято 59,6 тыс. человек (54,2 тыс. в бакалавриат и 5,4 тыс. в магистратуру), что в 1,33 раза больше чем в 2000 г. (соответственно в 1,3 и 2 раза). Отмечаются высокие темпы приема женщин в ВУЗы республики: число женщин, принятых в ВУЗы увеличилось на 44,3%, мужчин — на 26,8% .

В 2004 году младенческая смертность снизилась на 22%. Смертность среди детей в возрасте до 5 лет в 2004 г. была на 25% ниже показателя исходного года. Показатель материнской смертности снизился на 7%.

Удалось приостановить взрывные темпы роста ВИЧ/СПИД – 109% по сравнению с 187% в 2003 году.

Согласно Глобальному отчету ВОЗ, заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. человек (после непрерывного семилетнего роста) обрела тенденцию к снижению. В 2004 году этот показа-

тель составил 75,8 против 80 случаев в 2002 году. Реализуемая в республике стратегия ДОТС стала доступной для более чем 80% населения. В республике отмечаются лишь единичные случаи заболевания малярией.

В 2004 году доля населения, имеющего доступ к чистой питьевой воде увеличилась на 3,4 пункта и составила 83,8%, а сельского населения возросла с 71,0 до 78,5%. Около 40% городского и 5% сельского населения стали иметь доступ к условиям санитарии.

Одновременно с разработкой индикаторов и механизмов реализации ЦРТ, Правительство Республики Узбекистан в сотрудничестве с АБР, ООН и Всемирным банком в 2004 году сформулировало свою Стратегию повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг. (СПБН), в которой определены приоритеты, тесно связанные с национальными ЦРТ.

Вместе с тем, в стране многое предстоит сделать в области улучшения структуры питания населения, особенно в части восполнения дефицита важных микроэлементов: йода, железа, витамина А.

Много проблем существует в организации репродуктивного здоровья женщин. Уровень материнской и младенческой смертности хотя и снижается, но по сравнению с развитыми странами достаточно высок. Внедрение комплексных программ по оздоровлению женщин детородного возраста и детей, наличие специальных профилактических и лечебных центров для детей и матерей в больницах и поликлиниках, расширение доступа к различным современным видам контрацептивных средств, а так же пропаганда более длительных промежутков между родами способствовали улучшению здоровья матерей и детей

Экспертные данные свидетельствуют, что для Узбекистана намеченное в ЦРТ снижение младенческой смертности является вполне достижимым и управляемым процессом. Оно, в первую очередь, зависит от качества оказываемых медицинских услуг во время родов и в первые дни жизни новорожденных, повышения квалификации медицинского персонала и уровня оснащенности родильных домов необходимым оборудованием.

В 2005 году начата работа по реализации проекта «Укрепление здоровья женщин и подрастающего поколения», финансируемого Азиатским банком развития на 40,0 млн. долларов США. В рамках данного проекта будут оснащаться отделения реанимации новорожденных в центральных районых больницах (ЦРБ) и областных родильных комплексов в 6 пилотных областях. Предусматривается обучение медицинского персонала родильных комплексов современным принципам оказания медицинской помощи беременным и новорожденным.

Особое значение в рамках достижения ЦРТ играет борьба с наиболее опасными социальными заболеваниями, к которым относится ВИЧ/СПИД. Эта проблема становится все более серьезной и для Узбекистана. Если в течение 1987-1999 годов были взяты на учёт 76 ВИЧ инфицированных человек, то начиная с 2000 года их число неуклонно растет. С момента выявления первого случая в 1987 г. общее число зарегистрированных в республике достигло 7600 человек. С 1987 г. в республике умерло 574 ВИЧ инфицированных, из них 70 человек с диагнозом СПИД.

Для осуществления комплексных мер профилактики ВИЧ/СПИД Глобальный Фонд выделил Республике Узбекистан грант в 24 млн. долларов США сроком на 5 лет. Программа включает реализацию мер профилактики, сфокусированных на группах риска, обеспечение доступности медицинской помощи, поддержке и уходу за уязвимыми группами населения, проведение антиретровирусной терапии, создание поддерживающей среды для предоставления возможности работы с уязвимыми группами населения и защиты прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Глобальной проблемой в настоящее время стало заболевание туберкулезом. По данным ВОЗ, в мире инфицированы 1/3 населения Земли, ежегодно заболевают 8-10 миллионов и умирают 2,5 – 3 миллиона человек. По различным оценкам, при отсутствии эффективного контроля и лечения к 2020 году около 1 млрд. людей будут инфицированы, 200 млн. заболеют и 70 млн. умрут от туберкулеза. Туберкулез уносит жизней больше, чем любое другое инфекционное заболевание.

Крайне тревожным является тот факт, что за последние 10 лет заболеваемость туберкулезом в Узбекистане увеличилась на 78,7%, общая численность контингента — на 54,1% и смертность от туберкулеза — на 57,5%.

С 2003 года наметилась некоторая стабилизация показателя заболеваемости туберкулезом, а уровень смертности на протяжении последних 5 лет остается стабильным. С 2001 года в Узбекистане действует Закон «О защите населения от туберкулеза», в котором предусмотрены системные профилактические меры по предупреждению распространения туберкулеза, бесплатность противотуберкулезной помощи, обязательная вакцинация новорожденных и ревакцинация детей.

В последние годы все чаще встречаются устойчивые формы туберкулеза, которые не поддаются лечению общепринятыми антибактериальными препаратами. По данным отдельных авторов за последние 30 лет первичная устойчивость микобактерии туберкулеза возросла в 3,8 раза, а резистентность к препаратам – в 10 раз.

В Узбекистане в 2003 году утверждена «Стратегическая программа по снижению заболеваемости и профилактике туберкулеза на 2004-2008 гг.», где предполагается раннее выявление 70% и излечение 85% больных туберкулезом. Реализация данной программы признана в республике одной из Целей развития тысячелетия.

Около 24% заболеваний и 23% смертей в мире вызваны вредным воздействием таких факторов окружающей среды, которые можно предотвратить. Учитывая структуру заболевания населения в Узбекистане, в настоящее время необходимо сосредоточить усилия на решении таких приоритетных задач смягчения негативного воздействия окружающей среды на здоровье населения, как ликвидация недостаточности микроэлементов, связанная с их дефицитом в почве и воде – программы снижения уровня йододефицита, железодефицита, дефицита витамина А; обеспечение широкого доступа населения к источникам чистой воды; снижение нагрузок на воду и воздух со стороны факторов техногенного характера, улучшение условий профессионального труда.

Глава 3. Общественное здравоохранение в Узбекистане

Главными характеристиками общественного здравоохранения в любой стране являются состояние здоровья населения и факторы, которые его определяют.

Интегрированным показателем состояния здоровья населения считается ожидаемая продолжительность жизни. В среднем население Узбекистана имеет относительно высокую продолжительность жизни, которая в 2004 году достигла 72,5 лет против 69,3 лет в 1990 году. Показатели по Узбекистану выше, чем во многих других государствах СНГ. К примеру, в России он составляет 66,7 лет, Белоруссии – 69,9, Украине – 69,5, Казахстане – 66,2, Кыргызстане – 68,4.

Состояние здоровья характеризует также уровень заболеваемости населения. В 2004 году по сравнению с 2003 годом уровень общей заболеваемости в республике снизился на 9,9%.

Вместе с тем, как и в предыдущие годы для республики остается характерным «двойное бремя болезней», т.е. наряду с инфекционными заболеваниями, которые чаще встречаются в развивающихся странах, значительное место в республике занимают и болезни неинфекционные, характерные для развитых стран – болезни крови и кровообращения, онкологические заболевания, болезни органов дыхания.

На состояние здоровья и структуру заболеваемости в стране оказывают влияние демографические факторы, в частности, относительно высокий уровень рождаемости и большой удельный вес детей в возрасте до 14 лет, преобладание населения, проживающего в сельской местности, высокая плотность расселения в отдельных регионах, чередующаяся с низкой плотностью в других.

Важное значение для снижения уровня заболеваемости и увеличения продолжительности жизни имеет внедрение принципов здорового образа жизни, которые должны охватывать весь жизненный цикл человека — подготовка к рождению, рождение, младенчество, детство, подростковый возраст, зрелость и старость.

Система здравоохранения в Узбекистане, являющаяся важнейшим фактором формирования здоровья, включает 1165 больничных учреждений, в которых размещено 142,9 тыс. коек. Обеспеченность больничными койками составила 54,9 на 10 тыс. населения. Стационарную помощь сельскому населению оказывают 159 центральных районных, 36 районных и 169 сельских участковых больниц. В ходе реализации реформы здравоохранения ликвидировано и реорганизовано 80 сельских участковых больниц, а коечный фонд их сокращен на 24%.

Вместе с тем, реорганизация и сокращение коек пока не дали желаемого результата. Несмотря на уменьшение сроков пребывания больного в стационаре, среднее число дней занятости койки увеличилось незначительно - с 294,8 дней в 1998 г. до 304,9 в 2004 г., что свидетельствует о нерациональном использовании государственных средств в этом секторе.

В сельской местности, где проживает более 60% населения республики, размещено всего 49,8% коек. Такое распределение не способствует обеспечению равного доступа населения к квалифицированной стационарной помощи, увеличивает разрыв в показателях стационарной помощи населению крупных городов и сельской местности. Как и во всем мире, концентрация специализированных видов медицинской помощи и высокотехнологичной аппаратуры в крупных медицинских учреждениях городов снижает доступность к ним населения с периферии.

Реструктуризация учреждений сельского административного района способствовала перераспределению удельного веса пролеченных больных в пользу центральных районных больниц. Это позволило поднять качество медицинского обслуживания и сократить расходы на неэффективный коечный фонд в сельских населенных пунктах.

Дальнейшее совершенствование системы размещения учреждений государственного здравоохранения видится в размещении специализированных областных клиник в составе областной многопрофильной больницы. Это приведет к устранению дублирования служб, оптимизации размещения дорогостоящей лабораторной и диагностической аппаратуры, повышению эффективности учреждений, рациональному использованию государственных бюджетных средств.

Глава 4. Перспективы здравоохранения

Хотя к началу 90-х годов прошлого столетия Узбекистан имел достаточно развитую систему здравоохранения, вместе с тем, показатели здоровья населения были одними из худших среди республик бывшего Союза. Недопустимо высокими, с точки зрения развитых стран, были показатели детской и материнской смертности. Качество медицинских услуг, особенно в сельской местности, было низким. Медицинские учреждения были оснащены устаревшим оборудованием, не обеспечивающим высокое качество диагностики и лечения заболеваний. Многие высокотехнологичные вмешательства были невозможны даже в специализированных клиниках из-за отсутствия оборудования и недостаточной квалификации персонала.

Более того, система здравоохранения оказалась совершенно не готовой к новым вызовам времени - переходу страны к рыночной системе экономических отношений. В этих условиях основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

- новый концептуальный и практический подход в вопросах материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения;
- принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения, развитию его инфраструктуры, направленные на создание равных условий получения первичной медицинской помощи как в городской, так и сельской местности;
- отказ от старых стереотипов, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счет развития платного и частного здравоохранения;
- оптимизация системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счет концентрации бюджетных средств на первичном звене, амбулаторно-поликлиническом лечении и профилактике вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда;
- создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех административно-территориальных уровнях.

При формировании концепции и практики построения новой системы здравоохранения Правительство Узбекистана исходило из следующих **принципов и подходов**:

- в целях человеческого развития здравоохранение должно быть доступным для всех слоев населения. При этом первичная медицинская помощь должна обладать неограниченным доступом, а потому, даже в условиях рыночной экономики, быть бесплатной;
- на развитие человеческого потенциала не должно негативно сказываться проживание человека в сельской местности. Это достигается за счет того, что на селе создаются медицинские учреждения нового типа – сельские врачебные пункты (СВП), в которых медицинскую помощь оказывают не фельдшеры, как это было ранее, а высококвалифицированный медицинский персонал с высшим медицинским образованием;
- во вновь организуемой системе первичного здравоохранения за основу принято внедрение экономичных и эффективных форм медицинской помощи и создания условий для интегрального ведения пациента Врачом общей практики (ВОП), оказывающим основной объем первичной медицинской помощи;
- абсолютно доступной на всей территории страны, высококачественной и бесплатной должна быть экстренная медицинская помощь. В этих целях по всей стране от республиканского до районного уровней создана уникальная сеть хорошо оснащенных учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь в стационарных условиях;
- бюджетное финансирование здравоохранения регионов должно исходить из принципов организации оптимальной медицинской помощи в расчете на душу населения. При этом основные расходы надо направлять не на стационарное лечение, а на профилактические мероприятия и амбулаторно-поликлиническое лечение;
- наряду с первичной медицинской помощью

требуется создание специализированных клиник по узким заболеваниям, оснащенных высокотехнологичным оборудованием и высококвалифицированными специалистами;

- развитие частного здравоохранения не должно препятствовать доступу населения к медицинским услугам, но должно способствовать повышению качества медицинских услуг.

Здоровье является гарантированным правом человека и поэтому в республике созданы и должны совершенствоваться все формы обеспечения этого права: законодательство, общественные структуры, гарантирующие защиту прав пациентов, омбудсман.

Необходимость широкого привлечения институтов гражданского общества к вопросам прав пациентов в Узбекистане обусловлена следующими причинами:

- во-первых, пока государственные институты оказались не готовыми к быстрым темпам реформ в системе здравоохранения и не смогли обеспечить адекватный контроль за качеством платных услуг и услуг частных клиник, в результате чего высокая стоимость медицинских услуг для населения часто не адекватна их качеству;
- во-вторых, государственных людских и финансовых ресурсов оказалось недостаточно для того, чтобы обеспечить широкую информированность населения об их правах в сфере гарантий медицинского обслуживания;
- в-третьих, государственные институты в силу своей подотчетности государственным органам власти не всегда заинтересованы в открытом обсуждении проблем и недостатков в сфере здравоохранения. Здесь крайне необходим независимый подход в оценке качества оказываемых медицинских услуг и широком обсуждении в заинтересованной среде и в целом в обществе имеющихся проблем;
- в-четвертых, устранение недостатков в системе здравоохранения будет происходить более активно при подключении к этому процессу институтов гражданского общества.

Профилактическая медицина, внедрение концепции здорового образа жизни, повышение качества медицинских услуг — эта та стратегическая триада развития системы здравоохранения, которая должна обеспечить улучшение здоровья населения Узбекистана в XXI веке.

ГЛАВА 1.
ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ЗДОРОВЬЕ

«Давайте беречь здоровье, дарованное нам Всевышним. Ибо только здоровый человек может быть по-настоящему счастливым, только здоровый народ, здоровая нация способны на великие свершения»

И. Каримов, Президент Республики Узбекистан

1.1 Положение в области человеческого развития

Главное богатство нации — это люди. Конечно, основной целью развития является увеличение возможностей выбора для людей. Процесс развития может усилить имеющиеся возможности людей, расширяя выбор на столько, чтобы они жили полной и творческой жизнью. И люди являются как потребителями такого развития, так и фактором, вызывающим эти изменения. Этот процесс должен идти справедливо на благо всем людям и строиться на участии в нём каждого из них. Такой подход к развитию — человеческому развитию — стал лозунгом докладов ПРООН по развитию человека, начиная с самого первого доклада, опубликованного в 1990 году.

Объём возможностей, которыми могут обладать люди, и возможности расширения этого выбора бесконечны. Государственная политика включает определение приоритетов, и есть два критерия, которые помогают определить возможности, которые являются самыми важными для оценки значимого прогресса в достижении благополучия людей. Во-первых, ценность этих способностей должна быть общепризнанной. Во-вторых, они должны быть основополагающими в том смысле, что без них многие другие возможности выбора в жизни лишаются смысла. По этим причинам доклады ПРООН о человеческом развитии сфокусированы на четырёх важных возможностях: возможности жить долго и быть здоровым, иметь хорошее образование и знания, иметь доступ к ресурсам, необходимым для достойного уровня жизни, и участвовать в жизни сообщества.

Идеи, стоящие за такой парадигмой развития, не новы. Еще Аристотель, утверждал, что «несомненно, богатство не то благо, которое мы ищем, поскольку оно просто нужно для чего-то ещё». Эммануэль Кант считал, что самого человека нужно рассматривать как цель, а не средство для достижения других целей. Похожие идеи можно найти в работах Адама Смита, Роберта Мальтуса и Джона Стюарта Милля, и многих других. Но в течение долгого времени спорящие о политике развития, казалось, забывали эту простую, но глубокую истину. Занятые подъёмами и спадами национального дохода, экономисты часто теряли из виду настоящую цель развития - благополучие людей. Экономический рост – это только средство, хотя и важное, для достижения этой цели.

Ситуация в мире. Эра глобализации была отмечена яркими достижениями в технологии, торговле и инвестициях — и впечатляющим ростом благосостояния. Достижения в области развития человека были менее впечатляющими. Значительная часть развивающегося мира осталась далеко позади развитых стран. Разрыв в развитии человека между богатыми и бедными странами продолжает расширяться.

Вместе с тем, всматриваясь в прошедшее десятилетие, мы видим, что долгосрочная тенденция прогресса в развитии человека продолжается. В среднем люди, родившиеся в развивающейся стране, сегодня могут рассчитывать, что они будут богаче, здоровее и образованнее, чем поколение их родителей. Для них более вероятна жизнь в условиях многопартийной демократии и меньше шансов испытать на себе воздействие конфликтов.

Немногим более чем за десять последних лет средняя ожидаемая продолжительность жизни в развивающихся странах возросла на два года. По этому показателю происходит сближение уровней развития человека в бедных и богатых странах: бедные страны догоняют богатые. Возросшая ожидаемая продолжительность жизни отчасти является результатом снижения уровня детской смертности. Сегодня детей ежегодно умирает на 2 млн. меньше, чем в 1990 г., и приблизительно на 15% выросла вероятность достижения ребенком пятилетнего возраста.

Положительные сдвиги по обеспечению водоснабжения и канализации внесли свой вклад в уменьшение угрозы инфекционных заболеваний. За последнее десятилетие еще 1,2 млрд. человек получили доступ к чистой воде. Быстрый рост

масштабов всеобщей иммунизации, происходивший начиная с 2001 г. в результате деятельности Всемирного альянса по вакцинам и вакцинации, также способствовал снижению смертности, сохранив около полумиллиона жизней.

Между тем, некоторые из наиболее часто приводимых «историй успеха» отдельных стран на пути глобализации свидетельствуют об усилении трудностей в использовании плодов растущего благосостояния для целей развития человека. Прогресс в снижении детской смертности — одном из основных показателей развития человека — замедляется, а пропасть между богатыми и бедными странами по количеству смертных случаев среди детей расширяется.

Несмотря на бросающиеся в глаза достижения, только успехов глобализации и научного прогресса далеко не достаточно для борьбы со страданиями, изнурительными болезнями и смертностью от излечимых болезней, которые отравляют жизнь бедных людей во всем мире.

Положительные тенденции наблюдаются и в образовании. Хотя в мире 800 млн. человек все еще не имеет базовых навыков грамотности, в том числе на долю женщин, приходится 2/3 этого числа, но даже в этих условиях уровень грамотности в развивающихся странах вырос за последнее десятилетие с 70 до 76%, а гендерный разрыв сокращается.

Во многих странах нынешние показатели уровня неграмотности отражают дефицит доступа к образованию, наблюдавшегося в прошлом. Этот дефицит стремительно снижается. По сравнению с положением в 1990 г. численность детей младшего школьного возраста, не посещающих школу, сократилось на 30 млн., а среднее число лет, проведенных в школе, выросло на полгода. Гендерный разрыв в охвате начальным школьным образованием, в определенной мере являющийся показателем гендерного равенства, сократился, хотя девочки все еще составляют больше половины тех, кто не ходит в школу.

В мире уменьшается крайняя нищета по доходам. Оставляя в стороне проблемы количественного измерения[1], следует отметить, что нищета представляет собой динамичный процесс, который лишь отчасти может быть описан статическими показателями. Но тенденции здесь положительны: крайняя нищета снизилась с 28% в 1990 г. до 21% в настоящее время, или почти на 130 млн. человек.

Экономический рост является одним из очевидных факторов ускорения темпов сокращения нищеты по доходам и устойчивого развития человека. Среднегодовой показатель прироста доходов на душу населения в развивающихся странах в 1990 г. составил 1,5%, что было почти в 3 раза выше показателя 1980-х гг. Начиная с 2000 г. показатель прироста доходов на душу населения в развивающихся странах вырос до 3,4% — что в 2 раза выше среднего показателя для стран с высоким доходом. После двух десятилетий падения среднего дохода в странах Африки к югу от Сахары с 2000 г. фиксируется ежегодный рост в 1,2%. Было бы слишком поспешным считать это поворотным пунктом, но уже есть ободряющие признаки того, что тенденция роста может укорениться во все большем числе стран региона.

Масштаб достижений в развитии человека, отмеченный на протяжении прошедшего десятилетия, не следует недооценивать, но и преувеличивать его не нужно. Часть проблемы глобальных измерений состоит в том, что подобный подход скрывает огромные различия в разных странах и регионах. Он также скрывает различия между разными измерениями развития человека. Прогресс в области развития человека оставался неравномерным в зависимости от региона и различных показателей.

Первоначальный экономический спад после распада Советского Союза – главный фактор, вызвавший негативные тенденции в области человеческого развития, бедности и неравенства в Центральной Азии. Результатом резкого падения уровня производства и доходов стали совокупные потери в ВВП, которые варьируются от примерно 20% в Узбекистане до почти 70% в Таджикистане в период с 1990 по 1996 гг. и примерно 40% в Казахстане, 45% в Кыргызстане и 50% в Туркменистане. К счастью, с 1999 г. все центральноазиатские экономики достигли сравнительно высоких темпов роста, чему способствовало сочетание восстановления производства, реформ, высоких цен на полезные ископаемые и позитивный эффект быстрого роста в соседних странах.

В политическом, экономическом и социальном плане переходный период в Центральной Азии заметно отразился на обеспечении человеческой безопасности и человеческом развитии. Поскольку Центральная Азия была беднейшим и самым уязвимым регионом Советского Союза, последствия распада, по всей видимости, повлияли на население намного глубже, чем где бы то ни было. Начиная с 1989 – 1990-х гг. в результате экономического спада, сопровождавшего переходный

1 Уже выдвинуты обоснованные возражения против применения показателя черты бедности в 1 долл. США в день при межстрановом анализе тенденций, так что использование этого показателя требует особой осторожности.

период, ожидания людей на улучшение экономических и социальных условий не оправдались. В начальный период независимости (1991 – 1995 гг.) экономические и социальные показатели всех центральноазиатских стран значительно снизились. Возрос уровень бедности и безработицы, а общее валовое производство, расходы на социальные нужды и образование сократились. В результате очень разных экономических и социально-политических решений условия человеческого развития в этих государствах стали значительно различаться.

Ситуация в Узбекистане. С 1991 года – первого года нового этапа развития узбекской государственности, развитие человека стало сердцевиной и самой главной целью экономических, социальных и политических реформ в стране.

Благодаря этому, за прошедшие 15 лет в Узбекистане постепенно преодолевается тот драматический ущерб, который был нанесен экономике и всему процессу человеческого развития кризисом, поразившим все бывшие республики СССР в конце 80-х начале 90-х годов XX века.

В 2005 году в Узбекистане социально-экономические реформы были ускорены и углублены.

Что было сделано?

В целях структурной перестройки промышленности, развития частного сектора и частных инвестиций:

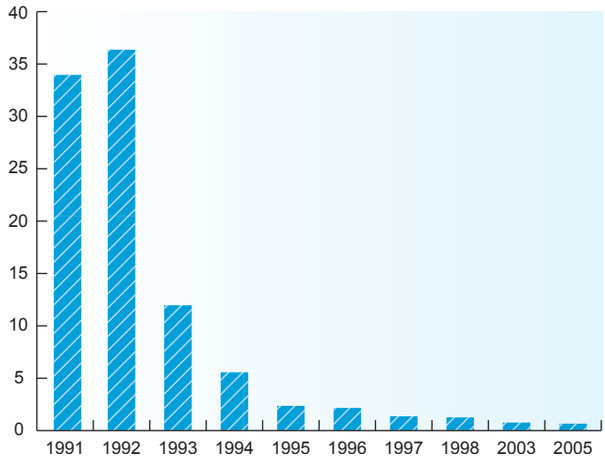
- было снижено налоговое бремя на предприятия за счет уменьшения налога на прибыль с 18 до 15%, социального платежа с 33 до 31%;
- введены дополнительные льготы для иностранных инвесторов и предприятий с иностранными инвестициями, в первую очередь в регионах, имеющих избыточную рабочую силу и недостаточный уровень развития промышленности;
- с 18 до 16% снижена ставка рефинансирования Центрального банка, что привело к снижению процентных ставок коммерческих банков по предоставляемым предприятиям инвестиционным кредитам;
- широко применялись меры по реструктуризации и финансовому оздоровлению предприятий, стимулированию внутренних инвестиций для технической модернизации производства. Если раньше государство через различные механизмы государственной поддержки субсидировало предприятия-банкроты, то в прошедшем году имущество таких предприятий-банкротов активно продавалось новым, более эффективным собственникам;
- внедрены новые механизмы приватизации, вплоть до реализации объектов по нулевой выкупной стоимости под инвестиционные обязательства инвесторов.

В целях структурной перестройки сельскохозяйственного сектора:

- в решающую стадию вступила аграрная реформа, направленная на создание частных фермерских хозяйств, вместо не оправдавших себя кооперативных предприятий (ширкатов). В течение года было создано 21,7 тысячи новых фермерских хозяйств. Фермеры страны сосредоточили у себя производство 55,4% всего зерна и 66,3% хлопка. Доля государственных предприятий в производстве сельскохозяйственной продукции сегодня составляет менее 1%;
- широко развивалась инфраструктура по обслуживанию вновь созданных фермерских хозяйств необходимыми финансовыми, сырьевыми и техническими ресурсами;
- внедрена система банковского кредитования фермерских хозяйств под залог будущего урожая хлопка и зерна.

Диаграмма 1.1

Изменение доли государственного сектора в производстве продукции сельского хозяйства (в %)



Источник: Министерство Экономики РУз

В целях ускоренного развития частного сектора экономики:

- унифицированы и снижены налоги на микро- и малые предприятия;
- для предприятий малого бизнеса в 10-12 раз сокращена финансовая отчетность перед налоговыми органами;
- принят пакет правительственных решений, направленных на укрепление гарантий дея-

тельности частного сектора. Введен принцип презумпции невиновности бизнеса: наличие правонарушений с их стороны должно быть доказано контролирующими органами исключительно в судебном порядке;

- резко сокращены контролирующие функции государственных органов, ограничена возможность и частота проведения проверок.

Провозглашение этих решений и осуществление некоторых практических шагов в указанном направлении служит сигналом деловому сообществу об углублении процесса реформирования экономики. Сотрудничество руководства страны и делового сообщества, поддержка доноров в лице развитых стран и международных финансовых институтов, направленные на улучшение деловой среды, являются предпосылкой стабильного развития экономики Узбекистана.

В рамках социальных реформ:

- новое развитие получила реформа в сфере жилищно-коммунального хозяйства, направленная на укрепление прав собственников жилья в управлении жилищным фондом, внедрение современных приборов учета расхода коммунальных услуг и повышения качества обслуживания;
- на вновь начатую программу развития школьного образования из бюджета и специально созданного для этих целей внебюджетного фонда направлено 68,4 млрд. сум (в эквиваленте 61,4 млн. долл США);
- на продолжение Национальной программы подготовки кадров, направленной на создание и укрепление системы среднего специального профессионального образования из бюджета было направлено 213,0 млрд. сум (в эквиваленте 191,2 млн. долл. США);
- на развитие здравоохранения из бюджета направлено 361,9 млрд. сум (324,9 млн. долл. США в эквиваленте), что на 30,4% больше чем в 2004 г.;
- на Государственную программу «Год здоровья» направлено 185,5 млрд сум (167 млн. долл. США), 22% из которых составили средства государственного бюджета, в результате чего реализован комплекс мер, по формированию в обществе здорового образа жизни;
- для развития детского спорта построено 115 новых спортивных объектов, из которых 83% построены в сельской местности. Это позволило 36,4% детей в возрасте от 6 до 17 лет осуществлять регулярные занятия физкультурой и спортом.

Каковы основные результаты?

Макроэкономические показатели:

- второй год подряд достигнуты высокие темпы роста ВВП, которые в 2005 году составили 7%. Это соответствует поставленным в начале года целевым показателям и заметно выше прогнозов, сделанных международными экспертами МВФ и Всемирного банка;
- экономика сохранила внутреннюю и внешнюю сбалансированность: государственный бюджет исполнен с профицитом, уровень инфляции составил 7,8%, что соответствует прогнозным параметрам, внешнеторговое сальдо исполнено с положительным балансом, превысившим 1.3 млрд. долл. США, резко выросли золотовалютные резервы;
- объемы капитальных вложений в экономику увеличены на 7% и рост объемов подрядных строительных работ — на 7,8%. Прямые иностранные инвестиции возросли в 1,4 раза;
- объем продукции сельского хозяйства возрос на 6,2%. Получен рекордный за последние 15 лет объем производства хлопка-сырца.

Удельный вес малого бизнеса в произведенной в 2005 году промышленной продукции составил 9,8%, сельскохозяйственной продукции – 84,7%. Доля малых предприятий в инвестициях в основной капитал составила 22,1%.

Создаваемые условия, стимулирующие развития малого бизнеса, позволили в 2005 году создать в данном секторе 434,2 тыс. новых рабочих мест, рост к уровню 2004 года составил 110,6%, а к уровню 2002 года – 117,6%. Доля занятых в хозяй-

Таблица 1.1

Основные макроэкономические показатели развития экономики в 2005 году (в % к предыдущему году)

Показатели	2004	2005
Прирост ВВП	7.7	7.0
Прирост промышленной продукции	9.4	7.3
Прирост сельскохозяйственной продукции	10.1	6.2
Прирост инвестиций	5.2	7.0
Прирост объемов подрядных работ	3.6	7.8
Прирост экспорта	30.3	11.5
Уровень инфляции (к декабрю)	3.7	7.8
Сальдо внешнеторгового баланса, млн. долл. США	1 037	1 317.5

Источник: Министерство Экономики РУз

Вставка 1.1

Узбекские реформы в оценках МВФ

- экономические показатели Узбекистана остаются хорошими в 2005 году после достигнутых в 2004 году высоких показателей;
- показатели внешнеэкономического сектора остаются высокими;
- благодаря хорошему урожаю хлопка, благоприятным ценам на основные статьи экспорта Узбекистана и резкому увеличению денежных переводов на счете внешнеэкономических операций ожидается профицит;
- при предусмотренной бюджетом на 2005 год значительной либерализации бюджетно-налоговой политики консолидированная бюджетная позиция была в целом сбалансирована благодаря более низким расходам;
- несмотря на наращивание депозитов Правительства в банковской системе, повышался темп роста денежно-кредитных агрегатов на протяжении всего 2005 года. Рост резервных денег отражал увеличение валютных авуаров при снижении чистых внутренних активов ЦБУ по сравнению с их уровнем на конец 2004 года;
- рост широкой денежной массы объяснялся увеличением чистых иностранных активов и, в меньшей степени, увеличением кредита негосударственному сектору, в частности в виде ссуд фермерам, которые стали направляться через банковский сектор, начиная с 2005 года;
- некоторый прогресс достигнут в проведении структурных реформ;
- упрощен порядок лицензирования, проверок и регистрации определенных видов деятельности, наряду с рационализацией представления статистической отчетности;
- продолжается реструктуризация ферм и продажи государственных активов и акций;
- приветствуется решение ослабить ограничения в отношении наличности путем предоставления коммерческим банкам неограниченного доступа к их корреспондентским счетам в Центральном банке Узбекистана;
- одобряются действия официальных органов по удержанию дефицита бюджета на 2005 год ниже намеченного уровня путем снижения расходов и не допускают возникновения задолженности по платежам;
- приветствуются налоговые реформы, начатые в 2005 году, поддерживаются планы официальных органов по подготовке комплексного налогового кодекса и отмечается прогресс в подготовке проекта модернизации казначейства».

(Извлечения из меморандума МВФ от 9 декабря 2005 года)

Вставка 1.2

Законодательные акты 2005 года в поддержку частного сектора.

Январь 2005 года – **о разработке нового Налогового кодекса прямого действия** *(Распоряжение Президента Республики Узбекистан «О подготовке новой редакции Налогового кодекса Республики Узбекистан» от 07.01.2005 г. №Р-2108);*

Март 2005 года – **о Программах по реализации целей и задач реформирования и модернизации страны** *(Постановление Президента Республики Узбекистан «О программе по реализации целей и задач демократизации и обновления общества, реформирования и модернизации страны» от 10.03.2005 г. №ПП-24)*;

Апрель 2005 года – **о дальнейшем реформировании и либерализации банковской системы** (*Постановление Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему реформированию и либерализации банковской системы» от 15.04.2005 г. №ПП-56)*;

Июнь 2005 года – **о совершенствовании системы правовой защиты субъектов предпринимательства** *(Указ Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы правовой защиты субъектов предпринимательства» от 14.06.2005 г. №УП-3619)*;

Июнь 2005 года – **о введении единого налогового платежа для субъектов малого бизнеса взамен единого налога и ряда отчислений** *(Указ Президента Республики Узбекистан «О дополнительных мерах по стимулированию развития микрофирм и малых предприятий» от 20.06.2005 г. №УП-3620)*;

Июнь 2005 года – **о снижении размеров финансовых санкций и их неприменении за правонарушения, совершенные впервые, являющиеся малозначительными и неумышленными** *(Указ Президента Республики Узбекистан «О либерализации финансовой ответственности субъектов предпринимательства за хозяйственные правонарушения» от 24.06.2005 г. №УП-3622)*;

Июнь 2005 года – **о совершенствовании системы представления отчетности и расчетов субъектами предпринимательства** *(Постановление Президента Республики Узбекистан «О совершенствовании системы отчетности, представляемой субъектами предпринимательства, и усилении ответственности за ее незаконное истребование» от 15.06.2005 г. №ПП-100)*;

Август 2005 года – **о гарантиях бесперебойного обеспечения доступа к наличности на расчетных счетах в банках** *(Постановление Президента Республики Узбекистан «О гарантиях бесперебойного обеспечения наличных выплат с депозитных счетов в банках» от 5.08.2005 г. №ПП-147)*;

Сентябрь 2005 года – **о сокращении некоторых видов разрешительных процедур и введении бессрочной системы лицензирования для осуществления некоторых видов деятельности** *(Постановление Президента Республики Узбекистан «О сокращение видов и упрощении разрешительных процедур для осуществления предпринимательской деятельности» от 21.09.2005 г. №ПП-186)*;

Октябрь 2005 года – **о дальнейшем сокращении проверок** *(Указ Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему сокращению и совершенствованию системы проверок субъектов предпринимательства» от 5.10.2005 г. №УП-3665)*.

ствующих субъектах малого предпринимательства в общей численности занятых возросла с 60,3% (2004 г.) до 65,5%. Доходы от предпринимательской деятельности становятся все более значимой частью в структуре доходов населения.

Социальные показатели:

- создано 511 тысяч новых рабочих мест, занятость в экономике возросла на 2,9%;
- получила дальнейшее развитие социальная инфраструктура. Введено: 6033,2 тыс. кв.м жилья, поликлиник на 13490 посещений; академических лицеев на 6840 ученических мест; профессиональных колледжей на 65,6 тыс. ученических мест; общеобразовательных школ на 126,3 тыс. ученических мест; газовых сетей общей протяженностью 3167,7 км и водопроводных сетей 2400,1 км.

Цель социальной политики Узбекистана – обеспечение равного доступа к качественным социальным услугам и государственные гарантии этого доступа для малообеспеченных.

Основными компонентами политики социального развития Узбекистана являются:

- Обеспечение равного доступа к образованию;
- Обеспечение беспрепятственного доступа малообеспеченных семей к услугам здравоохранения;
- Обеспечение равного доступа к чистой питьевой воде, санитарии, источникам энергии;
- Обеспечение занятости и источников устойчивых доходов;
- Адресная социальная защита уязвимых групп населения;

Измерение человеческого развития

Намного легче измерить доход государства, чем измерить развитие человека. И многие экономисты защищают идею о том, что доход государства является хорошим показателем благосостояния людей. Несомненно, между этими показателями существует тесная связь, поскольку рост экономики является важным средством развития человека (ЧР). Непрерывное улучшение в благополучии людей невозможно без упомянутого роста. Но представление о том, что высокий темп экономического развития автоматически выливается в более высокий уровень человеческого развития, является заблуждением. Для ЧР намного важнее то, как используются эти ресурсы – для разработки новых видов вооружения или производства продуктов питания, строительства дворцов или обеспечения населения чистой водой. Такие важные для развития человека показатели, как грамотность всех граждан или равные права для мужчин и женщин не зависят непосредственно от доходов государства.

По этой причине Правительства разрабатывают обширный комплекс показателей по результатам развития человека, достигнутым в своих странах. Они включают в себя данные об ожидаемой продолжительности жизни , показатель смертности детей в возрасте до пяти лет, показатель грамотности и многие другие ёмкие показатели. Дополняют эти данные показатели возможности достижения этих благ. Например, доступ к чистой воде, равные возможности для мужчин и женщин в обучении или участии в политике.

Хотя этот богатый набор показателей предоставляет средства, позволяющие оценить прогресс в развитии человека во всех его гранях, политикам также нужны сводные данные, чтобы определить прогресс, в частности в той его части, которая сфокусирована больше на благополучии людей, чем на уровне доходов. В связи с этим с самого начала публикации Докладов о развитии человека в них указывается Индекс развития человека.

Индекс Развития Человека

Индекс развития человека (ИРЧ) фокусируется на трёх измеримых сторонах развития человека: долгая и здоровая жизнь, получение образования, достойный заработок. Он объединяет такие показатели, как ожидаемая продолжительности жизни, прием в образовательные заведения, уровень грамотности и доход, что позволяет создать более широкое представление о развитии страны, чем это можно сделать только по уровню доходов.

Хотя ИРЧ является полезной стартовой точкой, важно помнить, что концепция развития человека гораздо шире и сложнее, чем может охватить любой совокупный показатель, даже с помощью других индексов.

ИРЧ — это не исчерпывающий показатель. Он не включает некоторые важные аспекты развития человека, а именно, способность участвовать в принятии решений, которые влияют на всю жизнь, пользоваться уважением других членов сообщества. Люди могут быть богатыми, здоровыми и хорошо образованными, но отсутствие возможности участвовать во всей жизни сообщества затрудняет развитие человека. Отсутствие этого аспекта развития человека в ИРЧ подчёркивался уже в первых Глобальных докладах о развитии человека.

ИРЧ ясно показывает разницу между доходом и

Вставка 1.3

Десять важных шагов навстречу частному бизнесу

За последние 2-3 года благодаря принятым Президентом республики мерам по формированию благоприятной деловой среды, поддержке и стимулированию развития предпринимательской деятельности:

- введен упрощенный и наиболее прозрачный механизм государственной регистрации и последующих процессов оформления разрешительных документов для ведения предпринимательской деятельности;
- созданы необходимые условия для кредитования предпринимательства, в частности внедрены различные современные формы кредитования бизнеса, расширена сфера внебанковского кредитования юридических и физических лиц;
- облегчен доступ субъектов малого бизнеса к материально-техническим ресурсам, в том числе и к монопольной продукции, в частности внедрены рыночные механизмы реализации высоколиквидных видов продукции, сырья и материалов путем создания во всех регионах республики единой системы электронных биржевых торгов, обеспечивающей равный доступ к ресурсам всех предприятий, независимо от их форм собственности; проведения на регулярной основе специализированных аукционных торгов по реализации материально-технических ресурсов субъектам предпринимательства;
- значительно упрощена и либерализирована система обязательной стандартизации и сертификации продукции производственных предприятий;
- проведена комплексная работа по дальнейшей либерализации и развитии системы розничной и оптовой торговли;
- упрощена система отчетности, представляемой субъектами предпринимательства, резко сократилось количество истребуемых финансовых, налоговых и статистических отчетностей; введена система ежекартальных расчетов по налогам, сборам, отчислениям и иным обязательным платежам;
- в целях дальнейшего стимулирования ускоренного развития субъектов малого бизнеса упрощена система налогообложения МСБ, снижен налоговое бремя за счет введения единого налогового платежа взамен уплаты единого налога, обязательных отчислений во внебюджетный Пенсионный фонд, Республиканский дорожный фонд и Фонд школьного образования;
- кординально поменялся подход контролирующих органов к функциям осуществления проверок и мониторингов деятельности субъектов малого бизнеса, усилена ответственность должностных лиц контролирующих органов за строгое соблюдение законодательства о государственном контроле деятельности хозяйствующих субъектов; внедрена эффективная система защиты прав и законных интересов субъектов предпринимательства;
- изменен подход к оценке допускаемых правонарушений со стороны субъектов предпринимательства, введена презумпция невиновности, значительно сужен спектр правового воздействия, сократились размеры финансовых санкций, отменен механизм наложения штрафов за правонарушения, совершенные субъектами предпринимательства впервые, являющиеся неумышленными и малозначительными;
- развивается система подготовки и переподготовки кадров для малого и частного предпринимательства.

Диаграмма 1.2

Удельный вес малого бизнеса в ВВП (в %)

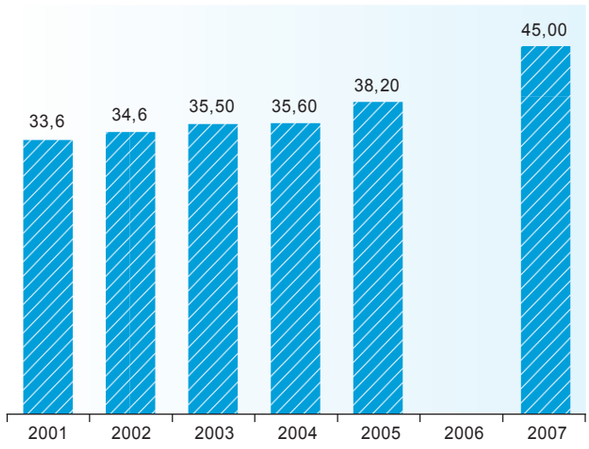
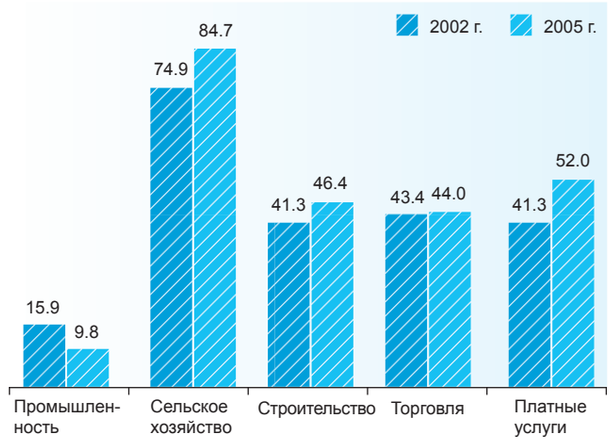


Диаграмма 1.3

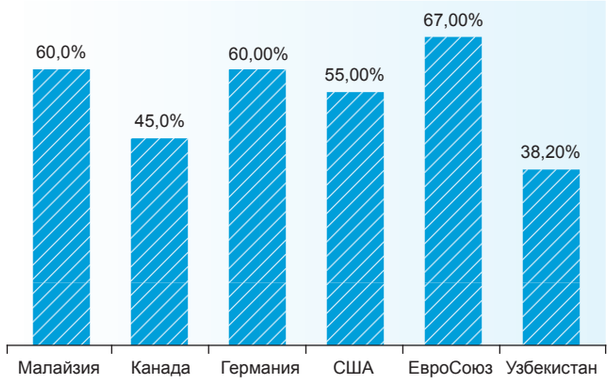
Изменение доли малого бизнеса в объеме продукции



Источник: Министерство экономики РУз

Диаграмма 1.4

Удельный вес малого бизнеса в ВВП отдельных странах



Источник: Доклад о развитии человека, 2005 г.

благополучием человека. Измеряя средние достижения в охране здоровья, образовании и доходе ИРЧ может дать более полную картину состояния развития государства, чем одни только данные о доходах.

Тенденции в развитии человека

Ситуация в мире. В XX-ом веке в мире был достигнут значительный и беспрецедентный прогресс в развитии человека. В период между 1960 и 2000 гг. ожидаемая продолжительность жизни в развивающихся странах увеличилась с 46 до 63 лет. Показатели смертности детей младше 5 лет сократились более, чем наполовину. Если в мире до 1975 г., один из каждых двух взрослых не мог читать, то к 2000 г. доля неграмотных людей уменьшилась почти наполовину. Реальные доходы на душу населения в среднем удвоились – с 2 000 $ до 4 200$.

Но несмотря на эти впечатляющие достижения, остались и огромные лишения. По данным ООН, более 800 миллионов людей в мире страдают от недоедания. Около 100 миллионов детей школьного возраста не ходят в школу, причём 60 миллионов из них девочки. Более миллиарда человек живут менее, чем на $1 в день. Около 1,8 миллиардов людей живут в странах, где политические режимы не полностью соответствуют демократическим, политическим, расовым и гражданским свободам. И около 900 миллионов людей принадлежат к этническим, религиозным, расовым или языковым группам, которые сталкиваются с дискриминацией.

На протяжении последнего десятилетия ИРЧП рос во всех развивающихся регионах, хотя и разными темпами. Однако наряду с общим прогрессом многие страны столкнулись с беспрецедентными неудачами. В восемнадцати странах с общей численностью населения 460 млн чел. в 2003 г. был зарегистрирован более низкий показатель ИРЧП, чем в 1990 г. В 1980-е гг. лишь шесть стран испытали подобные превращения. Отступление наблюдалось в основном в двух регионах. Из общего числа стран, испытавших неудачи, двенадцать находятся в Африке к югу от Сахары. Больше трети населения этого региона — 240 млн чел. — живут в странах, в которых отмечено снижение ИРЧП. Шесть стран, в которых отмечено падение ИРЧП, ранее входили в состав бывшего Советского Союза.

Падение ИРЧП отмечено в сравнительно постоянном круге стран. В Африке к югу от Сахары убийственное сочетание экономической стагнации, медленного прогресса в образовании и распространения ВИЧ/СПИДа привело к резкому падению рейтинга по ИРЧП. На Южную Африку приходится одно из самых резких падений — снижение на 35 пунктов в ЮАР, на 23 — в Зимбабве и на 21 — в Ботсване. Из стран бывшего Советского Союза самое резкое падение испытали Таджикистан, в котором ИРЧП упал на 21 пункт; Украина, опустившаяся на 17 пунктов; Российская Федерация — на 15 пунктов. Экономические трудности, последовавшие за распадом Советского Союза, послужили одной из двух причин понижения в рейтинге по ИРЧП. Другой причиной стало катастрофическое снижение ожидаемой продолжительности жизни. В рейтинге по уровню ожидаемой продолжительности жизни Россия опустилась на 48 пунктов с 1990 по 2003 г.

Индекс Развития Человека в Узбекистане

Положительные социально-экономические изменения в 2005 г. позволили сохранить тенденции роста ИЧР в стране. Реформа образования увеличила срок обучения, а показатель грамотности уже был довольно высоким. Продолжительность жизни, ожидаемая при рождении, возросла на 0,9% и достигла 72,5 года.

Как видно из данных таблицы 1.2, Узбекистан, обеспечивающий полный доступ ко всем ступеням школьного и среднего специального профессионального образования, имеет высокие показатели развития образования, а также показатели ожидаемой продолжительности жизни, которые очень близки к показателям стран с высоким уровнем развития человеческого потенциала. Однако низкий уровень ВВП на душу населения пока не позволяет Узбекистану войти в число стран с высоким ИЧР.

Вместе с тем, следует отметить, не всегда высокий ИЧР объективно отражает уровень человеческого развития всего населения. Это связано с тем, что усредненный показатель ВВП на душу населения, используемый в сводном показателе ИЧР, не отражает уровень и глубину распространения бедности, неравномерность распределения доходов, уровень безработицы. На самом деле, эти показатели могут значительно изменить общую картину развития человеческого потенциала. К примеру, страны, имеющие одинаковый или близкий уровень ВВП на душу населения, могут разительно отличаться по уровню распространения бедности и равномерности распределения доходов, социальной гармоничности общества, однако в сводном показателе ИЧР, при всех его положительных моментах с точки зрения попытки показать значимость не только материального, но и духовного развития человека, все же достаточно условно

Вставка 1.4

Расчёты ИЧР в Узбекистане за 2003

Ниже приводится поэтапные расчёты ИЧР в Узбекистане по данным 2003 г., приведённым в таблицах, прилагаемых к Отчёту о Развитии Человека за 2005 г..

1. Расчёты Индекса Ожидаемой Продолжительности Жизни

Индекс Ожидаемой Продолжительности Жизни измеряет относительные достижения страны в увеличении продолжительности жизни, ожидаемой при рождении. В Узбекистане ожидаемая продолжительность жизни в 2003 г. была 66,5 лет. По глобальной статистике максимальная и минимальная продолжительность жизни составила 85 и 25 лет, соответственно.

Индекс Продолжительности Жизни = (66,5 – 25) / (85 – 25)= 0,69.

2. Расчёты Индекса Образования

Индекс образования измеряет относительные достижения страны, как в грамотности взрослых, так и в совокупном зачислении в учебные заведения начального, полного среднего и специального образования. Сначала подсчитывают индекс грамотности взрослых и индекс совокупного зачисления в учебные заведения. Затем эти два индекса объединяют, чтобы получить индекс образования, в котором две трети отводится грамотности взрослых, а одна треть - совокупному зачислению в учебные заведения. В Узбекистане в 2003 г. показатель грамотности взрослых был 99,3%, а показатель совокупного зачисления в учебные заведения в 2002/2003 учебном году – 76%. Согласно методу ИЧР максимальный и минимальный показатель грамотности взрослых обозначаем как 100 и 0, соответственно. То же самое делаем и для совокупного зачисления в учебные заведения

Индекс Грамотности Взрослых = (99,3 – 0) / (100 – 0) = 0,993

Индекс Совокупного Зачисления = (76 – 0) / (100 – 0) = 0,760

Индекс Образования = 2/3 Индекса Грамотности Взрослых + 1/3 Индекса Совокупного Зачислении = 0,91

3. Расчёты Индекса ВВП

Индекс ВВП рассчитывается, используя скорректированный показатель ВВП на душу населения (по ППС в долларах США). В ИЧР доход служит заменителем всех аспектов развития человека, не отражённых в долгой и здоровой жизни и образовании. Доход корректируется, поскольку достижение заслуживающего уважения уровня развития человека не требует неограниченного дохода. Таким образом, используется логарифм дохода. В Узбекистане в 2003 г. ВВП на душу населения был $1 744 (по ППС в долларах США). Максимальный и минимальный ВВП на душу населения (по ППС в долларах США), использованные при расчёте ИРЧ, были $40 000 и $100, соответственно.

Индекс ВВП = [(log 1 744) – log(100)] / [(log(40 000) – (log100)] = 0,48

4. Расчёты ИЧР

После подсчёта значений индексов приступают к определению ИРЧ. Это просто средняя величина вышеназванных трёх индексов:

ИРЧ = 1/3 [Индекса Ожидаемой Продолжительности Жизни + Индекс Образования] = 0,694

Таблица 1.2

Динамика индекса развития человеческого потенциала в Узбекистане

Показатели	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	69,1	70,8	71,3	71,2	71,6	72,5
Уровень грамотности взрослого населения, в процентах	98,96	99,17	99,18	99,19	99,20	99,31
Срок обучения, лет	11,4	11,4	11,5	11,6	11,6	11,7
Показатель грамотности	0,990	0,992	0,992	0,992	0,992	0,993
Показатель обучения	0,76	0,76	0,77	0,77	0,77	0,77
Уровень образования	2,74	2,74	2,74	2,74	2,76	2,75
Реальный ВВП на душу населения (ППС $) *	1973	2422	2460	2578,5	2668,1	2834,8
Индекс ожидаемой продолжительности жизни	0,735	0,763	0,772	0,770	0,777	0,792
Индекс достигнутого уровня образования	0,913	0,913	0,913	0,913	0,917	0,917
Индекс ВВП	0,498	0,532	0,535	0,542	0,548	0,558
Значение индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП)	0,715	0,736	0,740	0,742	0,747	0,756
Индекс развития с учетом гендерного фактора (ИРГФ)	0,704	0,733	0,736	0,738	0,743	0,752
Показатель расширения возможностей женщин (ПРВЖ)	0,351	0,382	0,378	0,380	0,411	0,468

отражает процессы роста благосостояния населения. В силу своей схематичности и ограниченности он не может отразить всех положительных и отрицательных тенденций развития человеческого потенциала.

Показатели уровня образования, используемые в сводном показателе ВВП, мало что говорят о качестве образования и уровне образованности населения, духовных качествах людей, которые они обрели в результате более высокого уровня образования.

Показатель ожидаемой продолжительности жизни, используемый в ИЧР, ничего не говорит о качестве самой жизни. Кроме того, в нем заложены факторы, которые существенно не меняются в короткие сроки и не могут управляться Правительством. К ним, в первую очередь, относятся унаследованные природные и экологические условия обитания населения, которые, к примеру, в пустынных или крайне северных территориях значительно хуже, чем в других регионах, генетически унаследованное долгожительство, передаваемое в течение длительного периода из поколения в поколение и т.п.

Анализируя показатель ИЧР в сопоставлении с другими странами, на первый взгляд кажется, что Узбекистан должен сосредоточить основное внимание и перенаправить финансовые ресурсы на развитие экономики, поскольку именно по показателю ВВП на душу населения страна значительно отстает от развитых стран мира. Более того, существенно улучшать показатели развития образования и продолжительности жизни, имеющие в сопоставлении с другими странами, достаточно высокие значения, сложнее, поскольку их дальнейший рост требует больших финансовых вложений и не только количественного, но и качественного улучшения деятельности соответствующих отраслей.

Однако такая однобокая политика однозначно противоречила бы не только идеологии, концепции человеческого развития, но и не отвечала бы практическим нуждам страны.

Рост ВВП для Узбекистана – естественный процесс и имеет большой потенциал, реализация которого, безусловно, тесно связана с проводимыми экономическими реформами. Однако имеется много других факторов, прямо влияющих на экономический рост.

Среди социальных факторов экономического роста главную роль играют образование и здоровье населения.

Философской основой концепции человеческого развития является предоставление любому человеку, независимо от пола, возраста, происхождения, национальности, вероисповедания, права широкого выбора действий, обеспечивающих ему возможность прожить долгую и здоровую жизнь, приобрести знания, иметь доступ к ресурсам, необходимым для достойного уровня жизни, и создание условий для его участия в общественной жизни.

Концепция человеческого развития неразрывно связывает две, на первый взгляд, противоположные стороны человеческого развития – духовную и материальную. История свидетельствует, что весь эволюционный путь развития человека ознаменован непрестанной борьбой сил, стремящихся возвысить либо духовную, либо материальную составляющую человеческого бытия. Однако общество находило мир, покой, гармонию и условия для общественного и экономического прогресса только тогда, когда в нем обеспечивался баланс, равнозначимость и равновлияние этих двух неразрывно связанных составляющих.

Погоня за материальным богатством в ущерб богатому духовному развитию не только обедняет жизнь людей, но и является причиной остановки прогресса. Трудно себе представить возможность богатой, материально обеспеченной жизни у необразованных или нездоровых людей.

С другой стороны, образование и здоровье, уровень мировоззрения и духовное здоровье общества в значительной степени связаны и зависимы от уровня благосостояния общества. Нищета рождает не только не здоровый образ жизни, но и порождает чувство безысходности или агрессии,

Факторы экономического роста

Вставка 1.5

Основные направления Государственной программы «Год здоровья»

1. Формирование у людей жизненной философии, ориентированной на правильное, ответственное отношение к сохранению здоровья и культуру здорового образа жизни.
2. Совершенствование охраны материнства и детства, репродуктивного здоровья, повышение медицинской культуры и оздоровление семьи.
3. Создание условий для здоровой и достойной жизни пожилых людей, укрепления здоровья пенсионеров, инвалидов и лиц, нуждающихся в особом уходе.
4. Предотвращение социально-опасных заболеваний.
5. Дальнейшее развитие системы здравоохранения, укрепление уровня ее материально-технической базы, обеспечение доступной и своевременной медицинской помощи, подготовка медицинских кадров.
6. Обеспечение населения качественной питьевой водой, условиями здоровой жизнедеятельности и охраны окружающей среды.
7. Развитие физической культуры среди широких слоев населения, привлечение к спорту детей, женщин и семей.

что в конечном итоге ложится в основу социальных и военных конфликтов.

Основная цель человеческого развития заключается в создании такой окружающей политической, экономической, социальной, культурной и экологической среды, которая бы позволила обеспечить людям материальный достаток и возможность достаточно долго наслаждаться здоровой и созидательной жизнью.

Настоящий доклад посвящен многогранным проблемам связи здоровья с развитием потенциала человека.

1.2 Здоровье как ключевое условие человеческого развития

Что такое здоровье? Само существование и выживание человека, как биологического вида, прямо зависит от уровня здоровья. Не случайно здоровье является основным фактором развития человеческого потенциала, ибо его отсутствие грозит человечеству прямым исчезновением.

Состояние здоровья людей зависит от многих факторов, среди которых выделяются основные:

- биологические, психологические и наследственные свойства человека;
- природное воздействие (климат, погода, флора, фауна и др.);
- состояние окружающей среды (загрязнение химическими, биологическими агентами и др.);
- социально-экономические, политические и прочие факторы, обычно действующие через условия труда и быта;
- состояние службы здравоохранения.

Здоровье человека характеризуется не только наличием или отсутствием болезней или каких-либо физических дефектов. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, духовного, социального благополучия, когда органы и системы организма человека уравновешены с окружающей производственной и социальной средой.

В этом определении заключены три составляющие стороны здоровья - физическое, психическое и социальное.

Физическое здоровье – естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем.

Психическое здоровье характеризуется уровнем и качеством мышления, развитием внимания и памяти, степенью эмоциональной устойчивости и развитием волевых качеств.

Социальное здоровье считается высшей мерой человеческого здоровья и определяется моральными принципами, которые составляют основу социальной жизни человека, т.е. его жизнедеятельности в конкретном человеческом обществе. Оно характеризуется, прежде всего, отношением человека к труду, активным неприятием асоциальных нравов и привычек, противоречащих нормальному образу жизни.

Здоровье и общество. По своей сущностной природе здоровье не относится к товарным, денежным категориям, не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для человека. Вместе с тем поддержание, укрепление и восстановление здоровья требует значительных материальных и финансовых ресурсов, что тесно связывает его с уровнем развития экономического потенциала страны и темпами экономического роста.

Здоровье, как социально-экономическая категория, проявляет себя в следующих аспектах:

1. Общественное здоровье, как и здоровье каждого гражданина, представляет стратегическую цель государства, условие его национальной безопасности. История человечества

знает много случаев, когда целые государства исчезали из-за резкого сокращения численности населения, в том числе исчезнувшего в связи с распространением эпидемий, низкой продолжительности жизни, рождаемости, высокой смертности.

2. Общественное здоровье определяется как состояние общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими, психическими и поведенческими расстройствами, т.е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни. Оно является необходимым условием для поддержания здорового трудового потенциала страны, критерием эффективности государственного управления.
3. Здоровье — экономический ресурс общества и главное условие воспроизводства потенциала. Только здоровое и образованное население способно обеспечить экономический и научно-технический прогресс общества. Для любого государства это чрезвычайно важно, особенно в условиях современной мировой глобализации.
4. Поддержание здоровья населения требует значительных экономических ресурсов, денежных средств государства и населения, что прямо связывает уровень общественного здоровья с экономическим развитием общества. Богатое общество имеет возможность выделить больше средств на поддержание и укрепление общественного здоровья.
5. Здоровье — показатель уровня, образа и качества жизни людей и в этом своем качестве самым тесным образом связано с целями развития человеческого потенциала.

Здоровье и бедность. Качество здоровья населения тесно связано с распространением бедности. Страны с низким уровнем экономического развития, как правило, имеют меньше возможностей для развития и укрепления системы, поддерживающей здоровье населения. В этих странах выше уровень смертности, ниже качество жизни населения. Показатели ожидаемой продолжительности жизни в странах с низким уровнем экономического развития – обычно самые низкие.

В свою очередь, низкий уровень общественного здоровья населения становится одним из серьезных препятствий к экономическому росту страны. Только здоровое население способно на высокопроизводительный творческий труд. Здоровое население, ведущее здоровый образ жизни, требует и относительно меньше государственных и общественных расходов на систему здравоохранения, поскольку затраты на здоровый образ жизни значительно меньше, чем на лечение болезней.

Члены бедных семей чаще болеют, несут большие расходы на лечение относительно своих доходов, что делает их еще беднее.

Порочный круг: «бедные семьи — плохое здоровье, плохое здоровье — бедная семья» может быть разорван только при помощи государства. Государство может помочь бедным семьям укрепить свое здоровье через создание системы их широкого доступа к здравоохранению. Улучшение здоровья создаст условия для производительного труда, и повысит их шансы вырваться из бедности. Следующим за прямой государственной поддержкой шагом должна быть пропаганда здорового образа жизни, которая позволит населению не только снизить расходы на поддержание и укрепление здоровья, но и обеспечит иное качество жизни и труда.

Вместе с тем, связь между бедностью и здоровьем не всегда прямолинейна. Люди с высоким уровнем дохода, полученным благодаря их активной работе в сфере бизнеса или на другой высокооплачиваемой работе, часто подвержены серьезным психологическим стрессам, что негативно отражается на их здоровье.

К примеру, по данным бюджетных обследований в Узбекистане в 2005 году, члены домохозяйств, относящихся по уровню доходов к самому высокому, пятому квинтилю, жаловались на то, что испытывают проблемы со здоровьем и имеют тяжелое хроническое заболевание в 3,5 раза чаще, чем члены наиболее бедных домохозяйств.

Здоровье и занятость. Важным фактором экономического благосостояния населения является доступ к труду. Возможность трудиться и повышать свое материальное благополучие через получаемые доходы связана не только с экономическим потенциалом и темпами экономического развития страны, но и с общественным и личным здоровьем граждан.

Во-первых, недостаток физического здоровья, физические дефекты нередко являются причиной объективных ограничений выбора сферы труда самим человеком, а также искусственных ограничений со стороны работодателей, которые предпочитают выбирать физически здоровых людей. Чаще всего физически нездоровые люди не могут найти работу вообще, либо получают работу с низкими доходами.

Во-вторых, занятые, но физически нездоровые люди не могут обеспечить качественное исполне-

Таблица 1.3

Здоровье и доходы в бюджетных обследованиях в Узбекистане

(в % к взрослым членам домохозяйств, 2005 г.)

Доходные группы	Не испытывали или испытывали временные проблемы со здоровьем	Постоянно испытывали проблемы со здоровьем и имеют тяжелое хроническое заболевание
1 квинтиль (домохозяйства с низкими доходами)	97,0	7,7
5 квинтиль (домохозяйства с высокими доходами)	91,7	2,2

Источник: Данные бюджетных обследований Госкомстата Республики Узбекистан

Таблица 1.4

Здоровье и занятость в бюджетных обследованиях в Узбекистане

(в % к членам взрослых в домохозяйствах, 2005 г.)

Степень занятости главы домохозяйства	Не испытывали или испытывали временные проблемы со здоровьем	Постоянно испытывали проблемы со здоровьем и имеют тяжелое хроническое заболевание
Не работает	93,6	5,9
Работает	97,6	2,2
в том числе		
постоянно	97,5	2,2
временно	96,5	2,7
сезонно	98,2	1,4
другое	97,6	2,4

Источник: Данные бюджетных обследований Госкомстата Республики Узбекистан

Таблица 1.5

Здоровье и образование в бюджетных обследованиях в Узбекистане

(в % к членам взрослых в домохозяйствах, 2005 г.)

Уровень образования главы домохозяйства	Не испытывали или испытывали временные проблемы со здоровьем	Постоянно испытывали проблемы со здоровьем и имеют тяжелое хроническое заболевание
Начальное и ниже	91,9	8,1
Неполное среднее	92,9	6,9
Среднее общее	97,1	2,5
Среднее специальное	95,7	4,0
Неполное высшее	94,7	4,7
Высшее	94,8	1,4

Источник: Данные бюджетных обследований Госкомстата Республики Узбекистан

ние трудовых обязанностей, часто болеют, имеют низкую производительность и, соответственно, доходы.

Здоровье и образование. Уровень образования прямо влияет на отношение человека к своему здоровью. Образованное население более грамотно относится к своему здоровью, лучше применяет профилактические меры, чаще ведет здоровый образ жизни, умеет вовремя распознать заболевание, оказать себе первую помощь, обратиться к квалифицированной медицинской помощи.

Более грамотное население имеет и лучшие условия занятости, доходов, а значит и возможности для оплаты своевременных и высококвалифицированных медицинских услуг.

Здоровье и условия проживания. Прямое влияние на состояние здоровья населения оказывает состояние окружающей среды и условия проживания. Ухудшающиеся экологические условия могут оказать влияние не только на здоровье ныне проживающего населения, но и ухудшить наследственные факторы продолжения человеческого рода.

Многие врожденные заболевания, патологии, а также физиологическая незрелость новорожденных связана с ухудшением состояния окружающей среды. По данным объективных исследований в Узбекистане из 217 районов и городов в 89 отмечается критическая экологическая ситуация, в 33 – чрезвычайная экологическая ситуация и 1 район находится в зоне экологического бедствия. Самой неблагополучной в экологическом отношении является территория Республики Каракалпакстан. Острый экологический стресс наблюдается в Хорезмской, Навоийской и Ферганской областях.

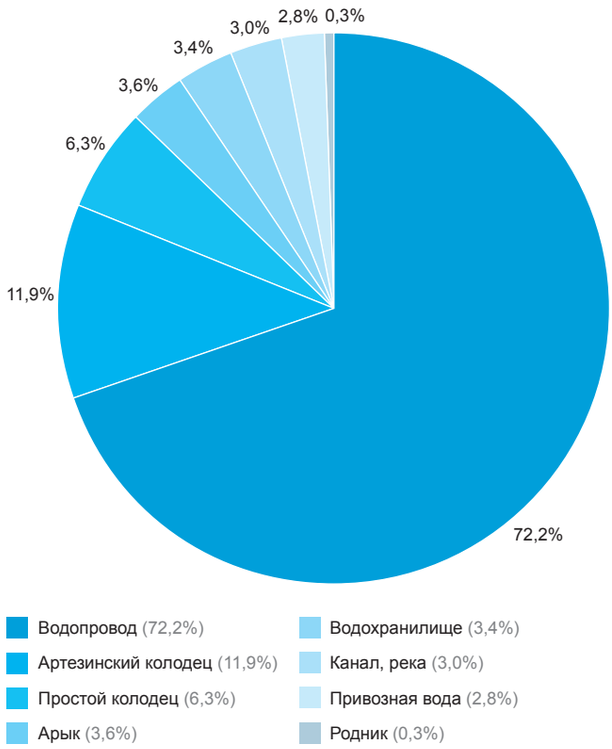
В целях сохранения и улучшения экологической среды в Узбекистане создана мощная законодательная база: 27 законов, 46 постановлений Кабинета Министров направлены на государственное регулирование отношений в сфере защиты окружающей среды. В стране создан специальный Фонд по защите генофонда Приаралья.

В соответствии с 10-ой задачей ЦРТ, осуществляется масштабная государственная программа с использованием бюджетных средств и средств международных финансовых институтов и доноров по расширению доступа населения к чистой питьевой воде. Это позволило обеспечить доступ к чистой воде подавляющей массы населения.

Здоровье и продолжительность жизни. Ключевым индикатором ИЧР является продолжительность жизни. Прямая положительная связь между здоровьем и продолжительностью жизни очевидна: высокий уровень общественного здоровья находит свое подтверждение в высоких показателях средней продолжительности жизни. Вместе с тем, не следует забывать, что на среднюю продолжительность жизни влияют также и другие факторы, как рост смертности населения в связи с военными конфликтами, масштабными стихийными бедствиями и катаклизмами, внезапными эпидемиями и пандемиями, уносящими жизнь десятков и сотен тысяч людей.

Диаграмма 1.5

Источники доступа населения к питьевой воде



Данные социологического обследования «Молодежь Узбекистана: социальное самочувствие, жизненные ценности», 13-30 июня 2005 г. Общественный центр «Ижтимой фикр».

ГЛАВА 2.
ЗДОРОВЬЕ И ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

2.1 Усилия, предпринимаемые в Узбекистане, для достижения ЦРТ

Как известно, лидеры 189 государств подписали на саммите Организации объединенных наций в 2000 г. «Декларацию тысячелетия», отражающую общее видение государствами-членами ООН миролюбивого, процветающего и справедливого мира.

Этот документ очерчивает широкий круг обязательств по правам человека, государственному управлению и демократии. Для государств это возможность объединить усилия для борьбы с нищетой, улучшения доступа к основным видам социальных услуг, снижения распространения болезней и проявления заботы об окружающей среде.

«Декларация тысячелетия» выработала глобальную повестку дня на 21-й век и поставила ориентированные на действия цели, известные как Цели развития тысячелетия (ЦРТ). В соответствии с ЦРТ к 2015 г. на глобальном, региональном и национальном уровнях должны быть достигнуты восемь конкретных целей и, связанные с ними, задачи и индикаторы, обеспечивающие общую оценку и понимание статуса выполнения ЦРТ.

Первые семь целей направлены на снижение уровня бедности во всех её проявлениях: это борьба с голодом, низкими доходами, ограничениями в доступе и низким качеством образования и медицинского обслуживания, гендерным неравенством и ухудшением состояния окружающей среды. Такой всеобъемлющий подход к достижению поставленных целей должен обеспечить резкое снижение уровня бедности в мире и в каждой конкретной стране.

Восьмая цель предоставляет средства для достижения первых семи целей. Она призывает развитые страны принять меры по дополнительному снижению долгов бедных стран и оказанию содействия их развитию.

Хотя достижение Целей развития тысячелетия это глобальный проект, который распространяется на все государства мира, являлось очень важным адаптировать цели и задачи для каждой отдельно взятой страны с учетом ее особенностей, исторически сложившимися условиями и возможностями достижения поставленных целей.

В качестве страны, подписавшей Декларацию тысячелетия, Узбекистан выполняет свои обещания приняться за вызовы, изложенные в ЦРТ. Правительство признаёт соотносительность и остроту этих вызовов в контексте национального развития.

Одновременно с разработкой индикаторов и механизмов реализации ЦРТ, Правительство республики Узбекистан в сотрудничестве с АБР, ООН и Всемирным банком в 2004 г. сформулировало свою Стратегию повышения благосостояния населения на 2005-2010 гг. (СПБН), в которой определены приоритеты, тесно связанные с национальными ЦРТ.

Концептуальной основой и предпосылкой разработки Стратегии явилось понимание необходимости интеграции политики человеческого развития и программы экономического развития страны.

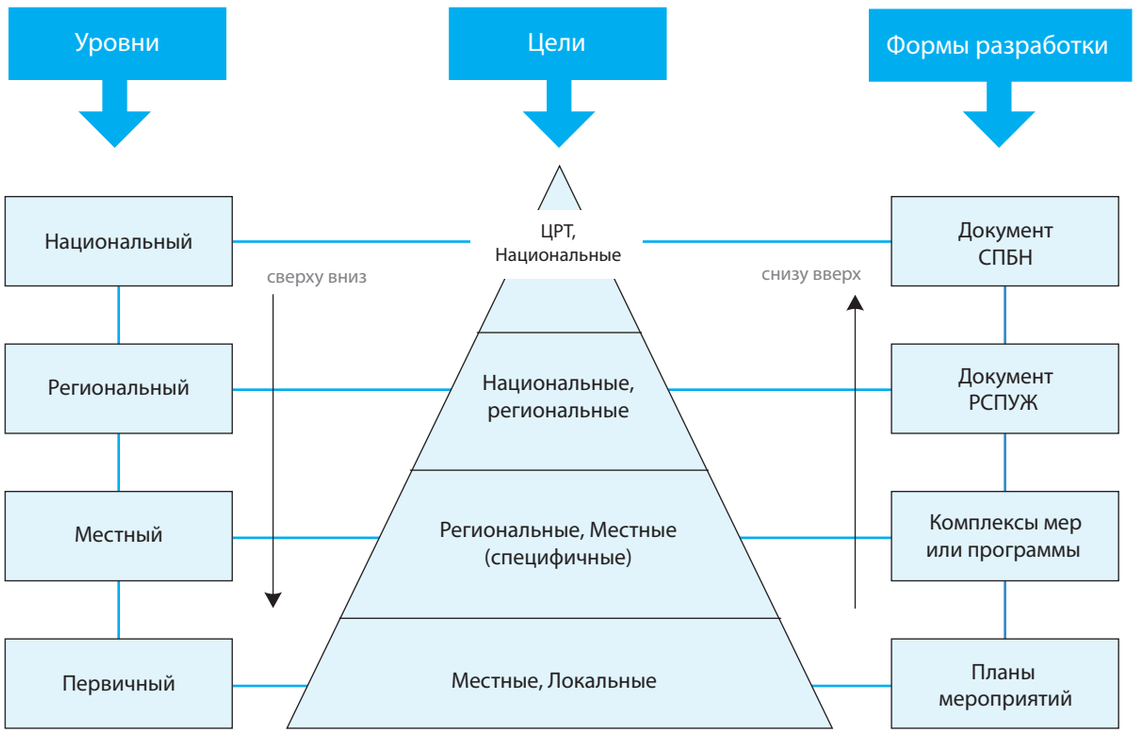
Интегрированная программа социально-экономического развития должна обеспечить справедливое распределение результатов экономического роста между всеми социальными группами и слоями, равный доступ к ресурсам социально уязвимых групп населения, а так же обеспечить защиту от экономической дискриминации по всем признакам – территориальному, гендерному, доходному и др.

Стратегия Правительства Узбекистана сфокусирована на интересах человека и предполагает обеспечение широкого участия всех заинтересованных лиц и институтов в процессе ее разработки, реализации и мониторинга.

При разработке стратегии учтено, что повышение уровня жизни формируется не только за счет повышения доходов населения и роста потребления, но и за счет качественной составляющей уровня жизни - системы образования и охраны здоровья, системы социальной защиты населения, коммунальной сферы, экологической и информационной среды.

Компоненты Стратегии повышения благосостояния населения

Архитектура СПБН Узбекистана



СПБН – Стратегия повышения благополучия населения
РСПУЖ – Региональная стратегия повышения уровня жизни

Система действий в процессе СПБН

Основные цели стратегии включают:

1. повышение уровня жизни населения и сокращение малообеспеченности наполовину к 2015 году, что полностью согласуется с ЦРТ №1;
2. гарантирование равного доступа к базовому образованию, что является основным приоритетом, определённым в разделе образования;
3. достижение гендерного равенства и обеспечение женщин правами и возможностями, проходят как сквозной вопрос во всех разделах стратегии;
4. повышение благосостояния матерей и детей, сокращение распространённости туберкулеза и ВИЧ/СПИД;
5. обеспечение экологически устойчивого роста.

Одним из разделов Стратегии является разработка региональных стратегий повышения уровня жизни населения (РСПУЖ).

РСПУЖ ориентируется на достижение следующих целей:

1. Повышение уровня жизни населения территорий и сокращение малообеспеченности через достижение более ускоренных темпов экономического роста;
2. Обеспечение равного доступа всех слоев населения, особенно малообеспеченных его слоев, к результатам роста;
3. Достижение устойчивого человеческого развития;
4. Укрепление и вовлечение гражданского общества в процесс принятия решения.

В апреле 2006 года Правительство Республики Узбекистан совместно с Представительством ООН в Узбекистане опубликовали свой первый доклад по достижению ЦРТ. Целью публикации было отражение достижений и мониторинг первых результатов за 5 лет. В этой главе мы рассмотрим пять из восьми ЦРТ, имеющих непосредственное отношение к здоровью.

2.2 Влияние питания на здоровье населения

Питание является одним из основных и важнейших факторов, влияющих на здоровье человека. Несмотря на значительное улучшение в последние годы экономической ситуации в Узбекистане, проблема неполноценности питания в ряде регионов продолжает оставаться актуальной и дефицит питательных микроэлементов достаточно высок.

Анализ результатов обследования бюджетов домашних хозяйств показывает, что в 2003-2005 годах наметилось некоторое улучшение показателей потребления основных продуктов питания, но их уровень не всегда соответствует нормам потребления, разработанным министерством здравоохранения республики. В сравнении с медицинскими критериями потребление мясопродуктов составляет 32%, четверть нормы составляет среднедушевое потребление яиц. В то же время потребление хлебопродуктов превышает норматив в 1,6 раз, что приводит к избыточному насыщению населения углеводами.

Расчеты химического состава и энергетической ценности по основному перечню продовольствия показали, что несмотря на наглядные признаки улучшение структуры питания, с 2003 г. произошло некоторое снижение по сравнению его калорийности. Дефицит поступления ряда необходимых витаминов составляет 3,8-20%.

Сохраняются существенные различия в потреблении питания городским и сельским населением. Это связано с тем, что питание сельского населения, в основном, формируется за счет натуральных ресурсов из своего подсобного хозяйства.

Важнейшим критерием, характеризующим несбалансированность потребления, является недостаточность питания среди детей в возрасте до 5 лет. 8,8% детей в республике имеют пониженный вес. Вместе с тем, тенденция в этом процессе положительна — статус пониженности веса среди детей в возрасте до трех лет сократился с 19% в 1996 г. до 9% в 2002 г.

Общий процент детей в возрасте до трех лет с задержкой роста снизился на одну треть. Процент детей с истощением и пониженным весом снизился наполовину, что является неплохим результатом за 6 лет.

Было доказано, что улучшение статуса питания в детстве тесно связано также с улучшением физического здоровья и производительностью труда, и улучшением когнитивного развития и школьной успеваемостью. Оба этих фактора, в свою очередь, приводят к повышению способности зарабатывать в зрелости. Задержка в росте у детей, особенно в возрасте до 2 лет **необратима**. Было подсчитано, что каждый 1% задержки в росте связан с 1,4% снижением в производительности. Экономические потери по причине железодефицитной анемии

оцениваются в 17% для тяжелого труда и 5% - для легкого или умеренного труда. Познавательные потери по причине дефицита железа составляют 4-10%. Каждые два или три года задержки осуществления программ по питанию для беременных женщин или детей до 2 лет означает, что появится еще одна когорта детей, чье физическое и умственное развитие задерживается на всю жизнь.

Хроническая недостаточность питания или задержка в росте отражает общий статус питания ребенка. Она может являться следствием периодического или долговременного лишения пищи и повторных инфекций. Задержка в росте является также маркером малообеспеченности, поскольку уровень задержки в росте снижается при увеличении валового национального продукта (ВНП) на душу населения. Но вопреки общераспространенному мнению, недостаточность питания не является только результатом пищевой нехватки. Многие дети в условиях пищевого достатка и в обеспеченных семьях имеют пониженный вес или задержку в росте. Причиной может быть ненадлежащее кормление младенцев и уход, недостаточный доступ к услугам здравоохранения, или плохие санитарные условия. Как указывалось в недавней публикации Всемирного банка по питанию, одной из причин, по которой недостаточность питания возникает в семьях с пищевым достатком, является то, что матери часто дают прикорм младенцам младше 6 месяцев. Исключительно грудное вскармливание является наилучшим источником питательных микроэлементов и лучшей защитой от многих инфекционных и хронических заболеваний.

Дефициты основных витаминов и минералов в питании пока еще достаточно распространены в Узбекистане, и они пересекаются с проблемами общей недостаточности питания.

Масштаб проблемы недостаточности питания в мире весьма значителен, и, принимая во внимание его последствия для экономического развития, требует незамедлительных и широкомасштабных действий.

В Узбекистане в связи с недостаточностью в окружающей среде питательных микроэлементов, в особенности, дефицита железа, йода и витамина А, при содействии донорского сообщества проводятся различные мероприятия. Они направлены на предотвращающие последствий недоедания, угрожающих жизни и ухудшающих качество

Таблица 2.1

Позитивные сдвиги в потреблении некоторых продуктов питания

Потребление, кг на 1 человека в год:	В среднем			1 квинтель		
	2003	2005	Изм. (+;-)	2003	2005	Изм. (+;-)
Хлеб и хлебопродукты в пересчете на муку	166,4	152,7	-13,7	169,6	149,1	-20,5
Картофель	23,3	27,1	3,8	19,6	27,0	7,3
Овощи и бахчевые	83,1	86,0	2,9	66,8	72,7	5,9
Фрукты и ягоды	12,0	15,7	3,6	9,0	10,6	1,6
Рыба	0,6	0,8	0,1	0,4	0,5	0,1
Яйца, штук	46,5	52,9	6,4	31,1	37,5	6,5
Масло растительное	11,1	12,3	1,2	10,1	11,1	1,0

Таблица 2.2

Состав потребленных продуктов питания

Качественный состав потребленных продуктов питания – уд. вес в %	В среднем		1 квинтель	
	2003	2005	2003	2005
Белки	12,4	12,3	12,3	12,2
Жиры	9,6	10,9	8,6	9,9
Углеводы	78,0	76,4	79,1	77,9
Энергетическая ценность потребленных продуктов, ккал	2173	2141	2078	2025

жизни.

Саплементация железом наиболее часто используется для лечения имеющейся железодефицитной анемии, она также рассматривается в качестве профилактической меры общественного здравоохранения для контролирования дефицита железа среди населения с высоким риском железодефицитной анемии, как в случае Узбекистана.

Узбекистан начал программу по саплементации железом и фолиевой кислотой в 2002 г. в трех областях, в настоящее время она распространена на 6 областей при финансовой поддержке ЮНИСЕФ и JICA. Хотя еженедельная саплементация, в отличие от ежедневной саплементации, не рекомендуется в качестве меры общественного здравоохранения, Узбекистан следует центральноазиатскому соглашению в отношении еженедельной сапплементации, разработанной казахской Академией питания.

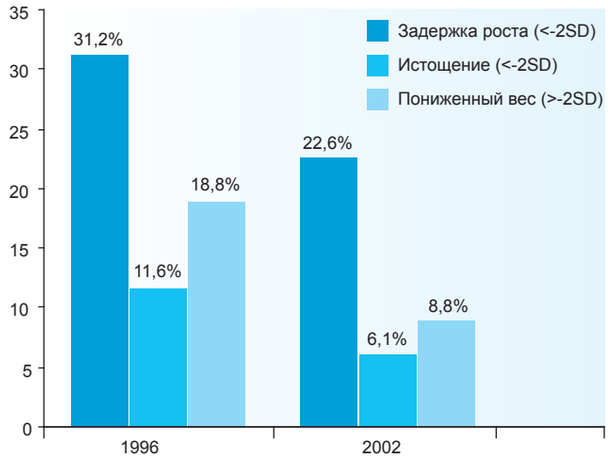
Фортификация муки была начата на 14 мельницах Уздонмахсулот, мука (первого сорта) фортифицируется железом и другими микроэлементами, применяется премикс, разработанный казахской академией. На упаковки для обозначения наносится логотип фортифицированной муки.

Саплементация витамином А для детей 6-59 месяцев проводится в рамках Недель здорового ребенка при поддержке ЮНИСЕФ и CIDA в рамках Инициативы по питательным микроэлементам. Около 95% детей в возрасте 6-59 месяцев дважды получили сапплементацию витамином А в 2005 году. В этих мероприятиях применяется деятельность по общественному вовлечению (посредством телевидения, радио, системы здравоохранения) для оповещения о том, что следует привести детей в медучреждения для получения витамина А. Эта инициатива впервые осуществлялась в 2002 году, охват составил 78 процентов, а в 2002 г. 85% детей получили витамин А.

Контроль и профилактика дефицита йода. АБР предоставил гранты технического содействия Узбекистану для Всеобщего йодирования соли из средств Японского фонда по сокращению бедности, который был организован в 2000 г. Из средств первого взноса было приобретено оборудование для большинства производителей соли в стране. Возможно, АБР будет предоставлено дальнейшее финансирование, но требуется принятие закона о фортификации соли йодом прежде, чем выделить дополнительное финансирование. В 1998 году на розничном уровне лишь 8% соли было йодировано, и только 6,5% содержало приемлемый уровень йода. Местные администрации (хокимияты) Каракалпакстана, Самаркандской,

Диаграма 2.1

Динамика недостаточности питания у детей до 3 лет Узбекистан, 1996-2002



Источники: ИЗНУ 1996 г. и ИЗНУ 2002 г.

Вставка 2.1

Отчет по недостаточности питательных микроэлементов в Узбекистане

- 60% детей в возрасте от 6 до 24 месяцев в стране подвержены риску нарушения умственного и физического развития. **Причина: дефицит железа**
- Согласно оценкам, в Узбекистане ежегодно рождаются 400 000 младенцев с ослаблением умственных способностей, вызванным дефицитом йода в беременности. В Узбекистане, где уровень болезней щитовидной железы по оценкам составляет 25-40%, более умеренные формы йододефицитных состояний, настолько распространены, что снижают средний национальный коэффициент умственных способностей на 10-15 процентных точек. **Причина: дефицит йода;**
- Половина детей в Узбекистане (53%) растут с пониженным иммунитетом, что приводит к частым заболеваниям и плохому развитию. **Причина: дефицит витамина А**;
- Несколько молодых узбекских женщин умирают каждый год во время беременности и родов. **Причина: тяжелая йододефицитная анемия;**
- Около 5 000 узбекских младенцев в год подвержены повышенному риску смерти непосредственно перед или после рождения. **Причина: тяжелая анемия у матерей;**
- Сниженная производительность рабочей силы. Потери для Узбекистана по оценкам составляют приблизительно 1,2 ВВП. **Причина: дефицит железа и йода.**

Источник: UNICEF/Micronutrient Initiative, 2004

Сурхандарьинской и Ферганской областей издали указы о запрете продажи нейодированной соли. Пропаганда потребления йодированной соли возложена на Институт Здоровья, но санитарно просветительную работу в этой сфере можно считать неудовлетворительной. В частности, нет единой системы контроля употребления только йодированной соли в пищеблоках детских дошкольных и школьных учреждений. На данном этапе гораздо важнее добиться производства надлежащим образом йодированной соли в стране прежде, чем продолжать деятельность по распространению информации.

Все страны Центральной Азии и Казахстан приняли Закон о всеобщем йодировании соли. Все страны увеличили производство йодированной соли и большинство из них разработали стандартные методы фортификации, нормативные положения, освобождение от налогов и тарифов на йодистый калий и оборудование для фортификации, а также системы контроля качества. В Узбекистане законодательство о Всеобщем йодировании соли еще предстоит принять. Основные сложности, с которыми сталкиваются производители соли — как обеспечить бесперебойную поставку йодистого калия по приемлемой цене и как улучшить качество йодированной соли.

Правительством Узбекистана принимаются меры по преодолению проблемы недостаточности питания. Для ее устранения было принято ряд программ, в частности, программа по охране и профилактике здоровья населения на 2004 – 2008 гг., программы самплетации железом и фолиевой кислотой, фортификации пшеничной муки железом и фолиевой кислотой и другие.

Основными направлениями по преодолению недостаточности питания на ближайший среднесрочный период должны стать:

- продолжение реализации мер по предотвращению железодефицитной анемии — саплементация железом и фолиевой кислотой, фортификация пшеничной муки железом и фолиевой кислотой; дефицита витамина А — саплементация витамином А; дефицита йода — йодирование соли;
- принятие мер по преодолению недостаточности питания, особенно среди детей до 5 лет путем повышения качества питания и преодоления дефицита основных микроэлементов;
- продолжение и расширение пропаганды исключительно грудного вскармливания;
- всемерная пропаганда среди населения рационального питания с вовлечением в этот процесс не только работников учреждений здравоохранения и просвещения, но также махалли и семьи.

Сложность и масштабность решения проблемы недостаточности питания требует мобилизации не только собственного потенциала и ресурсов республики, но и дальнейшего расширения сотрудничества с международными организациями, активного участия донорского сообщества в ее решении.

2.3 Репродуктивное здоровье

Ситуация в мире. Проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, являются основной причиной болезней и случаев смерти среди женщин во всем мире. Вообще, проблемы репродуктивного здоровья включают в себя здоровье, как мужчин, так и женщин. Охрана репродуктивного здоровья имеет огромное значение и является ключом к достижению целей в области развития, сформулированных в декларации тысячелетия.

Вопросы и проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, затрагивают многие аспекты социально-экономической жизни, и решить их одному сектору здравоохранения не под силу. Хотя многие проблемы и их последствия можно предотвратить в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

Детская смертность тесно связана с материнской смертностью. Хотя прошло уже 15 лет после выдвижения государствами мира инициативы «За безопасное материнство», в мире все еще около 530 тыс. женщин умирает ежегодно в период беременности и рождения ребенка. Эта смертность представляет собой верхушку айсберга. По крайней мере, 8 млн. женщин страдает ежегодно от серьезных осложнений в период беременности и рождения ребенка в условиях серьезного риска для их здоровья.

Как и в случае с детской смертностью, огромное большинство этих смертей имеют место в развивающихся странах, причем на Южную Азию (где уровень материнской смертности составляет 540 случаев на 100 тыс. живорождений) и Африку к югу от Сахары (где уровень материнской смертности составляет 920 случаев на 100 тыс. живорождений) приходится 75% от общего числа смертей. Риск умереть от причин, связанных с беременностью варьируется от 1 случая на 18 живорождений в Нигерии до 1 на 8700 живорождений в Канаде. Как и в случае с детской смертностью, большинство смертей можно было бы предотвратить: около трех четвертей можно было бы избе-

жать при помощи не слишком дорогостоящего вмешательства.

Здоровье матери и ребенка является барометром положения в других сферах развития человека: состояния системы общественного здравоохранения, состояния питания и занятости женщин.

Ситуация в Узбекистане. Медицинскую помощь женщины Узбекистана получают в 2386 женских консультациях. Для оказания стационарной помощи беременным, роженицам и гинекологическим больным развернуто почти 30 тысяч коек. На 10 тыс. женщин фертильного возраста приходится 32 койки для беременных женщин и рожениц и 4,8 коек для гинекологических больных.

Кроме того, в республике для оказания помощи детям и женщинам имеются 2 научно-исследовательских института — Акушерства и Гинекологии и Педиатрии, 3 перинатальных центра, создаются центры экстракорпорального оплодотворения, развивается эндоскопическая хирургия.

Внедрение комплексных программ по оздоровлению женщин детородного возраста и детей, наличие специальных профилактических и лечебных центров для детей и матерей в больницах и поликлиниках, расширение доступа к различным современным видам контрацептивных средств, а так же пропаганда более длительных промежутков между родами способствовали улучшению здоровья матерей и детей.

С 1991 г. показатель материнской смертности в Узбекистане снизился более чем в 2 раза: с 65,3 до 30,2 на 100 тыс. живорожденных, что явилось результатом целенаправленной работы по оздоровлению женщин фертильного возраста в сочетании с профилактикой нежелательной беременности, удлинением интервала между родами и снижением количества абортов.

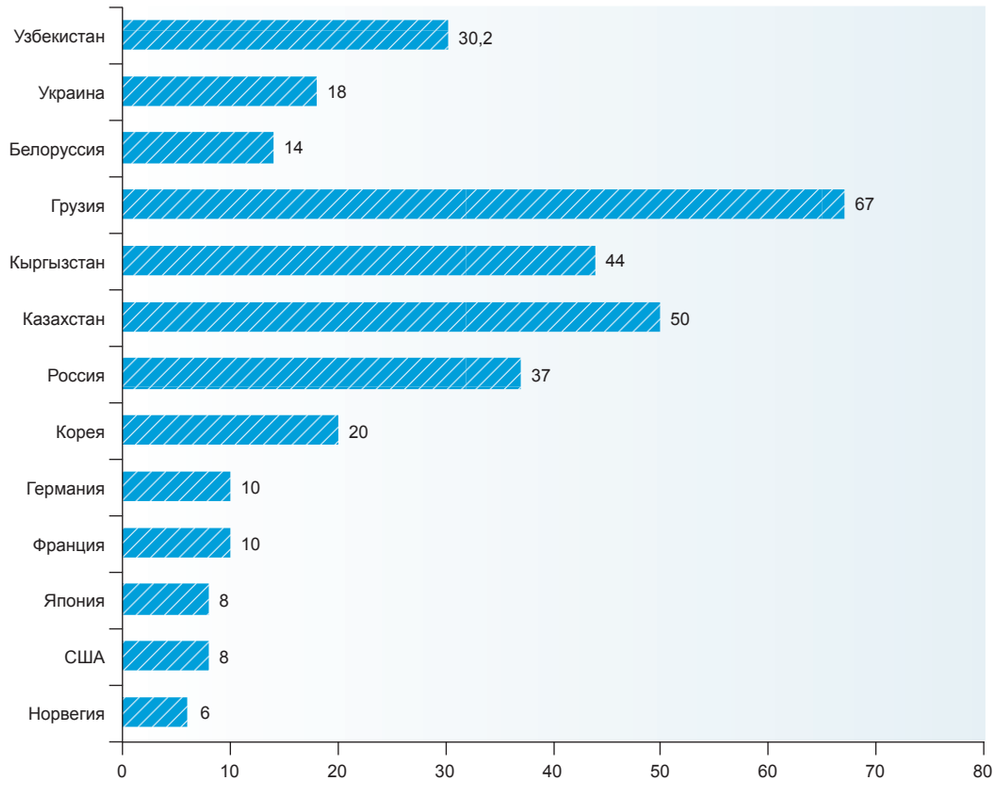
Вместе с тем, имеются огромные и трудно объяснимые различия показателей материнской смертности по регионам. К наиболее неблагоприятным регионам по уровню материнской смертности относятся Навоийская, Хорезмская, Ташкентская области и г. Ташкент.

Положительную динамику показателя материнской смертности во многом определило снижение числа абортов, увеличение интервалов между родами и изменение возрастной структуры рожающих женщин.

В республике аборты престали быть методом регулирования рождаемости. Искусственные аборты легализированы и производятся в медицинских учреждениях в первые 12 недель беременности. По

Диаграмма 2.2

Уровень материнской смертности в отдельных странах



Вставка 2.2.

Программы по улучшению здоровья женщин в Узбекистане

В республике в 1993 году была принята Региональная Программа «Неотложные меры по оздоровлению женщин фертильного возраста», которой была предусмотрена организация ежегодных профилактических осмотров с целью выявления женщин с факторами риска и их оздоровление и обеспечения широкого доступа к современным методам контрацепции.

В 1999 году был организован Республиканский центр репродуктивного здоровья и были открыты его филиалы во всех областях, основной задачей которых является проведение учебно-методической подготовки специалистов в области репродуктивного здоровья, внедрение международных стандартов предоставления услуг в области охраны репродуктивного здоровья.

В 2000 году по инициативе Президента страны организованы Наманганский, Каршинский, Джизакский и Нукусский филиалы Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии.

В 2002 году открыт Республиканский перинатальный центр, оснащенный современным медицинским оборудованием на 3,2 млн. долларов США. Основной целью открытия филиалов НИИАиГ явилась осуществление комплекса научно-исследовательских, лечебно-профилактических и просветительских мер, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в этих регионах, охрана репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, улучшение здоровья девочек и подростков, повышение медицинской культуры населения. С целью оздоровления женщин фертильного возраста и предупреждения нежелательной беременности и удлинения интервала между родами Правительством осуществляется бесплатное обеспечение всеми современными видами контрацептивных средств.

Диаграмма 2.3

Число абортов на 1000 женщин детородного возраста

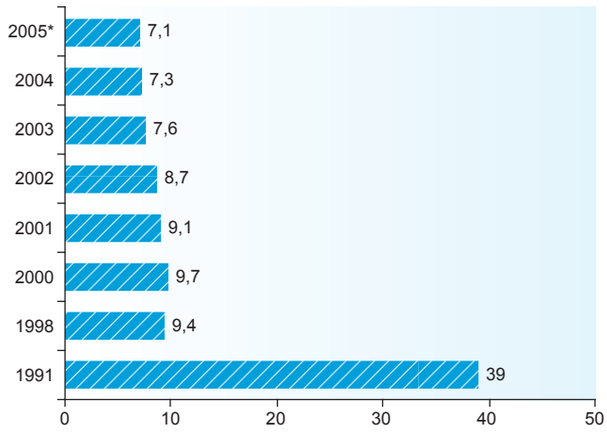
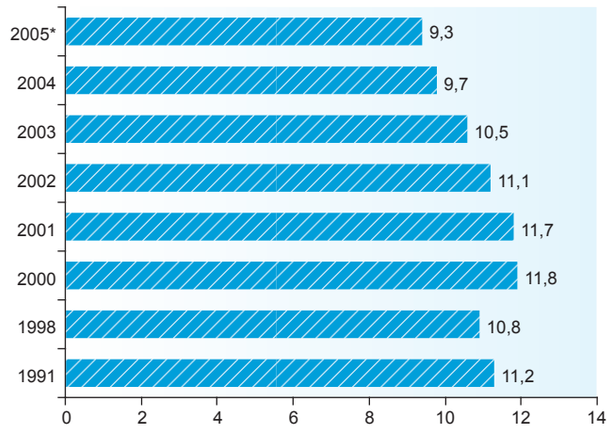


Диаграмма 2.4

Число абортов на 100 родов



Источник: Госкомстат РУз

медицинским и социальным показаниям искусственный аборт может производиться в более позднем сроке. Количество абортов на 100 родов по республике уменьшилось **с 11,2 в 1991** г. **до 9,1 в 2005 г.** По данным социального мониторинга, проведенным ЮНИСЕФ, в 2003 г. искусственное прерывание беременности происходит в республике в десять раз меньше, чем в Эстонии, в 15 раз меньше, чем в России, в шесть раз меньше, чем в Казахстане. В структуре материнской смертности за последние годы аборты редко встречаются как причина материнской смерти.

Благодаря сильной государственной поддержке формирования здоровой семьи женское население, как в городе, так и на селе, хорошо осведомлено о средствах контрацепции. Согласно ИЗНУ (2002 г.), 90.9% всех женщин репродуктивного возраста знакомы, как минимум, с одним современным средством контрацепции. Наиболее известными методами являются ВМС (98%), оральные таблетки (85%), инъекции (78%), и презервативы (68%). Если в 1991 году постоянно использовали те или иные виды контрацептивных средств только 13% женщин фертильного возраста, к началу 2005 года их число составило уже более 63%.

Наиболее часто используемым из современных методов контрацепции является ВМС, более половины всех замужних женщин (52%) пользуются данным методом, затем следуют оральные таблетки и инъекции, менее других используется метод добровольной хирургической контрацепции. Распространенность использования контрацептивов похожа в сельской (69%) и городской (66%) местностях и среди всех образовательных групп. Особенно важно отметить увеличение использования контрацепции среди женщин 20-30 лет, возрастов с наиболее высокими показателями рождаемости. Относительное увеличение использования контрацептивов в этой возрастной группе составило 25%.

В результате проведенных медико-организационных и разъяснительных мероприятий среди населения в республике резко снизилось количество ранних браков, сократилось число родов среди женщин юных и старших возрастов, отмечается увеличение интервала между родами. Так, в возрастной группе до 20 лет, отмечается снижение родов в два раза, с 7% в 1991 году до 3,7% в 2004 году. По данным социального мониторинга ЮНИСЕФ (2003 г.), доля рождения у матерей в возрасте до 20 лет в республике составляла лишь 4,7%, что является одним из лучших показателей по сравнению со странами Центральной и Восточной Европы и СНГ. Так, данный показатель в Польше составляет 7,0%, Кыргызстане 8,8%, Словакии 9,1% и Молдове 16,3%. По данным ИЗНУ (2002 г.), за последние годы в республике возраст первых родов поднялся. Так, среди женщин 20-24 лет, доля имевших первые роды составила 60% в ИЗНУ 1996 г. и только 54% в 2002 г.

Количество родов среди женщин 20-30 лет увеличилось с 69,3% в 1991 году **до 84,3% в 2005** году. Примечательно, что также резко снизилась доля четвертых — 10,1% и пятых родов — 4,4%, преобладают первородящие — 34%, вторые роды — 29, 6% и третьи роды — 22%. Наблюдается удлинение интервала между родами. Так, удельный вес рождения детей с интервалом до 1 года снизился с 5,9% в 1991 году до 0,3% в 2004 г. Несмотря на значительное снижение показателя материнской смертности, он остается очень высоким и превышает показатели развитых стран мира в 4-5 раз.

Важной характеристикой репродуктивного здоровья женщин является гинекологическая заболеваемость, которая имеет тенденцию роста таких заболеваний, как воспалительные процессы, расстройства менструации, бесплодие. Остается высоким уровень онкологических заболеваний репродуктивной системы у женщин. Ведущее место в 2003 году занимают: рак молочной железы – 12,6 на 100 тыс. женщин, шейки и тела матки – 11,4, яичников – 3,5.

Несмотря на предпринимаемые меры, стабилизировать процесс снижения материнской смертности пока не удается, периоды снижения этого показателя чередуются с периодами ее роста, а в отдельных регионах показатель недопустимо высок.

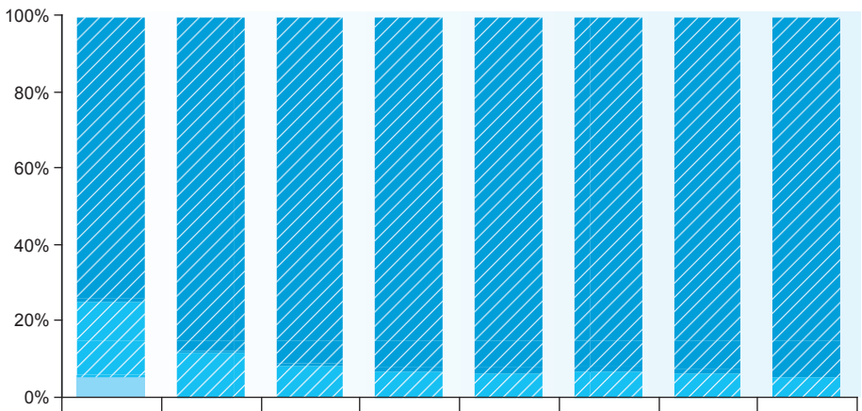
Такая ситуация сохраняется вследствие того, что большое число женщин фертильного возраста имеют те или иные экстрагенитальные заболевания, являющиеся предрасполагающими факторами к осложнению течения беременности и родов.

Если в 1992 году соматические заболевания наблюдались у 38,4% женщин фертильного возраста, то в 2004 году у 72,1% женщин выявлены различные соматические заболевания. Такой рост, в свою очередь, объясняется улучшением диагностики заболеваний посредством регулярных профилактических медицинских осмотров.

Наиболее высокий уровень экстрагенитальных заболеваний встречается в Республике Каракалпакстан (94%), Самаркандской (82,3%), Навоийской (75,7%) и Бухарской (76,3%) областях. Чаще всего встречаются такие заболевания, как анемия 62,4%, заболевания почек 6,4%, эндокрин-

Диаграмма 2.5

Интервалы между родами (%)



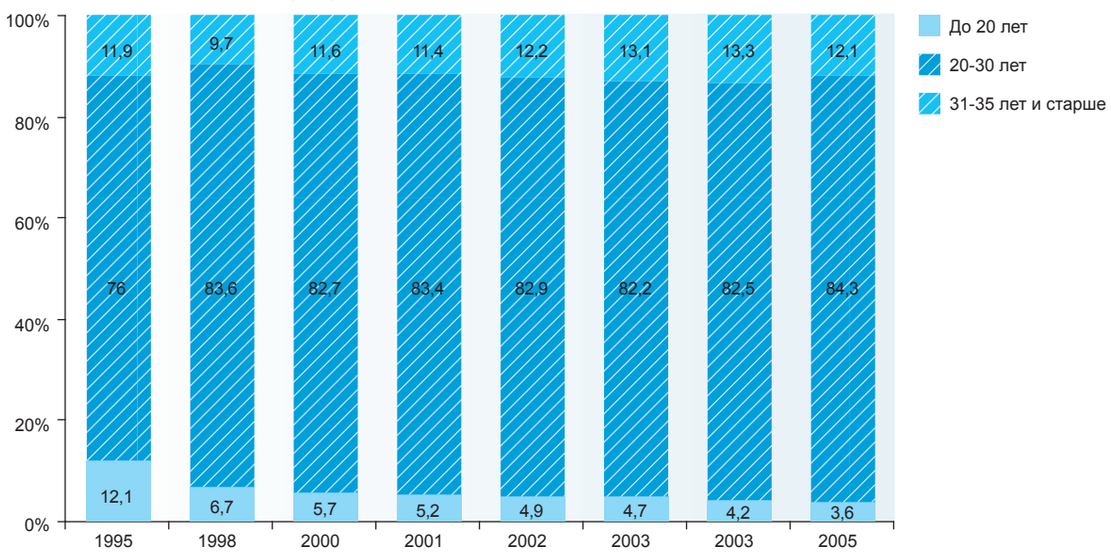
	1995	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Свыше двух лет	74,6	87,6	90,9	92,6	92,9	92,4	92,4	94,3
До двух лет	20,1	11,7	8,9	7,1	6,8	7,2	6,8	5,7
До одного года	5,9	0,7	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0

ные заболевания 5,1% и заболевания сердечно-сосудистой системы 4,9%.

Решение этой проблемы требует дополнительных мер, направленных на профилактику заболеваний и укрепление здоровья женщин фертильного возраста, продолжения разъяснительной работы среди населения о необходимости увеличения периодов между беременностями и родами, необходимой подготовки женщин к беременности и родам. Необходимо стремится к тому, чтобы беременность наступала у здоровых женщин, получающих необходимое питание, живущих и работающих в условиях, обеспечивающих нормальные условия протекания беременности.

Диаграмма 2.6

Роды по возрастной структуре женщин (в %)



Источник: Минздрав РУз

Таблица 2.3

Динамика материнской смертности по регионам республики
(число случаев на 100 тыс живорожденных, все причины)

Регионы	1991	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Республика Узбекистан	65,3	28,6	33,1	34,1	32,0	32,2	31,4	30,8
Республика Каракалпакстан	108,7	60,1	38,8	41,9	26,6	25,0	22,9	15,3
Андижанская область	44,1	17,7	20,2	20,5	17,3	23,2	25,7	21,3
Бухарская	35,6	33,4	49,0	54,4	37,3	42,2	23,4	29,7
Джизакская	99,9	30,2	29,4	42,5	29,7	35,2	24,5	25
Кашкадарьинская	69,9	30,1	39,9	40,6	37,1	31,5	24,4	24,4
Навоийская		76,3	91,6	91,5	51,5	71,9	55,8	49,7
Наманганская	45,4	27,0	27,0	29,3	18,4	31,8	21,0	30,6
Самаркандская	43,4	19,4	26,4	17,9	21,9	18,0	20,9	17,4
Сурхандарьинская	91,5	32,2	24,6	19,3	20,4	24,1	19,5	23,8
Сырдарьинская	83,6	26,4	21,0	35,7	26,4	14,5	21,5	34,7
Ташкентская	43,2	20,9	27,5	44,2	59,8	52,7	43,6	43,3
Ферганская	62,8	19,6	22,5	25,3	25,8	28,4	31,6	31,4
Хорезмская	46,0	16,1	24,9	36,2	32,3	27,1	54,5	40,8
г. Ташкент	141,1	38,0	63,9	36,4	59,9	51,4	52,3	44,9

Источник: Минздрав РУз

2.4 Детское здравоохранение

Ситуация в мире. Материнство является одной из немногих констант в жизни во всех частях мира. Однако даже в XXI столетии ежегодно умирает свыше 10 миллионов детей и полмиллиона матерей, хотя большинство из этих случаев смерти можно избежать. Матери, новорожденные и дети представляют собой благополучие общества и его потенциал для будущего. Их потребности в отношении здоровья не могут оставаться неудовлетворенными без вреда для всего общества.

Здоровье матерей и детей является приоритетной задачей. Она основывается на столетии осуществления программ, деятельности и опыта. Однако новым за последнее десятилетие стал глобальный акцент ЦРТ и их четкая направленность на слежение за прогрессом в этом вопросе во всех регионах мира.

В течение многих столетий уход за матерью и ребенком раннего возраста рассматривался в качестве домашней работы – удел матерей и повитух. В XX веке эта чисто домашняя забота была поставлена в качестве основной задачи государственного здравоохранения. В начале XXI века она была перенесена в контексте ЦРТ в центр борьбы против нищеты и неравенства в качестве одного из вопросов прав человека. Это смещение акцента имеет далеко идущие последствия в плане того, каким образом наш мир реагирует на неодинаковый прогресс в различных странах.

До недавнего времени во многих странах мира прилагалось очень мало реальных усилий по решению конкретных проблем со здоровьем новорожденных. Отсутствие преемственности между программами по охране здоровья матери и ребенка приводит к тому, что оказание помощи новорожденным оставалось без внимания. В результате каждый год в мире около 3,3 миллиона детей появляются на свет мертворожденными, а еще свыше 4 миллионов умирают в течение 28 дней после того, как они родились.

Большинство случаев детской смертности можно было бы предотвратить. Хотя более быстрый экономический рост должен вести к снижению показателей смертности, эти показатели выше, чем они должны быть, из-за неоправданно недостаточного внимания правительств к этим вопросам, чаще всего не требующих значительных затрат и высоких технологий, а также из-за неспособности решать структурные причины нищеты и неравенства.

Результаты межстрановых исследований, опубликованные в журнале Lancet в 2003 г., выявили 23 случая возможного положительного влияния правительств на снижение детской смертности в стране, в том числе — 15 профилактических и 8 - организационных. Они включают в себя ряд методов, включая от проведения орально-регидратационной терапии до обеспечения лекарствами и прикроватными пологами, обработанными инсектицидами для предотвращения малярии, а также обеспечения предродовой и акушерской помощи.

Большинство из этих интервенций может быть осуществлено при невысоких затратах с помощью обученного медицинского персонала и местных общин. Опираясь на данные 2000 г. и подразумевая 100%-ный охват этими интервенциями, авторы исследования пришли к выводу, что около двух из каждых трех случаев детской смертности — всего 6 млн. — могли бы быть предотвращены.

Считается, что быстрое сокращение уровня детской смертности является непосильной задачей, если нет существенных финансовых дотаций. Но это не так. Некоторые страны, действительно, сталкиваются с существенной нехваткой финансовых средств — отсюда необходимость в увеличении помощи. Но детская смертность — это та область, в которой небольшие вложения приносят огромные результаты. Недавнее исследование смертности среди новорожденных, проведенное в разных странах, выявляет комплекс мер по вмешательству, которые при 90%-ном охвате в 75 странах с высоким уровнем смертности, смогли бы привести к снижению уровня смертности на 59%, что соответствует 2,3 млн. спасенных жизней. Необходимые для этого затраты в 4 млрд. долл. эквивалентны двухдневным расходам на военные нужды.

Ситуация в Узбекистане. За последние годы в Узбекистане был принят ряд целевых программ, направленных на детское здравоохранение: «Скрининг матери и ребенка» (1998 год), «Здоровое поколение» (2000 год), «Мать и ребенок» (2001 год); «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения» (2002 г.); «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укреплению здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения» (2002 г.). Логическое продолжение решений проблем в охране материнства и детства и формировании здорового поколения нашло свое отражение и в принятой в 2005 году Государственной программе «Год здоровья».

Возрастная структура детей. Как уже отмечалось, в Узбекистане острота проблемы охраны здоровья детей связана с их высоким удельным весом в структуре населения. На долю детей в возрасте 0-14 лет в 2004 году приходилось 34,7% (8994,7 млн.) от всего населения республики. В возрастной структуре до середины 90-х годов преобладали дети первых 5 лет жизни (35,9%); в 2000-2001 годы – дети возраста 5-9 лет (35,3%). Начиная с 2002 года, в структуре детского населения преобладают дети в возрасте от 10 до 14 лет (в 2003 году – 36,5%). Указанные изменения обусловлены снижением смертности детей первых 5 лет жизни, а также уменьшением рождаемости.

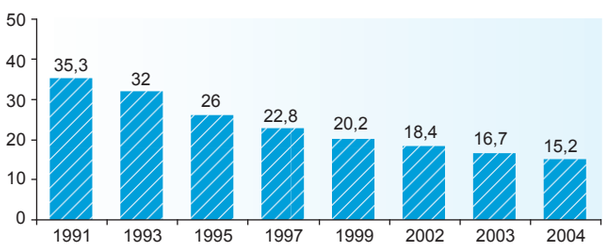
Система детского здравоохранения. В стране в настоящее время медицинские услуги детям оказывают 3753 врача общей практики, 9793 педиатра, 1444 неонатолога, 613 детских хирургов, 497 детских инфекционистов и другие узкие специалисты. Углубленным медицинским осмотром в 2004 году охвачено 98,9% детей 0-14 лет, в то время, как в 1999 году охват составлял 96,9%. Обеспеченность педиатрами на 10 тыс. населения по республике составляет 10,89, неонатологами – 26,84 (из расчета на общее число родившихся). Наибольшая обеспеченность этими специалистами наблюдается в г.Ташкенте (соответственно – 27,75 и 51,73), наименьшая: педиатрами – в Сырдарьинской области (5,73), неонатологами – в Джизакской области (14,35).

Младенческая смертность. Наиболее важным показателем качества работы системы здравоохранения, а также определяющим ее приоритеты и распределения ассигнований на социальные цели, является показатель младенческой смертности.

Главным достижением страны в области демографического развития явилось существенное снижение младенческой смертности. По официальным данным, уровень младенческой смертности с 35,5 на 1000 детей 1-го года жизни в 1991 г. снизился до 15,4 промилле – в 2004 г.

Диаграмма 2.7

Динамика младенческой смертности в Узбекистане в 1991-2004 годах (на 1000 детей)



Этому способствовала реализация Государственных программ по укреплению здоровья женщин и детей раннего возраста, по безопасному материнству, пропаганды грудного вскармливания, по борьбе с острыми респираторными и диарейными заболеваниями у детей, профилактике дефицита жизненно важных микронутриентов (железа, йода и витамина А) у женщин фертильного возраста и детей. Большую роль сыграла и пропаганда здорового образа жизни.

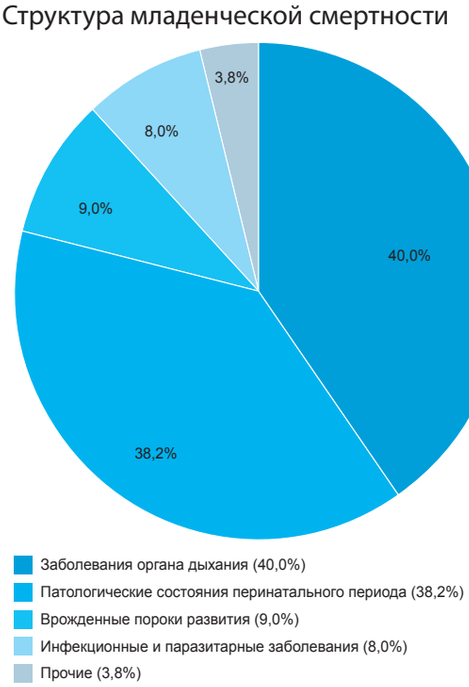
Вместе с тем, по экспертным оценкам международных специалистов, в Узбекистане имеют место случаи неправильной регистрации младенческой смертности, в результате чего этот показатель в отдельных регионах оказывается заниженным. Точность регистрации всех случаев рождения и смерти имеет важное значение не только для получения достоверной статистики естественного движения населения, но и для обеспечения прав детей. Ошибки в регистрации снижают вероятность доступа детей к системе государственной поддержки и услугам и лишают их права на получение фамилии и гражданства. Успех политики, направленной на повышение шансов детей на выживание, также зависит от наличия достоверной информации о числе родившихся и умерших.

В настоящее время уровни и тенденции, существующие в детской смертности, в значительной степени определяет перинатальная и неонатальная смертность.

Среди причин младенческой смертности, по данным Минздрава Узбекистана, первое место зани-

Диаграмма 2.8

Структура младенческой смертности



мают заболевания органов дыхания (40,0%), при этом необходимо отметить, тот факт, что доля патологических состояний, определяющих в структуре вторую позицию, в динамике увеличивается (38,2%). Врожденные аномалии в 2004 году составили 9,0%.

Вместе с тем, по данным независимых экспертов, в Узбекистане наблюдается несколько парадоксальных явлений, которые не характерны для стран, имеющих такую развитую, как в Узбекистане систему здравоохранения и охраны детства.

Во-первых, это высокий удельный вес младенческой смертности среди доношенных детей с массой тела свыше 2500 г., на которую приходится 65%, в то время, как в других странах высокая детская смертность связывается с рождением недоношенных детей с низким весом при рождении. При этом в структуре неонатальной смертности преобладают асфиксии и родовые травмы.

Во-вторых, уровень детской смертности совершенно не соответствует высоким показателям приема родов в специализированных учреждениях родовспоможения и уровню обеспеченности процессов родов квалифицированным медицинским персоналом.

В структуре младенческой смертности в Узбекистане на неонатальный период приходится 38,7%, более две трети смертей в данном периоде происходит в первые 7 дней жизни.

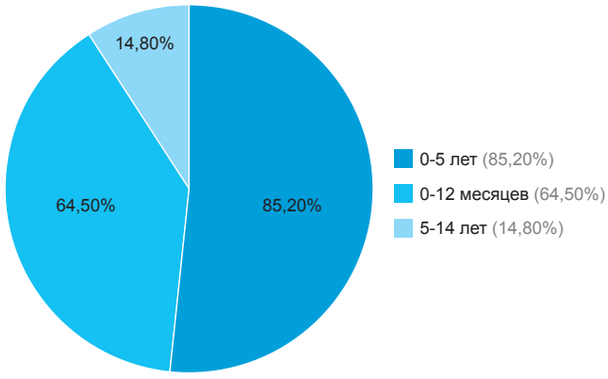
Эти парадоксы свидетельствуют о серьезных недостатках в организации службы родовспоможения, в том числе недостаточной степени их оснащенности современным оборудованием и лекарственными средствами, но, самое главное — низким уровнем профессиональной квалификации врачебного и акушерского персонала при принятии родов.

Существенные недостатки характерны и качеству медицинской помощи в течение первых дней и недель жизни ребенка. В немалой степени это связано с тем, что обязанности со стороны специалистов и программ зачастую четко не определены, а если и определены, то выполняются не рационально и не квалифицированно. Высокий удельный вес смертности новорожденных в раннем неонатальном периоде свидетельствует о неправильном или недостаточно квалифицированном уходе со стороны плохо подготовленного медицинского персонала. Нередко не проводятся или неправильно проводятся такие элементарные процедуры, как взвешивание, поддержка теплового режима, мытье рук персонала и т.п.

Таким образом, экспертные данные свидетельствуют, что для Узбекистана намеченное в ЦРТ снижение младенческой смертности является вполне достижимым и управляемым процессом. Оно в первую очередь зависит от качества оказываемых медицинских услуг во время родов и в первые дни жизни новорожденных, повышения квалификации медицинского персонала и уровня оснащенности родильных домов необходимым оборудованием.

Диаграмма 2.9

Возрастная структура детской смертности (0-14 лет)



В первую очередь необходимо устранить такие недостатки, как:

- Искажение медицинскими работниками статистических данных, в том числе по причине использования старой системы определения критериев живо- и мертворождаемости
- Неполная регистрация фактов рождения и смерти детей со стороны родителей.
- Низкая квалификация педиатров, неонатологов, врачей общей практики, медицинских сестер, многие из которых неадекватно подготовлены к исполнению своих обязанностей, особенно на уровне первичного звена здравоохранения.

В 2004-2005 году для решения этих проблем в республике:

- начато внедрение соответствующих стандартам ВОЗ критериев живо- и мертворождаемости в Ферганской области и г.Ташкенте;
- в рамках сотрудничества с министерствами здравоохранения России, Украины и Турции повысили свою квалификацию свыше 250 акушер-гинекологов, неонатологов, неонатальных хирургов, педиатров и др. специалисты-педиатры со всех регионов нашей республики;
- с помощью международных экспертов ВОЗ/ЮНИСЕФ подготовлены тренеры по обучению первичной реанимации новорожденных

Вставка 2.3

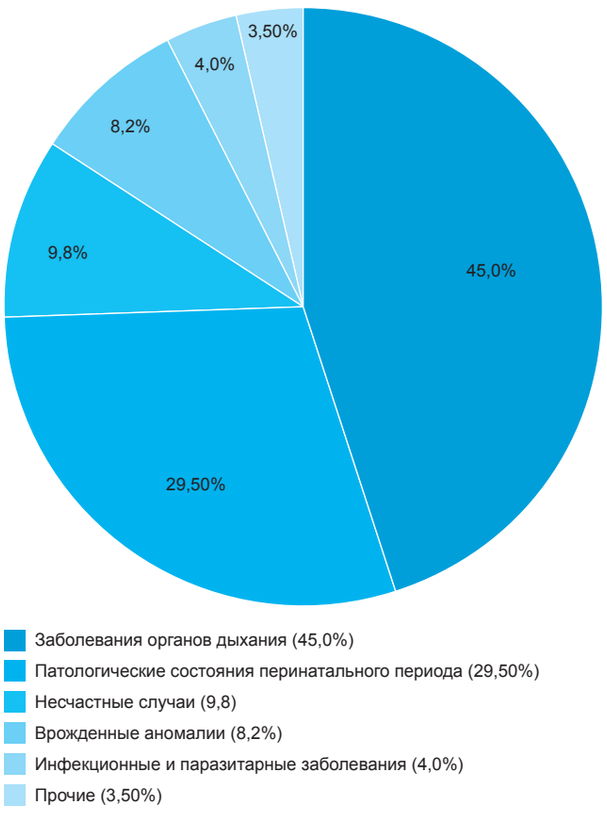
Скрининг Матери и ребёнка

С 1998 года в республике осуществляется комплекс мероприятий по выполнению Государственной программы "Скрининг матери и ребёнка", направленных на предупреждение рождения детей с наследственными заболеваниями, сопровождающихся умственной отсталостью, а также обследование беременных женщин с целью выявления аномалий развития плода. В республике созданы и оснащены 11 скрининг центров: в гг. Ташкенте, Самарканде, Бухаре, Андижане, Намангане, Фергане, Карши, Термезе, Ургенч, Навои и Нукусе. Основными видами деятельности скрининг центров являются проведение (1) пренатального (у беременных) и (2) неонатального (у новорожденных) скрининга, (3) медико-генетического консультирования семей, (4) взятие на диспансерное наблюдение и лечение больных детей, (5) создание государственного регистра генетической и врожденной патологии. Для проведения пренатального и неонатального скрининга центры были оснащены современными биохимическими анализаторами, позволяющими проводить скрининговые исследования: биохимический скрининг беременных женщин на врождённые аномалии плода, а также на врождённый гипотиреоз (ВГ) и фенилкетонурию (ФКУ). В Республике создана инфраструктура и сформирована система популяционного скрининга населения, укомплектованная диагностической аппаратурой и кадрами, осуществляющих пренатальный и неонатальный скрининг, мониторинг и лечение выявленных больных, медико-генетическое консультирование семей.

С целью формирования здоровой семьи и снижения числа потенциально возможных случаев наследственных и других заболеваний, с 2004 года введена система добрачного медицинского освидетельствования. лиц, вступающих в брак на такие заболевания как: психические, туберкулез, венерические, наркомания, ВИЧ-инфекция.

Диаграмма 2.10

Структура смертности детей первых 5 лет



Вставка 2.4

Альтернативные источники показателей младенческой смертности

По результатам исследования здоровья населения Узбекистана (ИЗНУ) 2002 года показатель младенческой смертности определен на уровне 61,7 промилле на 1000 родившихся живыми (официальные данные – 16,7 промилле). Во многих других странах показатели младенческой смертности, рассчитанные по данным аналогичных обследований, также значительно превышают официальные (Кыргызстан, Казахстан, Туркменистан, Азербайджан). Занижению официальных данных способствует использование советских критериев живорождения, имеющих существенные отличия от критериев ВОЗ. Однако нельзя объяснить имеющиеся различия только этим обстоятельством. К показателям младенческой смертности по данным ИЗНУ тоже следует относиться критически. В ходе этих исследований подсчет проводится в случайной выборке населения и представляет собой оценку его величины в данной группе населения. Другая выборка может дать другие результаты. Другой причиной отличия показателей младенческой смертности от официальных данных являются проблемы регистрации: сокрытие медицинскими работниками, недорегистрация и поздняя регистрация (родителями) случаев смерти в органах ЗАГС.

из числа ведущих преподавателей ВУЗов и специалистов практического здравоохранения;

- функционируют Республиканский перинатальный центр и 2 городских перинатальных центра в г. Ташкенте;
- 24 учреждения родовспоможения получили сертификат ЮНИСЕФ «Больницы дружелюбного отношения к ребенку»;
- начата работа по реализации проекта «Укрепление здоровья женщин и подрастающего поколения», финансируемым АБР на 40,0 млн. долларов США на 2005-2009гг. В рамках данного проекта будут оснащаться отделения реанимации новорожденных ЦРБ и областных родильных комплексов в 6 пилотных областях (Республика Каракалпакстан, Кашкадарьинская, Ташкентская, Ферганская, Хорезмская обл.). Также предусматривается обучение медицинского персонала (неонатологов, акушер-гинекологов и медсестер) родильных комплексов современным принципам оказания медицинской помощи беременным и новорожденным.

Вместе с тем, учитывая исключительно позитивный эффект проводимой работы по пропаганде рождения здорового ребенка, необходимо продолжить пропагандистскую работу, способствующую просвещению населения о наиболее благоприятном возрасте женщины для рождения детей, периодах между рождениями, рациональным питанием и средой обитания беременных женщин, а также оздоровления женщин фертильного возраста, готовящихся к беременности и родам.

Детская смертность

Рождение здорового ребенка создает предпосылки для здоровья человека в дальнейшем, поэтому важная роль в этом процессе принадлежит службам ведения матери и новорожденного в послеродовом периоде. Хотя наибольшие опасности для жизни возникают в самом ее начале, но они не исчезают по мере перехода новорожденного в младенческий и ранний детский возраст. Наиболее уязвимым периодом детства остаются первые 5 лет жизни. Дети в этом возрасте в большей степени подвержены различным инфекционным и неинфекционным заболеваниям. Наличие так называемых «фоновых» состояний (анемия, гипотрофия – низкий вес, рахит, и др.) зачастую обуславливают высокую частоту заболеваний и смертность среди данного контингента детей.

Решением многих проблем данного периода является исключительно грудное вскармливание детей до достижения возраста 6 месяцев, рациональное питание со своевременным введением прикорма и раннее распознавание родителями признаков болезни, особенно состояний, требующих неотложной медицинской помощи.

Вставка 2.5

Расширение международного сотрудничества по улучшению репродуктивного здоровья женщин, рождения и воспитания детей

Доноры, международные организации, министерства и ведомства и Неправительственные организации поддерживают государственную политику здравоохранения и содействуют улучшению здоровья матери и ребенка на всех уровнях системы здравоохранения. Так в республике успешно реализуются программы по охране здоровья матери и ребенка совместно ВОЗ, ЮНИСЕФ, UNFPA, ЮСАИД, Банком КфВ «Повышение эффективности перинатальной помощи», «Внедрение критериев живорождения, рекомендованные ВОЗ» «Реанимация новорожденных», «Поощрение и пропаганда грудного вскармливания», «Содействие развитию репродуктивного здоровья», «Профилактика анемии», «Профилактика йододефицитных состояний».

В 2003 году региональным офисом ЮНИСЕФ Узбекистан признан региональной моделью по внедрению проекта ВОЗ /ЮНИСЕФ «Повышение эффективности перинатальной помощи».

Министерство здравоохранения наряду с выполнением упоминавшихся выше государственных программ при содействии международных организаций реализует такие программы и проекты, как: «Безопасное материнство», «Поощрение и пропаганда грудного вскармливания», «Безопасная вакцинация», «Интегрированное ведение болезней детского возраста», «Улучшение репродуктивного здоровья и формирование здоровой семьи», «Профилактика и ликвидация микронутриентной недостаточности.

Детская смертность, в особенности среди детей первых 5 лет жизни, зависит не только от уровня развития медицины и качества медицинской помощи. Существенную роль в этом играют также такие немедицинские факторы, как достаточное и рациональное питание, обеспечивающее детский организм необходимыми витаминами и калориями, а также экологическая среда обитания детей.

Вместе с тем, решающую роль в снижении детской смертности играют все же медицинские факторы. Анализ показывает, что уровень детской смертности в Узбекистане существенно снизился - с 48,2 промилле с 1991 года до 20,6 в 2004 году, или более, чем в 2,4 раза.

Тем не менее, этот показатель остается высоким

для стран, имеющих такую развитую систему здравоохранения, какую имеет Узбекистан.

В структуре смертности среди первых 5 лет жизни основной удельный вес приходится на заболевания органов дыхания (45%) и патологические состояния перинатального периода (29,5%).

Важным фактором, обеспечивающим укрепление здоровья детей и уменьшения детской заболеваемости и смертности, является своевременная иммунизация от инфекционных заболеваний. Относительно невысокая смертность детей от инфекционных и паразитарных заболеваний (4%) связана с тем, что в республике, в том числе при содействии международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ) охват вакцинацией детей фактически от всех основных инфекций превышает 97-98%.

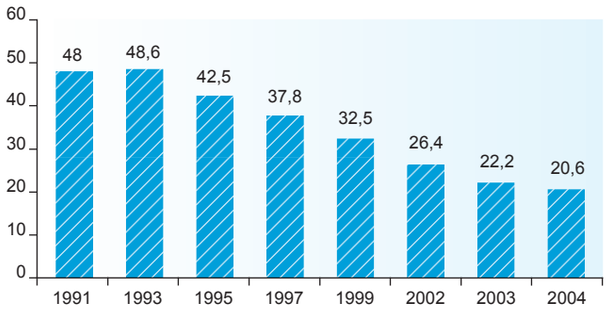
Таким образом, показатели младенческой и детской смертности в решающей степени зависят от уровня развития здравоохранения и качества предоставляемых медицинских услуг.

Медицинские факторы детской смертности. Обобщая изложенное можно сделать вывод, что медицинскими факторами, обуславливающими и поддерживающими в Узбекистане пока еще высокую детскую заболеваемость и смертность являются:

- Проблемы СВП в организации диагностики заболеваний, оказании первой помощи, профилактике, диспансерном наблюдении и реабилитации, т.е. по основным квалификационным категориям ВОП по отношению к детям. Тестирование ВОП, работающих в СВП, показало низкий уровень их знаний и практических навыков, необходимых для оказания медицинской помощи детям;
- Отсутствие утвержденных стандартов (клинических руководств) по оказанию медицинских услуг в первичном звене здравоохранения, а также на стационарном уровне. Низкий уровень управления качеством медицинских услуг, когда многие руководители медицинских учреждений различных уровней не владеют научно-обоснованными принципами управления здравоохранением;
- Устаревшее оборудование, использующееся в ряде случаев нецелесообразно, неадекватная поддержка диагностических лабораторий, особенно на уровне первичного звена здравоохранения, нехватка технологий и инструментов для первичной реанимации и ухода за новорожденными. Оснащенность в родовспомогательных учреждениях республики составляет 62% от установленных норм. Причем 78% существующей медицинской аппаратуры и оборудования, получено до 1990 года и в настоящее время изношено и устарело;
- Недостаток знания и практики ухода за детьми среди членов семьи, низкая доступность, а зачастую ее отсутствие у пациентов (лица, ухаживающие за детьми) к ресурсам и информации о состоянии своего здоровья и своих прав по получению медицинских услуг.

Диаграмма 2.11

Динамика смертности детей 0-5 лет в Узбекистане в 1991-2004 годах



На преодоление этих недостатков должна быть направлена реформа здравоохранения и комплекс мер, принимаемых Правительством.

Правительство Узбекистана в интеграции с международными организациями при реализации современных технологий в области родовспоможения и педиатрии, имеет все возможности достичь в стране реального прогресса в деле сокращения смертности младенцев и детей в возрасте до 5 лет в соответствии с ЦРТ и приоритетами, намеченными в программных документах: «Мир, пригодный для жизни детей» и «Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка».

Вставка 2.6

Рекомендации по снижению младенческой и детской смертности

- Пересмотреть нормативно-правовые документы, регламентирующие медицинские услуги детям на этапах их оказания, в особенности в первичном звене здравоохранения.
- Принять ключевые решения для политики охраны здоровья матери и ребенка (законодательное внедрение определения живо- и мертворождаемости по рекомендациям ВОЗ по всей стране).
- Улучшить систему регистрации рождения и смерти детей.
- Улучшить информационную систему (отчетности) для оперативного принятия решений.
- Регионализировать перинатальную помощь (направлять пациентов с высоким риском на более высокий уровень оказания медицинской помощи).
- Улучшить качество медицинской помощи во время беременности и родов, новорожденным и детям путем применения современных технологий, рекомендованных ВОЗ и ЮНИСЕФ.
- Составить и внедрить клинические руководства (стандарты) и протоколы диагностики и лечения для всех уровней оказания помощи новорожденным и детям, основанные на доказательной медицине.
- Обучить медицинский персонал по подготовленным документам (приказам и клиническим руководствам).
- Проводить силами детских амбулаторных учреждений и СВП мониторинг роста и развития детей.
- Улучшить до- и последипломную подготовку ВОП, педиатров и медицинских сестер по оказанию медицинских услуг детям на всех этапах ее оказания. Внедрить действующие программы по оказанию медицинских услуг по родовспоможению и детям в до- и постдипломную подготовку медицинских кадров.
- Обучать руководителей организации здравоохранения управлению качеством медицинских услуг.
- Совершенствовать систему лицензирования и аккредитации, а также аттестации медицинского персонала и учреждений. Ввести обязательную сертификацию медицинских работников, оказывающих уход и помощь новорожденным детям (неонатологов, медицинских сестер).
- Оснастить медицинским оборудованием лечебно-профилактические учреждения родовспоможения и детства.
- Принять закон об обогащении продуктов питания микроэлементами (йод, железо и витамин А).
- Разработать и внедрить национальную систему мониторинга и оценки для определения эффективности предоставляемых услуг.

2.5 СПИД, туберкулез, вирусные гепатиты

ВИЧ/СПИД

Эпидемия СПИДа буквально обрушились на мировое сообщество как невиданная по своим масштабам катастрофа, представившая угрозу для жизни многих миллионов людей. По данным ВОЗ, в мире проживают более 39,4 млн. ВИЧ инфицированных людей. В 2004 г. этой инфекцией были заражены 4,9 млн. человек, в том числе 2,2 млн. детей до 15 лет, и умерли 3 млн. 100 тысяч человек.

Поэтому проблеме ВИЧ/СПИД во всем мире уделяется огромное внимание. В Декларации «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом», принятой 26-ой специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН, отмечен призыв об усилении борьбы с ВИЧ/СПИД и обеспечении неразрывности профилактических и лечебных мероприятий, соблюдении прав каждого пациента.

ВИЧ/СПИД стал серьезной проблемой и для Узбекистана. Если в течение 1987-1999 годов были взяты на учет в связи с ВИЧ инфицированностью 76 человек, то начиная с 2000 года их число неуклонно растет. В 2004 г. официально зарегистрированно 2016 г. новых случаев ВИЧ – инфицированности, а за 11 месяцев 2005 г. выявлено 2010 ВИЧ инфицированных лиц. С момента выявления первого случая в 1987 г. общее число зарегистрированных в республике достигло 7600 человек. В 2004 г. наибольшее количество случаев ВИЧ-инфекции было отмечено в г. Ташкенте (39,0%) и Ташкентской области (23,1%). Среди ВИЧ инфицированных женщины составляют 18,4%, дети 1,5%. За весь период наблюдения у 69-ти ВИЧ инфицированных зарегистрирована беременность, из которых 59 завершились родами. С 1987 г. в республике умерло 574 ВИЧ инфицированных, из них 70 человек с диагнозом СПИД.

Программы по эпидемиологическому надзору и предупреждению заражения ВИЧ требуют крупных финансовых затрат, поскольку при современных методах лечения на одного больного СПИДом требуется ежегодно до 20000 долларов США. Наличие большого количества людей с ВИЧ/СПИДом представляет значительную проблему для здравоохранения и экономики страны.

Основными проблемами ВИЧ/СПИДа в Республике Узбекистан являются:

1. Рост числа уязвимых групп населения: потребляющих инъекционные наркотики, страдающих ИППП, лиц, занимающихся проституцией;
2. Рост туберкулеза среди ВИЧ инфицированных;
3. Отсутствие антиретровирусных препаратов, дороговизна лечения больных ВИЧ/СПИДом;
4. Недостаточность межсекторального сотрудничества в борьбе ВИЧ/СПИДом;
5. Недостаточная информированность населения о ВИЧ/СПИДе и его последствиях.

Пути передачи ВИЧ-инфекции (2004 г.)

Использование инъекционных наркотиков	59,3%
Гетеросексуальные контакты	11,3%
Гомосексуальные контакты	0,4%
Пути передачи не известны	29%

За 11 месяцев 2005 г. парентеральный путь передачи составил 49,5%, половой – 19% и вертикальный – 0,4%. В Узбекистане 50% новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией приходится на группу населения в возрасте 25-34 лет. Тревожным сигналом является то, что 34,8% новых случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в местах лишения свободы.

Министерством здравоохранения проводится ряд мероприятий совместно с различными министерствами и ведомствами, НПО и международными организациями по профилактике ВИЧ/СПИДа. Во всех областях Республики на сегодняшний день успешно функционируют 230 «Пунктов доверия», где успешно используется практика дотестового и послетестового консультирования обращающихся инъекционных наркоманов. Это повлияло на увеличение добровольного и анонимного обследования. Благодаря открытию «Пунктов доверия» стало возможным установление доверительных отношений с инъекционными наркоманами, обмен шприцев и игл, раздача презервативов и дезинфицирующих средств, что привело к изменению поведения и снижению риска заражения ВИЧ-инфекцией при употреблении наркотиков. Так например, в г. Янгиюле Ташкентской области снижение роста заболевания ВИЧ инфекцией по сравнению с 2000 годом на 28,1% показывает эффективность программы обмена шприцев.

В республике активно реализуются международные проекты при содействии ЮНОДК, которые нацелены на совершенствование информационных систем в сфере борьбы с наркотиками, обеспечение государственного контроля над оборотом прекурсоров, создание компьютерной сети для правоохранительных органов, совершенствование знаний специалистов-наркологов, психиатров, психотерапевтов и психологов по вопросам реабилитации пациентов, зависимых от наркотиков и других психоактивных веществ, предупреждение распространения наркомании, применения заместительной терапии.

В целях оказания эффективного противодействия наркоэкспансии и распространению наркотиков в республике осуществляется:

- Реализация 8 международных проектов консультативно-технического содействия ЮНОДК;
- В партнерстве с неправительственными организациями — 10 программ снижения вреда среди уязвимых групп;
- Национальный план по внедрению услуг дружелюбного отношения к молодежи, проводятся программы и тренинги по принципу «равный-равному»;
- Интерактивное компьютерное обучение в области правоохранительной деятельности по контролю за наркотиками в странах – участниках Меморандума о взаимопонимании (МОВ) по региональному сотрудничеству в области контроля за наркотиками;
- Продолжение работы по пяти региональным проектам в рамках второй фазы программы Европейского союза CADAP;
- Комплексная операция «Черный мак»;
- Подготовка врачей-наркологов, психиатров, психотерапевтов и психологов по вопросам реабилитации зависимых от психоактивных веществ;
- Оснащение задействованных в проектах министерств и ведомств техникой, лабораторным оборудованием и материалами, автотранспортными средствами, оргтехникой и др.;
- Продолжение работы по реализации межведомственных соглашений и договоров в области контроля за наркотиками;

Для осуществления комплексных мер профилактики ВИЧ/СПИД Глобальный Фонд выделил Республике Узбекистан грант в 24 млн. долларов США сроком на 5 лет. Программа включает:

- Реализацию мер профилактики, сфокусированных на группах риска;
- Обеспечение доступности медицинской

Вставка 2.7

Законодательные основы по профилактике и борьбе с ВИЧ инфекцией в Узбекистане.

В августе 1999 г. был принят Закон Республики Узбекистан «О профилактике заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», согласно которому государство обеспечивает информирование населения о мерах профилактики ВИЧ-инфекции, средствами профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции/СПИД, эпидемиологический надзор за его распространением на территории страны. Регламентирован порядок медицинского освидетельствования на зараженность ВИЧ-инфекцией/СПИД, безопасность освидетельствования и анонимность медицинского освидетельствования, социально-бытовая помощь ВИЧ инфицированным и больным СПИДом, получение ими образования, их переквалификацию, трудоустройство и др.

Лица, инфицированные ВИЧ и заболевшие СПИДом имеют право на гуманное отношение к себе, бесплатное предоставление медицинской помощи и социальное обеспечение. Запрещается прекращение трудового договора, отказ в приеме на работу и образовательные учреждения, а также ограничение иных прав и законных интересов на основании наличия у них ВИЧ-инфекции и СПИДа.

В 2003 г. Кабинет Министров Республики Узбекистан принял стратегическую программу противодействия распространению эпидемии ВИЧ/СПИД на 2003-2006гг., в рамках которой все заинтересованные министерства и ведомства разработали секторальные планы. В стране действует чрезвычайная противоэпидемическая комиссия (ЧПК), создана стройная система, занимающаяся профилактикой и борьбой с ВИЧ-инфекцией и СПИДом. Утвержден национальный протокол по антиретровирусной терапии, заместительной и синдромальной терапии больных наркоманией и ИППП. С 2003 г. в Узбекистане проводится дозорный эпидемиологический надзор, свидетельствующий о переходе на этап «концентрации» эпидемии ВИЧ инфекции.

Профилактические мероприятия осуществляются в соответствии с СанПиНом, утвержденным Министерством Здравоохранения от 6 октября 2005 г., где предусмотрено добровольное, обязательное и принудительное обследование пациентов на ВИЧ инфекцию. Обследованию на ВИЧ инфекцию подлежат:

- Доноры крови и других биологических жидкостей
- Лица, находящиеся в контакте с ВИЧ инфицированными
- Гетеро- и гомосексуальные партнеры, выявленные при проведении эпидемиологического расследования
- Лица по пересадке органов и тканей
- Пациенты наркологических, противотуберкулезных учреждений, страдающие гепатитом «В» и «С», а также ИППП
- Лица, находящиеся в местах лишения свободы

Отдельные лица по решению правоохранительных органов могут быть обследованы на ВИЧ инфекцию в принудительном порядке.

помощи, поддержка и уход за уязвимыми группами населения, проведение антиретровирусной терапии;

- Создание поддерживающей среды для предоставления возможности работы с уязвимыми группами населения и защиты прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Туберкулёз

В настоящее время туберкулез стал глобальной проблемой, в эпидемиологический процесс которого вовлечены не только развивающиеся, но и развитые страны. По данным ВОЗ, в мире инфицированы 1/3 населения Земли, ежегодно заболевают 8-10 миллионов и умирают 2,5 – 3 миллиона человек. По различным оценкам, при отсутствии эффективного контроля и лечения к 2020 году около 1 млрд. людей будут инфицированы, 200 млн. заболеют и 70 млн. умрут от туберкулеза. Туберкулез уносит больше жизней, чем любое другое инфекционное заболевание.

Учитывая повсеместный рост заболеваемости туберкулезом, ВОЗ в 1993 г. объявила о глобальной угрозе туберкулеза и потребовала от всех стран мира принятия решительных мер по борьбе с ним. На рост заболеваемости и смертности от туберкулеза, на ухудшение его структуры влияют неблагоприятные социально-экономические факторы, а также миграционные процессы, рост алкоголизма, наркомании и ВИЧ/СПИДа.

Законодательная база борьбы с туберкулезом. Учитывая опасность распространения туберкулеза, с 2001 года в Узбекистане действует Закон «О защите населения от туберкулеза» в котором предусмотрены системные профилактические меры по предупреждению распространения туберкулеза, бесплатность противотуберкулезной помощи, обязательная вакцинация новорожденных и ревакцинация детей.

Медицинский осмотр лиц, допускаемых к работам по перечню, обязательно включает в себя их бактериологическое обследование, а также рентгено-флюрографическое обследование. С целью

защиты населения от туберкулеза ветеринарными службами осуществляется обязательная туберкулинодиагностика животных, запрещается свободная реализация животных и их продуктов из неблагоприятных по туберкулезу животноводческих объектов.

Больной, страдающий туберкулезом, имеет право на получение всех видов противотуберкулезной помощи, лечения в специализированных санаториях, социально-бытовую помощь, содействие в трудоустройстве, обучении и переобучении и др.

Заболеваемость и распространенность туберкулеза. Крайне тревожным является тот факт, что за последние 10 лет заболеваемость туберкулезом в Узбекистане увеличилась на 78,7%, общая численность контингента — на 54,1% и смертность от туберкулеза — на 57,5%.

За последние 5 лет заболеваемость туберкулезом в республике также выросла на 16,5%: в том числе у подростков на — 18,1%; у детей — на 33,8%.

В 2005 году заболеваемость туберкулезом по Узбекистану составила 76 на 100 тыс. населения.

Особенностью туберкулеза в Узбекистане является частое поражение детей-подростков и молодых людей, а также женщин фертильного возраста. На рост заболеваемости от туберкулеза и ухудшение его структуры в Республике Узбекистан, кроме вышеперечисленных неблагоприятных факторов, повлияло также высокое распространение заболеваемости туберкулезом в местах лишения свободы.

Анализ динамики заболеваемости туберкулезом детского населения за последние 10 лет выявил рост показателя в 2,4 раза. Среди впервые выявленных детей с активным туберкулезом более 50% составляют дети 10-14 лет и 40% — в возрасте 5-9 лет.

В 2005 г. выявлено 19876 больных активным туберкулезом.

Наиболее высокая распространенность туберкулеза отмечена в регионах с социально-экономическим и экологическим неблагополучием, в частности в Приаралье. Рост заболеваемости туберкулезом и недостаточный контроль за его лечением привели к формированию значительного резервуара больных с туберкулезом, среди которых 30% составляют больные с длительным течением болезни с бактериовыделением, являющиеся наиболее опасными в эпидемиологическом отношении. Как известно, каждый больной, выделяющий туберкулезную палочку, может заражать до 10-15 человек. Среди длительно болеющих каждый пятый больной является инвалидом вследствие туберкулеза.

Смертность от туберкулеза. Показатель смертности является одним из важных эпидемиологических показателей по туберкулезу. В 2004 г. смертность от туберкулеза составила 10,1 на 100 тыс. населения. Высокая смертность отмечается в Республике Каракалпакстан и г. Ташкенте. Изучение результатов вскрытий умерших показало, что 22,9% умерших больных туберкулезом, не состояли на учете в диспансерах.

Диагностика и лечение туберкулеза. В последние годы все чаще встречаются устойчивые формы туберкулеза, которые не поддаются лечению общепринятыми антибактериальными препаратами. По данным отдельных авторов, за последние 30 лет первичная устойчивость микобактерии туберкулеза возросла в 3,8 раза, а резистентность к препаратам — в 10 раз.

Проведенные под эгидой ВОЗ исследования в 35 странах мира в 1994-1997 гг. установили первичную устойчивость микобактерии туберкулеза в 9,3%. Вторичная резистентность к одному антибактериальному препарату установлена в 36%, а полирезистентность составила 13%. Особенно высокая полирезистентность была обнаружена в странах бывшего Советского Союза и Азии.

Причиной формирования полирезистентного туберкулеза является нерациональное или незавершенное лечение, а также заражение от больных с лекарственно устойчивым туберкулезом легких, которым характерно длительное бактериовыделение с распространением инфекции.

Ситуация с ростом лекарственно устойчивой формы туберкулеза вызывает большую озабоченность и в Республике Узбекистан. Проведенное с участием международной организаций «Врачи без границ» исследование в Республике Каракалпакстан показало, что несмотря на систематические усилия, при использовании методов стратегии ДОТС значительное число больных туберкулезом не выявляются. Оказалось, что причиной такого явления является наличие лекарственно устойчивой формы микобактерии туберкулеза. Исследование, проведенное в 4-х регионах Республики Каракалпакстан выявило 13% больных с множественной лекарственноустойчивой формой туберкулеза среди новых случаев и 40% среди пациентов, получавших лечение от туберкулеза в прошлом. ВОЗ считает «опасным очагом» те регионы, где более 3% больных страдают множественной лекарственно устойчивой формой туберкулеза. Туберкулезный процесс, вызванный лекарственноустойчивыми микобактериями, с трудом поддается лечению, требует длительной терапии,

приводит к появлению хронических неизлечимых форм заболевания.

Предотвращение множественной лекарственно-устойчивой формы туберкулеза достигается путем внедрения адекватной программы по контролю за туберкулезом. Для повышения успешности контроля над туберкулезом и предотвращения множественного лекарственноустойчивого туберкулеза ВОЗ рекомендует непрерывное лечение стандартной комбинацией эффективных препаратов.

Таким образом, наиболее серьезными проблемами распространения туберкулеза, с которыми сталкивается Узбекистан в настоящее время одним являются:

- увеличение числа больных с множественно-лекарственно устойчивыми микобактериями туберкулеза;
- высокая заболеваемость туберкулезом среди трудоспособных групп населения (25-44 года);
- наличие среди населения риска заболеть туберкулезом. Рост больных туберкулезом среди лиц с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, сахарным диабетом, язвенной болезнью и лиц с психическими заболеваниями;
- тенденция роста случаев туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных;
- появление форм туберкулеза практически не встречавшихся в последние 15 лет;
- недостатки в организации контролируемого лечения, особенно на амбулаторном этапе;
- сохраняющийся дефицит отдельных противотуберкулезных препаратов;
- рост смертности населения от туберкулеза.

Борьба с туберкулезом. Узбекистан располагает достаточной сетью противотуберкулезных учреждений. Функционируют 108 диспансеров, 71 отделение при ЦРБ, 37 кабинетов, 12 самостоятельных больниц, 26 санаториев. Наряду с ними работают 64 дошкольных и 13 школьных учреждений для тубинфицированных детей и подростков. В связи с внедрением стратегии ДОТС в 2004 г. значительно улучшилась обеспеченность противотуберкулезных учреждений медицинским оборудованием: микроскопами, рентген аппаратурой и оргтехникой.

С 2004 года в Узбекистане внедрена новая группировка контингентов противотуберкулезных диспансеров, которая позволит значительно улучшить учет и наблюдение за больными туберкулезом.

В противотуберкулезных учреждениях работают 1451 врач, но укомплектованность ими остается низкой, составляя лишь 55,5%. В штаты противотуберкулезных диспансеров на селе введены 1670 единиц фельдшеров по туберкулезу, которые выполняют основные функции в период амбулаторного лечения больных и контроля за своевременным приемом противотуберкулезных препаратов.

Всего для лечения больных туберкулезом развернуты 15525 коек, в том числе 4510 санаторных, из них 1158 (10,5%) предназначены для лечения детей. Отмечается недостаточная обеспеченность противотуберкулезными койками в Сырдарьинской, Сурхандарьинской, Навоийской областях и г.Ташкенте. Для изоляции и оздоровления детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции функционируют специализированные дошкольные учреждения на 6410 мест и школы-интернаты на 3710 мест.

Основное место в борьбе с туберкулезом занимает комплексная терапия 4-5 препаратами. В НИИ фтизиатрии и пульмонологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан организованы и функционируют Республиканский центр ДОТС и учебный центр по контролю и профилактике туберкулеза и референс-лаборатория. Так, с 1998 года в республике внедряется стратегия ДОТС и в настоящее время этой программой охвачены более 80% населения республики. На 1 января 2005 г. по республике на учете состояли 169 188 больных, из которых с активной формой 60 928 (36,0%) и 108 260 (64,0%) с неактивными формами туберкулеза.

Реализуется программа борьбы с туберкулезом в пенитенциарной системе (среди заключённых тюрем). Осуществление контролируемого курса химиотерапии способствовало стабилизации ситуации по туберкулезу среди данного контингента.

Особое место в борьбе с туберкулезом занимает его профилактика. Вакцинацией БЦЖ в 2004 г. было охвачено 99,5% новорожденных, ревакцинацией 97,8% детей 7 и 14 летнего возраста. Изоляция контактных детей в специализированные детские учреждения и санатории составила 83,1%. Немаловажное значение в предупреждении туберкулеза имеет проведение химиопрофилактики среди контактных. В 2005 г. химиопрофилактикой охвачено 86,6% из всех контактных. Целенаправленная работа в очагах туберкулезной инфекции привела к снижению уровня заболеваемости среди контактных детей на 25%.

Основным методом раннего выявления инфицированности и заболеваемости туберкулезом у

Вставка 2.8

Программа борьбы с туберкулезом в Каракалпакстане

В апреле 2006 г. ЕС/ПРООН поддержали проект «**Повышение уровня жизни (ПУЖ) в Каракалпакстане**», в рамках которого в 11 местных общинах проводился качественный анализ знаний о туберкулёзе и проблемах, связанных с ним. Проект ПУЖ предпринял такое исследование потому, что эти общины, при исследовании в рамках проекта, назвали туберкулёз главной проблемой, препятствующей их социально-экономическому развитию.

Общины, вовлечённые в этот проект, определили приоритетные мероприятия по восстановлению инфраструктуры здравоохранения в сельской местности благодаря вовлечению общины в ведение случаев туберкулёза и помощи таким больным. Эти общины представляют собой небольшие сельские поселения с приблизительно 1 500 жителей, где уровень жизни людей ниже, чем в других частях Узбекистана и Каракалпакстана. Чтобы начать решение проблемы туберкулёза и помочь достичь национальную ЦРТ борьбе с ВИЧ/СПИД и туберкулёзом, проект ПУЖ способствовал проведению 8 дискуссий целевых групп и 13 углублённых опросов. Участниками этих групп и респондентами были рядовые члены общин, бывшие больные туберкулёзом и медработники первичного звена здравоохранения.

Исследование показало, что туберкулёз воспринимается в общине как опасная болезнь, которая приводит к серьёзным медицинским и экономическим проблемам. Бедные чаще заражаются туберкулёзом, чем обеспеченные люди, и туберкулез усугубляет степень их бедности. Общие знания об этой болезни, её причинах и лечении плохие. Люди обычно считают, что заразиться туберкулёзом можно если использовать общие с больным туберкулёзом предметы домашнего обихода, пить холодную воду и купаться в холодной воде. Некоторые участники считали, что туберкулёз – это наследственная болезнь. Многие думали, что диагноз туберкулёза и его лечение можно и нужно проводить только в больнице врачом-специалистом, а не по месту жительства.

В общинах слабо используют компоненты стратегии ДОТС. Это происходит частично потому, что люди не верят, что эти компоненты эффективны в диагностике и лечении туберкулёза в том числе и потому, что ничего не знают об этих компонентах. Однако ДОТС, при правильном применении, существенно снизила бы затраты пользователей и увеличила бы доступ к лечению и помощи больным туберкулёзом.

В настоящее время из-за финансовых проблем, которые не позволяют людям потратиться на лечение, они продолжают заражаться, распространять туберкулёз и умирать от этой излечимой болезни. Часто большую роль в этом играют невежество и стигматизация: люди либо не понимают, что они больны, либо стыдятся проконсультироваться с медработником. Позднее начало лечения, игнорирование или сокрытие болезни неизбежно приводит к плохим последствиям как для самих больных, так и для их семей и общины.

Данные проведённого исследования показали, что во многих общинах осведомлённость о туберкулёзе и стратегии DOTS должны пройти длинный путь, прежде чем они начнут способствовать решению проблем, непосредственно связанных с туберкулёзом. Общинам нужно больше помогать избавиться от стигматизации больных туберкулёзом.

Проект ПУЖ в Каракалпакстане поможет организовать в общинах выявление случаев туберкулёза и систему поддержки лечения, чтобы повысить больным туберкулёзом доступ к качественной помощи в общине. Этот проект поможет разработать для общин систему помощи больным туберкулёзом в сотрудничестве с представителями общин, медицинскими учреждениями первичного звена здравоохранения и противотуберкулёзной службой.

Представители общин и медработники первичного звена здравоохранения пройдут обучение и станут организаторами борьбы с туберкулёзом в общине и приверженцами лечения туберкулёза. При подготовке учебного плана и медицинских обучающих материалов для таких организаторов в общине проект ПУЖ использует рекомендации и данные проведённого качественного анализа, имеющиеся в стране материалы и международные руководства по ведению больных туберкулёзом и содействию общин помощи таким больным.

детей является туберкулинодиагностика. Из-за недостаточности туберкулина в 2004 г. несколько снизился охват туберкулиновыми пробами (73% против 79,3% в 2003 г.). Показатель туберкулиновой чувствительности в республике имеет тенденцию к росту с 49,1% в 2003 г. до 51,2% в 2004 г.

В республике основным методом раннего выявления туберкулеза среди взрослых и подростков по прежнему является флюрографическое обследование. Численность флюрографических установок составляет 376, из которых действуют 341 (90,6%). Министерство здравоохранения Республики Узбекистан в 1995 г. определило группы риска по туберкулезу. В соответствии с Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан с 1999 г. флюрографическому обследованию подвергаются женщины детородного возраста, пенсионеры, инвалиды, одинокие и пожилые люди.

В последние годы в Узбекистане из-за износа флюорографических установок и недостаточным обеспечением флюропленкой и химическими реактивами, охват ежегодными флюорографическими осмотрами подлежащего контингента населения снизился с 78,2% в 1999 г. до 73,2% в 2004 г. Это привело к несвоевременному выявлению туберкулеза легких, накоплению среди населения бактериовыделителей и к ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу в целом. Для повышения эффективности флюорографических осмотров населения охват ежегодным обсле-

дованием должен составлять не менее 80-90% подлежащего взрослого населения.

В Узбекистане в 2003 году утверждена «Стратегическая программа по снижению заболеваемости и профилактике туберкулеза на 2004-2008 гг.», где предполагается раннее выявление 70% и излечение 85% больных туберкулезом. Реализация данной программы признана в республике одной из Целей развития тысячелетия.

Вирусные гепатиты

С 60-х годов XX столетия территория Узбекистана стала высокоэндемичным регионом по заболеваемости вирусными гепатитами. Основной причиной этого явилось нарушение экологического равновесия, возникшее в связи с использованием высокотоксичных фосфорхлорорганических соединений, применяемых в сельском хозяйстве. Загрязнение почвы, воды и воздуха привели к массовым отравлениям людей высокотоксичными химикатами, что привело к резкому снижению общей иммунной системы населения республики.

Заболеваемость гепатитами в период 1963-1987 гг. выросла до 1250-1500 случаев и выше на 100 тыс. населения. Заболеваемость у детей в возрасте от 1 до 14 лет составила 1400-2200 случаев на 100 тыс. населения.

Отсутствие в этот период специфических высокочувствительных методов лабораторных исследований, позволяющих диагностировать все формы вирусных гепатитов, способствовали не только росту хронизации заболеваемости, но и быстрому распространению этого опасного заболевания по территории страны.

Считалось, что на долю вирусного гепатита «А» (ВГА) приходилось 65-85% всех зарегистрированных случаев, а в г. Ташкенте – 90-93%. Однако позднее, применение более точного иммуноферментного анализа, позволило уточнить, что на долю ВГА в реальности приходится лишь 31,3%, в то время, как доля ВГВ составила почти столько же - 30,3%, гепатита «С» (ГС) – 6,2%, гепатита «Д» (ГД) – 4,8%. Более того, этот анализ повзолил выявить 26,4% микст гепатитов (сочетание «А», «В», «С»).

В последние годы увеличилась заболеваемость самыми опасными видами гепатитов, которые ведут к циррозу и раку печени – ГВ и ГС. Носительство гепатита «С» в последние 10 лет увеличилось в 4 раза.

Хронические гепатиты составляют 23-27 на 100 тыс. населения, а показатели носительства HbsAg ставляют 42,3-54,2 на 100 тыс. населения. При этом хронизация заболевания ГС в 5 раз выше, чем ГВ. При атипичной форме ГС, которая часто не диагностируется из-за малосимптомности клинических проявлений, хронические формы заболевания приоретают в 71,4% случаев.

Отсутствие качественных тест систем, способных своевременно определить этиологию инфекционного гепатита, приводит к тому, что многие больные оказываются недолеченными, или становятся невыявленными носителями и соответственно распространителями заболевания. Положение усугубляется тем, что в республике обследование очагов хронических вирусных гепатитов, а также носителей ГС и ГВ не проводятся. Передача ГВ осуществляется через инъекции — 42,3% случаев, стоматологическое вмешательство — 9,2%, хирургические вмешательства — 8,3%, акушер-гинекологические вмешательства — 6,3%, лабораторные исследования – 2,4%, переливание крови – 2%. Передача ГС осуществлялась через инъекции в 29,5% случаев, хирургическое вмешательство – 10,4%, кровь и ее компоненты – 9,5%. Иными словами через медицинские манипуляции происходит передача гепатитов в 50-70% случаев.

Однако, должных профилактических мер в медицинских учреждениях не принимается. Из 935 отделений централизованной стерилизации (ОЦС), имеющихся в республике, только 366 (39,1%) расположены в типовых зданиях. Хуже всего ситуация в Республике Каракалпакстан, где в типовых зданиях расположены только 5,6% ОЦС, в Самаркандской области – 18,1%, в Навоийской и Сырдарьинской областях – по 36,8%, Ташкентской области – 39,3%. Централизованным холодным водоснабжением обеспечены лишь 71,2% ОЦС, горячим водоснабжением – 41,5%.

В целях коренного изменения дел с выявлением и лечением гепатитов необходимо осуществить ряд первоочередных программных мер, включающих:

- обеспечение лечебных учреждений необходимыми тест системами, позволяющими своевременно диагностировать все формы вирусных гепатитов;
- создание эффективной системы профилактики заболеваемости гепатитами, включающей широкую разъяснительную работу среди населения, а также комплекс профилактических мер против передачи гепатитов в процессе различных медицинских манипуляций;
- укрепление материально-технической базы и обеспечение необходимых условий деятельности ОЦС;
- повышение квалификации врачей, специализирующихся на лечении гепатитов.

2.6 Окружающая среда и здоровье

Около 24% заболеваний и 23% смертей в мире вызваны вредным воздействием таких факторов окружающей среды, которые можно предотвратить. Об этом говорится в опубликованном 5 июня 2006 года докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Неблагоприятные внешние факторы ежегодно в мире уносят более 13 миллионов жизней и являются причиной каждого третьего заболевания у детей младше пяти лет. Ухудшающиеся экологические условия могут оказать влияние не только на здоровье ныне проживающего населения, но и ухудшить наследственные факторы продолжения человеческого рода. Многие врожденные заболевания, патологии, а также физиологическая незрелость новорожденных связана с ухудшением состояния окружающей среды.

Неблагоприятная окружающая среда является основной причиной смертности, связанной с заболеваниями малярией, инфекционной диареей, респираторными заболеваниями и травмами. Смертность от малярии можно снизить более, чем на 40%, а смертность от диареи – на 94% при улучшении санитарно-гигиенической обстановки и качества питьевой воды. Меры, направленные против загрязнения воздуха и пассивного курения, использование более чистых и безопасных видов топлива могут значительно снизить уровень смертности от легочных заболеваний. Рациональное проектирование городов позволит снизить количество смертей в результате дорожно-транспортных происшествий.

Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что в целом, уменьшив риски, связанные с окружающей средой, можно спасти за год жизни четырех миллионов человек, в том числе двух миллионов детей младше 5 лет.

Безопасность окружающей среды является основополагающим фактором поддержания здоровья населения. Сегодня становится все более ясным, что чистый воздух и вода - не менее важные факторы, необходимые для сохранения здоровья и выживания человека, чем пища и кров.

Вместе с тем, низкое качество питьевой воды и недостаточная утилизация отходов по-прежнему остаются серьезными проблемами общественного здравоохранения и социальной гигиены.

Борьба с зараженностью окружающей среды микробиологическими, токсическими, физическими и прочими болезнетворными факторами является важным аспектом здравоохранения и остается важнейшей проблемой современного общества наряду с угрожающими здоровью факторами, связанными с условиями труда, оказывающими воздействие на здоровье большей части взрослого населения.

Загрязнение окружающей среды и низкий уровень санитарно-гигиенических условий на рабочем месте в конце XX в. занимают все большее место в деятельности и политике общественного здравоохранения.

Начиная с 60-х гг., повышается обеспокоенность общества экологическими проблемами и его осведомленность в данных вопросах постоянно возрастает. Распространение концепции права населения на информацию об экологическом состоянии окружающей среды, осознанного питания и пропаганда идей общественного здравоохранения привели к тому, что во многих странах вопросам экологии в широком смысле стало уделяться большее внимание. Загрязнение атмосферы, воды и почвы, уровень санитарно-гигиенических условий на рабочем месте стали предметом внимания средств массовой информации, неправительственных организаций и государственных органов, становясь частью современной культуры. Развитие движения защиты прав потребителя также способствовало тому, что правительства и промышленные корпорации стали уделять больше внимания вопросам охраны окружающей среды.

Природа и общество взаимосвязаны и взаимозависимы. Перед человечеством стоят экологические проблемы, которые могут быть решены усилиями одной страны, и те, для решения которых требуются объединенные силы всего международного сообщества. Локальные мероприятия являются частью глобальной ответственности за охрану окружающей среды. Решение частных проблем требует тесного сотрудничества на всех уровнях различных государственных ведомств, неправительственных организаций, средств массовой информации и добровольных групп содействия, заинтересованных в сохранении здоровых природных условий.

Уровень санитарно-эпидемиологического благополучия — интегральный показатель, который отражает, с одной стороны, состояние здоровья населения (демографические показатели, заболеваемость, инвалидность, уровень физического развития), с другой стороны-состояние окружающей среды (загрязнение воды, воздуха, пищевых продуктов, условий труда и быта, отдыха и т.п.).

Состояние здоровья населения - это трудно восполнимый ресурс, который стал в последнее

время лимитирующим фактором социально-экономического развития как отдельных территорий, так и всей страны в целом. Многокомпонентность загрязнений окружающей среды, вызывающая широкий спектр эффектов на здоровье, ставит вопрос выбора информативных индикаторов здоровья для решения некоторых проблем экологии человека и гигиены окружающей среды.

Изменившиеся в последний период социально-экономические условия повлекли за собой появление новых закономерностей в сфере формирования здоровья населения. Исследования гигиенистов республики подтвердили, что направленность вектора среда-здоровье связана главным образом с экологическими условиями.

Анализ санитарно-эпидемиологической ситуации в республике показал, что в последнее десятилетие были обеспечены стабилизация и улучшение ряда важнейших показателей здоровья и среды обитания. В последние годы наблюдается устойчивая тенденция снижения общей смертности.

В современных условиях существует множество конкретных задач, которые следует решить для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории каждого региона республики. Так как средства ограничены, одновременное осуществление всех оздоровительных и профилактических мероприятий практически невозможно. В связи с этим, однозначно, первоочередной задачей является ранжирование проблемных вопросов в области охраны окружающей среды и охраны здоровья населения.

Решение проблем воздействия окружающей среды на здоровье населения республики необходимо увязать с особенностями структуры заболеваемости. К примеру, наиболее высокий уровень распространенности эндемического зоба регистрируется в Самаркандской и Сурхандарьинской областях. В остальных регионах эта патология при ранжировании проблемных вопросов здоровья занимает пятое место из основных восьми.

Значительная часть детей и женщин фертильного возраста страдают от анемии, что связывается в дефицитом железа. У детей все еще высок уровень заболеваемости острыми кишечными заболеваниями, гепатитами, что в совокупности с другими причинами зависит также от доступа к чистой воде.

В структуре заболеваемости детей наибольший удельный вес приходится на болезни органов дыхания в большинстве регионов. Достаточно значительно представлены в структуре также болезни крови и кроветворных органов (анемии, в Р. Каракалпакстан до 59%), эндокринной системы (эндемический зоб, до 98,1% в Сурхандарьинской области).

Учитывая структуру заболевания, в настоящее время необходимо сосредоточить на решении следующих приоритетных задач смягчения негативного воздействия окружающей среды на здоровье населения:

1. Ликвидация недостаточности микроэлементов, связанная с их дефицитом в почве и воде — программы снижения уровня йододефицита, железодефицита, дефицита витамина А, которые были описаны в предыдущих разделах доклада.

С питанием также тесно связана проблема обеспечения **качества и безопасности пищевых продуктов**, которая получила принципиально новое развитие в связи с выходом Закона Республики Узбекистан. “О качестве и безопасности пищевой продукции”. Удельный вес проб пищевых продуктов, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, стабильно находится на уровне, не превышающем 6%.

2. Обеспечение широкого доступа населения к источникам чистой воды. Качество воды водоемов I и II категории в местах водопользования в Узбекистане за последние годы не претерпело существенных изменений. Число проб воды, не соответствующих гигиеническим нормативам, по микробиологическим показателям составило 10,7%, по санитарно-химическим показателям 18,1% (данные за 2004 г.). Безопасность водоснабжения является одной из главных составляющих безопасности населения республики, поэтому органы санитарно-эпидемиологической службы страны осуществляют постоянный контроль качества питьевой воды.

3. Снижение нагрузок на воду и воздух со стороны факторов техногенного характера посредством принятия более жестких мер к выбросам, осуществляемым промышленными предприятиями.

Общеизвестно, что снижение концентрации загрязняющих веществ в окружающей среде может привести к стабилизации общей заболеваемости населения и снижению его уровня по отдельным нозологическим формам. В этой связи центры санитарно-эпидемиологического надзора, наряду с изучением состояния здоровья населения, осуществляют измерение уровней вредных веществ в объектах среды обитания.

В настоящее время в большинстве крупных городов страны вклад автотранспорта в суммарном загрязнении атмосферного воздуха составляет

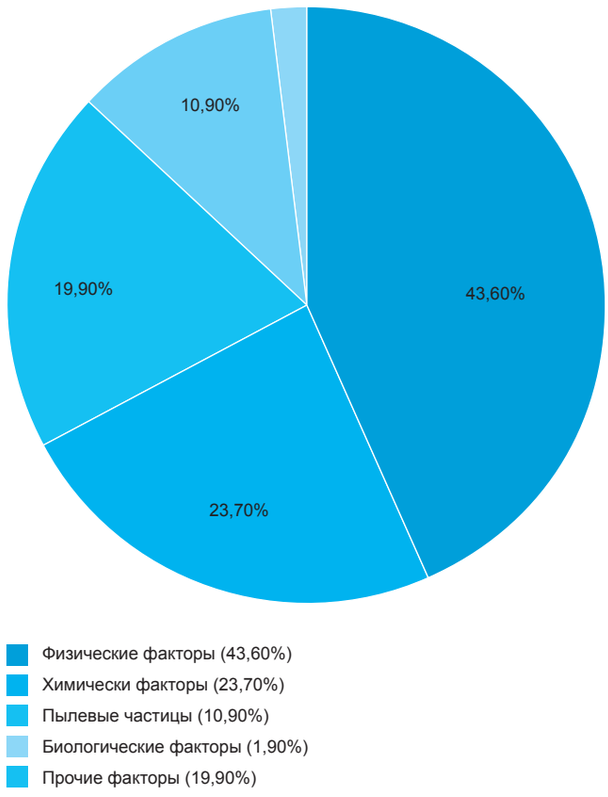
свыше 60%. Предполагается, что доля вклада автотранспорта в загрязнение атмосферы в будущем будет возрастать, так как темпы роста перевозок выше, чем промышленного производства. Вычленить долевой вклад автотранспорта в загрязнение воздуха городов и определить население, подверженное этому воздействию, практически невозможно. Распространение загрязнителей за счет автотранспорта в приземном слое атмосферы приобретает важное значение, ухудшая условия рассеивания, по сравнению с выбросами стационарных источников и создает повышенные уровни загрязнения на локальных участках территории, прилегающих к магистральным улицам. Результаты исследований атмосферного воздуха в городских поселениях Узбекистана за последние годы свидетельствуют о высоких показателях не соответствия нормативам (ПДК).

4. Снижение уровня профессиональных заболеваний. Для большинства отраслей экономики по-прежнему характерны неудовлетворительные условия труда, которые явились причиной развития у рабочих профессиональной патологии. В 2003 году были зарегистрированы 153 случая профессиональных хронических заболеваний. В 2004 году зарегистрированы 156 случаев. Показатель профессиональной заболеваемости на 100 тыс. работающих на предприятиях промышленности, транспорта и сельского хозяйства в 2004 году составил — 0,45 против 0,48 в 2003 году (показатель рассчитан на количество работающих в секторе промышленности и сельского хозяйства).

Основными причинами развития профессиональной патологии у работающих — физические факторы, промышленные аэрозоли, физические перегрузки и перенапряжения отдельных органов и систем, химические и биологические факторы. Наибольшая распространенность профессиональных заболеваний отмечается в авиационной промышленности, в НАК «Хаво йуллари», наибольшая распространенность хронических профессиональных заболеваний регистрируется среди работников Госкомгеологии, «Узлегпрома», Агентства печати, «Узэнерго» и др.

Диаграмма 2.12

Структура профессиональной заболеваемости по этиологическим факторам за 2004 год



Поскольку эколого-гигиенические аспекты состояния здоровья населения проработаны еще недостаточно, следующим этапом должно быть:

1. Дальнейшее совершенствование законодательной и нормативной базы в области оценки риска для здоровья населения, связанных с неблагоприятными факторами среды обитания;
2. Организация подготовки и переподготовки кадров по оценке риска для здоровья состояния окружающей среды;
3. Совершенствование материально-технической базы санитарно-эпидемиологической службы;
4. Дальнейшее совершенствование интеграции секторов охраны окружающей среды и здравоохранения в решении проблем экологии и здоровья населения.

ГЛАВА 3.
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В УЗБЕКИСТАНЕ

3.1 Состояние здоровья

Ожидаемая продолжительность жизни

Ситуация в мире. Возможность прожить долгую и здоровую жизнь является основным показателем возможностей человека. Неравенство в этой сфере имеет фундаментальное значение для благополучия и жизненных возможностей индивида. С начала 1990-х гг. долгосрочная тенденция к сближению уровней ожидаемой продолжительности жизни между богатыми и бедными была ослаблена за счет отклонений в некоторых регионах, вызванных ВИЧ/СПИДом и другими неблагоприятными факторами.

В глобальном масштабе разрыв между странами по показателю ожидаемой продолжительности жизни сокращается. С 1960 г. и до настоящего времени ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 16 лет в развивающихся и на 6 лет в развитых странах. С 1980 г. разрыв сократился еще на два года. Однако это сближение произошло в период до 1990 г. С тех пор сближение почти прекратилось и разрыв остается очень большим.

Средняя величина разрыва в ожидаемой продолжительности жизни между странами с низким и высоким доходом все еще составляет 19 лет. Родившийся в Буркина Фасо может рассчитывать на то, что он проживет на 35 лет меньше того, кто родился в Японии, а человек, рожденный в Индии, может рассчитывать на то, что проживет на 14 лет меньше рожденного в США.

Двадцать лет назад человек, рожденный в Африке к югу от Сахары, мог рассчитывать на то, что проживет на 24 года меньше, чем человек, рожденный в богатой стране, и этот разрыв прежде сокращался. Однако сегодня разрыв составляет 33 года, и он увеличивается. ВИЧ/СПИД является главной причиной этого движения вспять. В 2004 г. около 3 млн чел. умерло от этого вируса, и еще 5 млн. были инфицированы. Почти все эти смертные случаи приходятся на развивающиеся страны, а 70% имели место в Африке. Около 38 млн. чел. в настоящее время являются ВИЧ-инфицированными — 25 млн. из них живут в Африке к югу от Сахары.

В странах бывшего Советского Союза ожидаемая продолжительность жизни снизилась существенным образом, особенно для мужчин. В Российской Федерации ожидаемая продолжительность жизни мужчин снизилась с 70 лет в середине 1980-х гг. до 59 лет на сегодняшний день — что ниже, чем в Индии. Этому способствовали экономический упадок, размывание социальных гарантий и высокий уровень алкоголизма и заболеваемости. На неинфекционные болезни — такие как сердечно-сосудистые заболевания и травматизм — приходится самая большая доля в росте числа смертей, хотя растет и число инфекционных заболеваний. Если показатели смертности останутся на том же уровне, около 40% сегодняшних пятнадцатилетних российских мужчин умрут до достижения ими 60 лет.

Здоровье людей оценивается широким кругом показателей, включающих как «строгие» — это заболеваемость, смертность, инвалидность, так и субъективные оценки здоровья самого индивидуума, в том числе показателями качества его жизни. Однако, эти показатели не всегда доступны и сопоставимы. Поэтому показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении является основным критерием, характеризующим состояние здоровья населения.

Ситуация в Узбекистане. В среднем население Узбекистана имеет относительно высокую продолжительность жизни, которая в 2004 году достигла 72,5 лет против 69,3 лет в 1990 году. Причем, разница предстоящей жизни у мужчин и женщин в республике в среднем сократилась с 6,3 лет в 1990 г. до 4,4 в 2004 году.

Показатели по Узбекистану выше, чем во многих других государствах СНГ. К примеру, в России он

Таблица 3.1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Республике Узбекистан (число лет)

	1990	2000	2003	2004
Оба пола	69,3	70,8	71,6	72,5
Мужчины	66,1	68,4	69,4	70,0
Женщины	72,4	73,2	73,8	74,7

Источник: Госкомстат РУз

составляет 66,7 лет, Белоруссии – 69,9, Украине – 69,5, Казахстане – 66,2, Кыргызстане – 68,4.

Вместе с тем, в развитых странах средняя продолжительность жизни более высока, чем в Узбекистане и составляет 75-82 года.

Возможности роста продолжительности жизни в республике кроются не только в снижении показателей общей заболеваемости и смертности, но и в имеющихся резервах значительного снижения показателей детской смертности.

Заболеваемость населения

Благодаря реализации обширных государственных программ, направленных на создание достойных условий жизни населения, в Узбекистане в последние годы отмечается снижение общей заболеваемости населения по таким группам болезней как инфекционные и паразитарные — почти на 41% к уровню 1995 г., болезни органов дыхания — на 41%, врожденные аномалии — на 22%, новообразования — на 20,8% и т.д. (таблица 3.2).

Анализ структуры общей заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения за 2004 г., показал, что на первом месте в республике и в большинстве регионов — болезни крови и кроветворных органов (доля патологий этого класса болезней достигает до 48,6% в Каракалпакстане, по республике — 23.07%) за исключением г. Ташкента, Ташкентской и Хорезмской области. В г. Ташкенте и в Ташкентской области на первом месте болезни органов дыхания, а в Хорезмской области — болезни органов пищеварения. Следует отметить, что в г. Ташкенте в последние годы болезни кожи и подкожной клетчатки занимают по рангу третье место. Болезни крови и кроветворных органов, органов дыхания, пищеварения, эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена, системы кровообращения, мочеполовой системы, травмы, отравления и некоторые последствия воздействия внешних причин являются проблемными вопросами охраны здоровья.

Особое место занимают онкологические болезни. В структуре онкологической заболеваемости по Узбекистану на первом месте рак желудка, далее идут рак молочной железы, рак пищевода, рак легкого и рак кожи.

Таблица 3.2

Заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. человек по основным группам болезней

Группы заболеваний	1995	2000	2002	2003	2004
Всего	49365,5	41360,8	44833,5	46418,3	47583,6
Инфекционные и паразитарные болезни	2198,4	1468,7	1373,5	1319,6	1308,4
Новообразования	235,7	203,0	196,3	198,3	186,7
Болезни эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ, иммунитета	1329,8	2480,4	3074,8	2812,5	2992,9
Болезни крови и кроветворных органов	3138,3	6198,7	7384,4	8231,1	8248,0
Психические расстройства	143,5	310,8	239,1	213,4	216,1
Болезни нервной системы и органов чувств	3903,1	3585,3	2557,2	2081,9	1990,8
Болезни системы кровообращения	1134,9	1209,0	1276,1	1313,8	1432,5
Болезни органов дыхания	20568,9	11490,9	12295,3	12239,3	12258,9
Болезни органов пищеварения	5702,0	4669,0	5174,0	5476,4	5802,6
Болезни мочеполовой системы	1822,0	2237,2	2383,9	2422,6	2587
Осложнения беременности, родов, послеродового периода	3771,1	2494,8	2916,6	3016,7	3109,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	3110,4	2436,4	2256,6	2292,7	2355,4
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1271,9	795,9	764,2	826,0	871,9
Врожденные аномалии	77,3	72,8	52,7	59,1	60,3
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде		25807,2	26755,8	25645,4	24619,7
Травмы и отравления	3646,0	2900,7	3108,0	3313,2	3441,0

Источник: Госкомстат РУз

Хотя уровень распространенности отдельных нозологических болезней не снижается, отмечается тенденция снижения общей заболеваемости. Так, в 2004 году по сравнению с 2003 годом темп снижения уровня общей заболеваемости в целом по республике составил 9,9%, а по отдельным регионам от 1% (Хорезмская область) до 41% (Самаркандская область). Более 10% снижения распространенности заболеваний отмечается в г. Ташкенте (22%), Наманганской области (22%), в Ташкентской области (17%), в Андижанской области (14,4%).

Вместе с тем, как и в предыдущие годы, для республики остается характерным «двойное бремя болезней», т.е. наряду с инфекционными заболеваниями значительное место занимают и болезни неинфекционные, характерные для развитых стран.

Основными причинами заболеваемости населения по обращаемости в медицинские учреждения являются болезни органов дыхания, крови и кроветворных органов, болезни органов пищеварения, нервной системы и органов чувств, удельный вес которых в общей структуре заболеваемости сохраняется на протяжении ряда лет.

В жаркий период года серьезной проблемой остаются инфекционные заболевания такие, как кишечная группа инфекций и вирусные гепатиты, хотя и наблюдается снижение заболеваемости ими за счет улучшения обеспечения населения доброкачественной питьевой водой и проведения комплексных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Значительные успехи достигнуты по снижению заболеваемости населения прививаемой группы инфекций за счет обеспечения своевременной иммунизацией.

Для организации медицинского обслуживания населения, деятельности учреждений здравоохранения важно знать социальное и социально-гигиенические характеристики населения, материальные и жилищные условия, состав семьи. В связи с этим в республике возникла необходимость построения медицинского обслуживания населения по семейному принципу, которая внедряется, прежде всего, в сельской местности и с 2006 г., в качестве эксперимента, будет внедряться в амбулаторно-поликлинических учреждениях гг. Ташкент, Маргилан, Гулистан и Самарканд.

Положение инвалидов и людей с психическими отклонениями

Цивилизованность любого общества определяется, прежде всего, отношением к самым уязвимым его слоям, каковым являются инвалиды.

Положение инвалидов. Решение проблем инвалидности и инвалидов является одним из приоритетных направлений социальной политики в Узбекистане на современном этапе.

Законодательство Узбекистана определяет инвалида, как лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите. Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или

Таблица 3.3

Заболеваемость инфекционными болезнями на 100 тыс. населения

Заболевания	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Брюшной тиф	3,7	2,1	0,7	0,75	0,5	0,3	0,3
Дизентерия бактериальная	61,9	62,1	19,8	19,5	19,2	15,1	13,6
Острые кишечные заболевания	524,3	400,0	181,1	170,0	158,4	133,8	128,5
Вирусные гепатиты	644,3	710,7	234,7	160,9	132,1	114,9	145,9
Вирусный гепатит А	511,1	616,7	201,4	135,1	112,0	99,9	132,1
Вирусный гепатит В	133,2	94	29,8	24	18,8	13,7	11,6
Корь	9,4	1,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,3
Коклюш	7	1,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1
Скарлатина	10,4	5,4	2,2	2,9	3,4	3,4	3,0
Эпидпаротит	17,2	34,1	18,1	26,8	40,9	21,2	8,9
Дифтерия	0,13	2,8	0,01	0	0	0	0
Столбняк	0,1	0,01	0	0	0	0	0
Полиомиелит	0,1	0,004	0	0	0	0	0

Источник: Госкомстат РУз

частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью. Признание лица инвалидом в Узбекистане осуществляется врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК) в порядке, установленном Кабинетом Министров .

Актуальность проблемы определяется наличием в социальной структуре общества большого количества лиц, имеющих признаки инвалидности, что подтверждается данными официальной статистики. В Узбекистане на учете в органах социальной защиты населения состоят более 800 000 инвалидов.

По данным ВОЗ, в мире проживают более 600 млн. инвалидов, т.е. около 8% населения нашей планеты, причем в развитых странах в среднем 10% населения являются инвалидами. Так, в России на начало 2004 г. имели инвалидность более 11 млн. населения, т.е. около 9% всего населения. Вместе с тем, показатели реабилитации инвалидов в России остаются на низком уровне и не превышают 2,3% при повторном освидетельствовании.

Все это свидетельствует о масштабности проблемы инвалидности и определяет необходимость принятия на государственном уровне комплекса мер содействия инвалидам, и мер воздействия на их социальное окружение. Эти меры должны быть подчинены единой цели реинтеграции инвалидов в общество.

Принятый в Узбекистане в 1991 г. Закон «О социальной защищенности инвалидов в Республике Узбекистан» явился не только базисной основой для создания правового поля в сфере инвалидности, но и наметил в стратегическом плане принципиально новые ориентиры в социальной политике государства по отношению к инвалидам. В указанном законе впервые законодательно продекларирована необходимость реабилитации инвалидов.

В последующие годы во исполнение данного закона был принят ряд постановлений Правительства, а также иных нормативных и методических документов, регламентирующих организацию и деятельности служб, осуществляющих реабилитацию инвалидов. В республике функционируют 12 реабилитационных центров (РЦ). Все эти РЦ находятся в системе Министерства труда и социальной защиты населения республики.

Несмотря на некоторые позитивные шаги в плане создания государственной службы реабилитации инвалидов в Узбекистане, до настоящего времени:

- отсутствует единая система реабилитации инвалидов, координирующая и направляющая деятельность различных ведомств и учреждений, ответственных за осуществление мероприятий по медицинским, профессиональным, социальным и психологическим аспектам реабилитации, обеспечивающая их последовательность и преемственность;
- не определен правовой статус реабилитационных учреждений и потребность в них;
- не принята базовая программа реабилитации;
- не разработана четкая система контроля и оценки эффективности выполнения индивидуальных программ реабилитации (ИПР), не определена количественная потребность в РЦ;
- отсутствует системный подход в организации и проведении реабилитации, порядок взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности, последовательность и преемственность в проведении реабилитационных мероприятий;
- не сформирован в полной мере национальный рынок реабилитационной индустрии, предусматривающий организацию нормативного обеспечения и контроля качества производства технических средств для инвалидов;
- отсутствует четкое разграничение полномочий органов государственной власти республики, органов государственной власти в областях и органов местного управления в области реабилитации инвалидов;
- не разработаны в полной мере вопросы методологии и технологии, стандарты медицинской, профессиональной социальной и психологической реабилитации.

Для самих инвалидов наиболее важным является повседневная и повсеместная реализация законодательно закрепленных их прав на реабилитацию и государственные гарантии на эти права. В реабилитационные центры инвалиды направляются лишь по направлению ВТЭК и при наличии у них высокого реабилитационного потенциала, что ущемляет права инвалидов.

К сожалению, до настоящего времени не определен статус реабилитологии как сферы научной и практической деятельности, вследствие этого не решен вопрос о подготовке специалистов, работающих в этой области.

Положение людей с психическими отклонениями. По данным ВОЗ, приблизительно 450 миллионов человек страдают от психических или поведенческих расстройств. Психические расстройства составляют 12% глобального бремени

болезней, тогда как бюджеты на лечение психических заболеваний в большинстве стран составляют менее 1%.

Проблема психического здоровья населения выходит за рамки медицинских проблем, являясь больше социальной и требующей своего решения с учетом социально-экономических факторов и условий жизни населения Узбекистана. Создание гуманной системы организации психиатрической службы, ставящей пациента во главу угла, требует улучшений в подготовке кадров, изменения профессионального отношения и ценностей, а также структурных перемен в системе здравоохранения.

Большинство современных принципов улучшения психического здоровья населения основываются на двух основных концепциях прав человека. Во-первых, каждый человек, включая лиц, страдающих психическим расстройством, имеет право на достойное отношение и уважение его личности. Во-вторых, процедура принятия решений в психиатрии, ограничивающих свободу человека, должна регулироваться законом. В связи с этим, понадобилось создание прочной юридической базы, включающей основополагающие принципы и нормы прав оказания психиатрической помощи, отраженные в международных документах по правам человека. Таким документом является Закон Республики Узбекистан «О психиатрической помощи», принятый 31 августа 2000 года. С его принятием права и законные интересы граждан республики при оказании им психиатрической помощи защищены специальными нормами и процедурами. Наряду с этим, в последние годы Кабинетом Министров Республики Узбекистан принят ряд постановлений, обеспечивающих координацию усилий различных министерств и ведомств в вопросах охраны психического здоровья населения. Минздравом Республики Узбекистан были изданы приказы «О мерах по дальнейшему улучшению психиатрической помощи населению Республики Узбекистан», 54 положений и инструкций, регламентирующих деятельность психиатрической службы. В 2002 г. создана Ассоциация психиатров Узбекистана, которая в 2003 г. стала членом Всемирной ассоциации психиатров.

Прогрессивное законодательство в области психического здоровья, каковыми являются вышеперечисленные законодательные акты, обеспечивает юридическую основу для решения важнейших проблем, оказывающих влияние на качество жизни лиц, страдающих психическими расстройствами.

В республике организованы центры охраны психического здоровья, центры «СКАЛ-психиатрии», психиатрические стационары на дому и служба «младенческой психиатрии». В 2002 году создан самостоятельный Ташкентский городской детский психоневрологический диспансер с санаторным отделением и школой. Прослеживается также тенденция приближения к населению стационарной и некоторых видов внебольничной помощи с одной стороны и интеграция психиатрической помощи в первичное звено здравоохранения, с другой. Организационные мероприятия направлены не только на совершенствование законодательной базы психиатрической службы, но и на укрепление материально-технической базы психиатрических учреждений, внедрение в практику международного классификатора психических и поведенческих расстройств 10 пересмотра.

Наряду с этим, особое внимание уделяется развитию психотерапевтической и суицидологической служб. Это объясняется тем, что профилактика самоубийств зависит не только от адекватности теоретической концепции и диагностических методов, но и связанных с ними организационных предпосылок. Несмотря на то, что число завершенных суицидов в Республике Узбекистан никогда не достигало «критического» (20 на 100 тысяч населения, по определению ВОЗ), данная проблема остается актуальной. Так, была начата работа по созданию службы, структурными подразделениями которой являются: организационно-методический Центр суицидологии, кризисный стационар, кабинет социально-психологической помощи. В 14 регионах республики создана служба «Телефон доверия». В Ташкентском городском, Джизакском и Ферганском областном Центрах неотложной помощи функционируют «Кризисные центры». В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи создан Республиканский организационно-методический центр суицидологии.

Важным является сотрудничество Министерства здравоохранения республики с Европейским бюро ВОЗ по программе психического здоровья. Впервые в число приоритетных направлений сотрудничества в рамках «Двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Республики Узбекистан и ВОЗ» была включена программа по охране психического здоровья. Первый этап данного соглашения был реализован подписанием в Хельсинки (январь, 2005) «Европейской декларации по охране психического здоровья». Следующим шагом явилось проведение в г.Ташкенте (ноябрь, 2005) международной конференции по разработке Национальной программы по психическому здоровью с участием

советника ЕвроВОЗ, российских экспертов и представителей парламента республики.

Решение принятых Министерством здравоохранения Республики Узбекистан при подписании декларации обязательств будет способствовать дальнейшему развитию и совершенствованию психиатрической помощи населению.

В 1950 году комитетом экспертов ВОЗ по охране психического здоровья установлена минимальная потребность во врачах психиатрах из расчёта 1 врач психиатр на 20 тыс. населения, то есть в республике должно работать не менее 1300 психиатров. На данный момент приём осуществляют 966 врачей психиатров.

Таблица 3.4

Отдельные показатели состояния психиатрической службы Узбекистана за 2005 год

Кол-во психоневрологических диспансеров	18
Областные Центры охраны психического здоровья	2 (Андижан и Самарканд)
Число амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих психоневрологические кабинеты и отделения	249
Кабинеты психотерапии	13
Кол-во психиатрических больниц	12
Число психиатрических коек	8069
Из них детских	685
Кол-во психотуберкулёзных коек	382
Кафедр психиатрии	9
Число врачей психиатров	966
Показатель обеспеченности населения республики врачами психиатрами составляет	0,34 на 10 тыс. населения.
Число лиц, страдающих психическими расстройствами и состоящими на диспансерном учете и под консультативным наблюдением в психоневрологических учреждениях республики	352 709
Показатель распространенности психических расстройств среди населения	1347,9 на 100 тыс. населения.
Посещаемость психиатрических учреждений (включая профилактические осмотры)	3 млн. 940 тыс.
Число инвалидов по причине психических расстройств	76 468 человек
Выездные бригады специализированной скорой психиатрической помощи	17

3.2 Факторы, определяющие состояние здоровья

Демографические факторы: рождаемость и смертность

Демографические данные широко используются для комплексной оценки состояния здоровья населения, составления научно обоснованных прогнозов и целенаправленной организации медицинской помощи.

Знание численности и состава населения обслуживаемой территории важно, так как потребность в медицинской помощи нередко диктуется данными лечебно-профилактических учреждений.

Демографический фактор оказывает влияние на состояние здоровья населения в связи с тем, что:

- от численности и плотности проживания населения зависит его потребность в лечебно-профилактических учреждениях и их размещение по территории страны. Расселение населения и его плотность непременно учитываются при дислокации медицинских учреждений;
- половозрастная структура в значительной степени влияет на профильность лечебных учреждений, поскольку от удельного веса женщин фертильного возраста зависит функционирование большого числа заведений родовспоможения, от удельного веса детей — удельный вес детских больниц и поликлиник, от удельного веса лиц пенсионного возраста — специализированные клиники по лечению болезней, характерных пожилым людям;
- уровень рождаемости населения оказывает решающее влияние на деятельность учреждений родовспоможения и детских больничных учреждений, вакцинацию детей. Удельный вес детей и уровень рождаемости влияет на показатели младенческой, детской и материнской смертности. С численностью детского населения, их возрастным составом связаны вопросы развития и функционирования различных детских учреждений, требующих организации совершенно особых направлений в обслуживании медицинской помощи и лечения детей;
- удельный вес лиц пожилого возраста влияет на показатели общей заболеваемости и смертности. Так, увеличение среди населения доли лиц старше 60 лет может привести к снижению показателей рождаемости и росту общих показателей смертности, в структуре которой первые места занимают болезни сердечно-

сосудистой системы и злокачественные новообразования. Увеличение обращаемости в поликлиники лиц старшего возраста потребует изучения потока посещаемости к врачам различных специальностей, знания поводов обращений к ним и сезонность их, возрастет роль помощи на дому. Изменение возрастного состава больных в отделениях стационара по заболеваниям может привести к удлинению сроков пребывания больного на койке, возможно увеличение больничной летальности;

- Уровень урбанизации населения, который влияет на специфику заболеваний населения и традиционно — на уровень рождаемости.

Демографическими особенностями Узбекистана являются:

- **высокая плотность проживания населения в отдельных регионах, чередующаяся с территориями с низкой плотностью проживания**. На 1 января 2005 г. в стране проживало более 26,0 млн. человек, которые были расселены с достаточно высокой средней плотностью – 58,2 человек на 1 квадратный километр. Еще более высока плотность проживания в областях Ферганской долины, занимающей всего 4% общей территории республики, но где проживает 27,8% всего населения (более 7 млн. человек), или в среднем 415,4 человек на 1 квадратный километр. В Самаркандской, Сырдарьинской, Ташкентской областях (включая г.Ташкент), составляющих 8% общей площади, проживает 31,5% (более 8 млн. человек), или в среднем 218 человек на один квадратный километр. На остальной территории проживает 10 млн. человек и плотность населения колеблется от 49 человек в Джизакской до 83 в Кашкадарьинской области. Самая низкая плотность проживания сложилась в Навоийской области и Республике Каракалпакстан – всего 7-9 человек на один квадратный километр;
- **преобладание сельского населения над городским.** Сельское население является преобладающим в республике и составляет 16,6 млн. чел. (63,7% от всего населения страны). Темпы роста сельского населения превышают городское, что требует преимущественного развития сети медицинских учреждений в сельской местности;
- **высокий, но резко снижающийся в последние годы уровень рождаемости.** Темпы роста рождаемости населения относительно высокие. Интенсивный прирост населения в 1981-1990 гг. произошел из-за повышенной рождаемости. В последующие годы уровень рождаемости прогрессивно снижался и к 2005 г. достиг 20,6 на 1000 населения.
- В результате, если в 1981-1990 гг. среднегодовой прирост населения составлял 2,6%, то в 2001-2005 гг. сократился до 1,5%, а в 2003-2005 гг. — до 1,2%. Рождаемость снижалась во всех регионах. Самая низкая рождаемость в Ташкенте (16,0 на 1000 чел. населения), самая высокая — в Сурхандарьинской (22,1), Кашкадарьинской (22,7), Джизакской (22,7), Самаркандской (22,0) и Хорезмской (22,5) областях. По сравнению с 1991 г. абсолютное число родившихся живыми за год уменьшилось на 183 тыс. или 25,3%, и в 2004 г. составило 540381. Прогноз рождаемости на ближайшие годы предполагает увеличение абсолютного числа родов в связи с тем, что репродуктивного возраста достигли женщины 80-х годов рождения, когда уровень рождаемости в стране был максимальным;
- **относительно невысокий уровень смертности благодаря низкому удельному весу лиц пожилого возраста.** Уровень общей смертности в 2005 г. составил 5,0 на 1000 человек населения. За 10 лет он периодически менялся от 6,4 до 5,0. Смертность мужчин на 10% выше, чем смертность женщин. Показатель смертности населения до 50 летнего возраста не превышает среднего уровня (4,7 на 1000 населения соответствующего возраста), в то время как среди старших возрастов он прогрессивно увеличивается, достигая максимума в возрасте 85 лет и старше (140,0 на 1000 населения соответствующего возраста).

В регионах, имеющих более молодую половозрастную структуру, показатель общей смертности

Диаграмма 3.1

Динамика рождаемости в Узбекистане в 1991-2004 годах

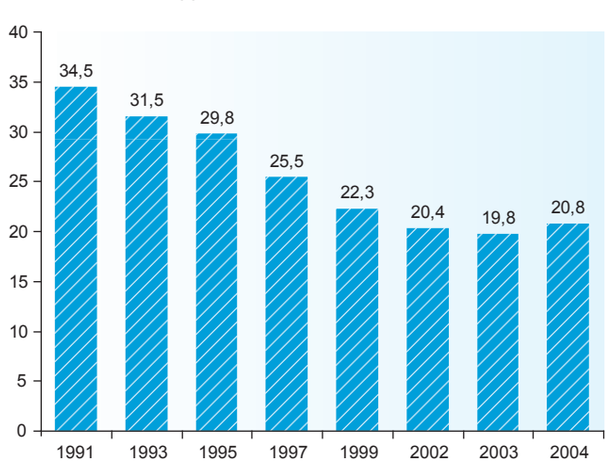


Таблица 3.5

Рождаемость и смертность в Узбекистане в 2004 г.

	Численность населения, тысяч человек	Рождаемость на 1000 населения	Общая смертность на 1000 населения	Естественный прирост на 1000 населения
Республика Узбекистан	26021,3	20,9	5,0	15,9
Республика Каракалпакстан	1569,9	22,4	5,2	17,3
Андижанская	2342,7	20	4,9	15,2
Бухарская	1507,6	19,4	4,5	14,9
Джизакская	1043,3	22,7	4,0	18,9
Кашкадарьинская	2378,5	22,7	4,0	18,8
Навоийская	810,2	20	4,9	15,2
Наманганская	2073,2	20,6	4,7	15,9
Самаркандская	2867,1	22,0	4,8	17,2
Сурхандарьинская	1894,9	22,1	4,0	18,1
Сырдарьинская	672,2	21,2	5,0	16,3
Ташкентская	2452,3	19,7	6,2	13,6
Ферганская	2840,9	21,1	4,8	16,4
Хорезмская	1432,8	22,5	4,6	17,9
Ташкент	2135,7	16	8,0	8,1

Таблица 3.6

Структура смертности населения в 2004 году в зависимости от причин

	Абсолютное число умерших	Удельный вес отдельных причин, %
Всего	130357	100,0
В том числе:		
Болезни системы кровообращения	71139	54,6
Болезни органов дыхания	11141	8,5
Несчастные случаи, отравления, травмы	9805	7,5
Новообразования	9609	7,4
Болезни органов пищеварения	8262	6,3
Прочие причины	20401	15,7

не высокий, если даже состояние здоровья жителей данного региона нельзя признать удовлетворительным, и наоборот, высокий показатель еще не является свидетельством плохого состояния здоровья. Например, самый низкий средний возраст населения в Кашкадарьинской (23 года) и Джизакской (24,5 года) областях обусловил и самые низкие показатели общей смертности: 4,0 и 4,0 на 1000 населения, соответственно. Высокие показатели общей смертности в Ташкенте (8,0) и Ташкентской области (6,2) явились следствием высокого среднего возраста (30,9 и 27,3 года, соответственно).

За последние 10-12 лет нозологическая структура причин смерти существенных изменений не претерпела. Лидирующими причинами смерти являются болезни системы кровообращения, на втором месте стоят болезни органов дыхания, на третьем – несчастные случаи, отравления, травмы, на четвертом – новообразования, на пятом – болезни органов пищеварения.

В структуре смертности от болезней системы кровообращения основными нозологическими единицами являются ишемическая болезнь сердца и мозговые инсульты. Наиболее уязвимы лица старше 45 лет. Причем инфаркт миокарда как причина смерти чаще встречается у мужчин, а цереброваскулярные болезни — у женщин.

Серьезную озабоченность вызывает смертность от болезней органов пищеварения. Данная патология предотвратима при правильно организованном режиме питания и своевременной профилактики рецидивов и прогрессирования болезни. Тем не

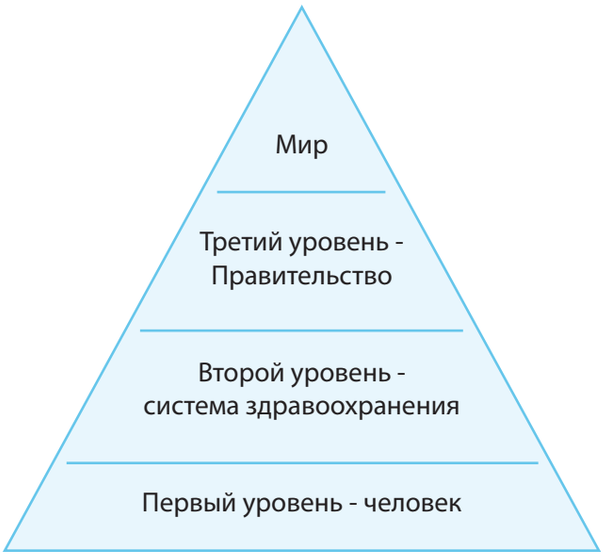
менее, ежегодно от заболеваний органов пищеварения погибает более 8 тыс. больных.

Здоровый образ жизни

В любой стране необходимо определить глобальную стратегию, позволяющую на системной основе обеспечить коренное изменение подходов к здоровью населения, которое должно стать важнейшей ценностью для каждого конкретного человека и для общества в целом.

Авторы настоящего доклада представляют свое видение такой стратегии, которая заключается в следующем.

Во-первых, стратегия улучшения здоровья населения должна охватывать четыре уровня ее реализации, что обеспечит всеобъемлющий охват стратегией всех заинтересованных и ответственных сторон.



Во-вторых, очень важным представляется внедрение дуалистского подхода к внедрению стратегии. В данном случае под дуализмом мы понимаем то, что каждая сторона, вовлеченная в реализацию концепции, должна быть и заинтересована и ответственна за ее реализацию.

В-третьих, необходимо четко определить в чем состоит заинтересованность и ответственность каждого уровня за реализацию стратегии улучшения здоровья населения, поскольку это позволит выработать конкретные механизмы реализации стратегии.

Вместе с тем, понятие здорового образа жизни (ЗОЖ), долгие годы отождествлялось лишь с пропагандой борьбы с куреньем, алкоголем, малоподвижным образом жизни и т.д. Модели ЗОЖ носили общий рекомендательный характер и не были направлены на комплексное решение проблемы повышения уровня здоровья конкретного человека. Неудивительно, что в этих условиях многие граждане даже не знали о существовании философии здорового образа жизни. Наверно, было бы неправильным скрывать и то, что сложности переходного периода, экономические проблемы, некоторая социальная неустроенность привели в последние годы к определенному ухудшению отношения населения к своему здоровью.

На фоне очень сомнительной «либерализации» нравственных устоев молодежи наметился рост наркомании и ВИЧ/СПИД инфицированных. Растет количество курильщиков среди молодых людей, особенно школьников, что приводит к появлению хронических заболеваний у них уже к моменту окончания школы. Все больше возникает проблем ухудшения здоровья человека, в связи с экологическими проблемами.

В создавшейся ситуации очень важно формировать понимание у населения важности здорового образа жизни, призванного улучшить жизнь не только за счет материального благополучия, но и повышения образовательного и культурного уровня, а также формирования ответственного по отношению к своему здоровью поведения.

Развитие рыночных отношений, охвативших также и прежде бесплатную систему здравоохранения, все более и более принуждают население понимать, что здоровье «дорогого стоит» не только в переносном, но и в прямом смысле этого слова. Медицинские услуги, особенно сложные и высококвалифицированные, а также лекарственные средства многим гражданам стали просто «не по карману». Население с большим трудом адаптируется к тому, что за прежде бесплатные услуги и дешевые лекарства теперь надо платить немалые деньги. Это приводит не только к широкому разочарованию и растерянности населения, но и ухудшению здоровья, накоплению хронических заболеваний, снижению качества жизни.

Перенос рыночных отношений в сферу здравоохранения слишком медленно сопровождается переносом ответственного отношения самих граждан к своему здоровью, как это свойственно для развитых стран с рыночной экономикой, где люди с детского возраста приучаются ценить и беречь свое здоровье, как невозмещаемую ничем ценность.

Становится совершенно ясно, что и в Узбекистане также назрела необходимость помочь населению избавиться от прежнего образа мышления, направленного на то, что «всесильная и широко доступная медицина» перекроет все «грехи» неправильного образа жизни. Население должно

Таблица 3.7

Уровни	Субъект уровня	Заинтересованность	Ответственность
Первый	Человек	1) Увеличение числа прожитых лет 2) Высокое качество прожитой жизни	Ведение здорового образа жизни (ЗОЖ)
Второй	Система здравоохранения	1) Эффективное использование финансовых ресурсов, направленных обществом на здравоохранение 2) Моральная удовлетворенность от признания обществом эффективной и качественной работы системы	1) Приоритетный акцент на профилактическом здравоохранении 2) Содействие населению в формировании ЗОЖ 3) Повышение качества медицинских услуг
Третий	Правительство	1) Повышение уровня здоровья населения, способствующее процветанию общества 2) Снижение государственных расходов на неэффективную систему здравоохранения	1)Развитие профилактической, первичной и экстренной медицинской помощи 2) Содействие населению в формировании ЗОЖ 3) Обеспечение экологической устойчивости 3) Экономический рост и рост доходов людей, обеспечивающий им условия для ведения здорового образа жизни
Четвертый	Международное сообщество (мир)	1) Снижение напряженности в мире из-за разрыва между богатыми и бедными странами 2) Снижение риска возникновения неизлечимых и трудноизлечимых социальных заболеваний	1) Обеспечение глобальной экологической устойчивости 2) Помощь правительствам бедных стран в реализации их ответственности перед населением за улучшение здоровья

перейти к бережному отношению к своему здоровью.

Для Узбекистана традиции здорового образа жизни не являются чем-то совершенно новым, принесенным только из западной культуры. Наоборот, население должно знать, что одним из основоположников ЗОЖ был наш великий соотечественник Ибн Сино (Авиценна), который еще 1000 лет тому назад написал трактат «О здоровье здоровых». Актуальность большинства его рекомендаций и в наше время не потеряла своей значимости. По данным ВОЗ, продолжительность и качество жизни человека более чем на 50% зависит от образа его жизни. Поэтому очень важно каждому построить эту гармонию развития и совершенствования своего здоровья с образом жизни.

Вместе с тем, пропаганда ЗОЖ населения и внедрение философии здоровья в сознание каждого члена общества предполагает понимание следующих важных моментов.

Во-первых, формирование ЗОЖ – это комплексный процесс, охватывающий все стороны жизнедеятельности человека. Поэтому всесторонний подход к ЗОЖ должен обязательно учитывать духовный, психологический, физический и медицинский аспекты.

Во-вторых, ЗОЖ необходимо внедрять на каждом этапе жизненного цикла человека, не пропуская ни одного из них. Начинать надо с формирования семьи, поскольку основу физического и духовного здоровья будущего ребенка закладывают его родители. Понятно, что еще не рожденный человек не может повлиять на этот этап, поэтому очень большая роль принадлежит здесь как обществу, так и родным будущего ребенка. Не случайно в республике по инициативе Президента создаются дополнительные условия для формирования благополучной семьи. Создан Республиканский центр «Оила» («Семья»). В махаллях сформированы общественные группы, занимающиеся проблемами конкретных семей. Введен порядок медицинского освидетельствования молодых людей перед вступлением их в брак. Ведется работа по предотвращению кровнородственных браков. Комитет женщин, множество других организаций, включая ЗАГСы, СМИ, неправительственные учреждения занимаются этими проблемами. Менталитет узбекского народа также сохраняет в себе хорошие традиции семей, которые передаются из поколения в поколение. И это необходимо популяризировать, создавать прецедент лучшей семьи в махаллях.

Следующими этапами в формировании ЗОЖ являются внутриутробное развитие человека в период беременности матери, рождение ребенка, его взросление. Эти этапы также зависят не столько от самого человека, сколько от качества

предыдущего этапа, а также от системы здравоохранения, родителей ребенка и окружающей социальной среды.

Создание атмосферы доброжелательности и позитивного климата в семье, совершенствование физического состояния будущей матери и ряд других подходов, благоприятно влияют на течение беременности и служат основой рождения здорового ребенка. Рождение здорового ребенка, грудной период развития организма — один из ответственных этапов в формировании ЗОЖ. Насколько правильно будут использованы комплексные подходы по отношению не только к ребенку, но и к кормящей матери — настолько в будущем мы будем иметь здорового человека. Весь этот комплекс должен включать в себя ответственное отношение семьи и окружающих за состояние и развитие ребенка. Одновременно психологическое и физическое состояние матери также должно грамотно и корректно поддерживаться. И, конечно, необходимо помнить и пропагандировать важность кормления ребенка материнским молоком, особенно в раннем возрасте. Данный этап должен войти в общую систему формирования ЗОЖ среди населения и рассматриваться в комплексе с другими возрастными группами. При этом, необходима разработка специальных программ для воспитателей детских садов (яслей), многие перечисленные аспекты должны войти в программы образовательных структур, в этот процесс должен быть включен Комитет женщин Республики Узбекистан, фонд «Махалля», центр «Оила» и др.

Младенчество, детство и подростковый период — один из самых важных периодов, как для становления образа жизни, так и здоровья в целом, в связи с тем, что происходит формирование характера и личности во всех его аспектах. Воспитание ребенка духовно и нравственно зрелого, физически крепкого и здорового - вот, что лежит в основе создания ЗОЖ для этого возрастного периода. Сложность становления данной возрастной группы заключается в том, что они наиболее подвергаются влиянию негативных факторов. К примеру, анализ исследований показывает о возможности повышения артериального давления, т.е. еще в начальных классах могут появиться симптомы гипертонической болезни. Все эти факты требуют системного, комплексного подхода для эффективного проведения внедрения ЗОЖ. В Узбекистане создана концепция по воспитанию детей под девизом «Школа, Махалля, Семья» в которую включены эффективные меры по воспитанию детей и сохранению их здоровья. Необходима также целенаправленная подготовка кадров воспитателей детских садов и учителей младших классов школ, с введением и дальнейшим расширением курса «Валеологии» для данной возрастной группы с рассмотрением таких вопросов, как правильное питание, режим дня, физические нагрузки и т.д.

Одним из позитивных направлений для формирования личности является формирование тяги к спорту, начиная с детского сада и школы. Одновременно дети этого возрастного периода должны быть под пристальным вниманием врачей.

Следующие этапы уже знаменуют повышение ответственности самого человека в ведении ЗОЖ: это молодость, зрелый, (средний) возраст, в последующем люди преклонного возраста (пожилые, старые). Система здравоохранения и общество оказывают человеку содействие в формировании ЗОЖ. Но основная ответственность за себя самого, а также на определенных этапах, и за будущее своих детей ложится на самого человека.

Анализ многих исследований показывает, что эффективность ЗОЖ в зрелом и среднем возрастном периодах прямо зависит от проведенного образа жизни в более ранние жизненные периоды.

В-третьих, необходимо учитывать индивидуальность в формировании ЗОЖ среди населения. Разработка индивидуальных критериев, позволит определить не только резервы организма каждого, но поможет сделать выбор мер оздоровления индивидуально и проводить самоконтроль эффективности ЗОЖ.

В-четвертых, данная программа должна основываться на традициях народа, на его глубоких и великих истоках, т.е. соответствовать менталитету

Вставка 3.1

Развитие детского спорта в Узбекистане

В Узбекистане придается особое отношение развитию спорта и физкультурному движению. Создан «Фонд по развитию детского спорта», Попечительский совет которого возглавляет Президент страны. Деятельность Фонда позволяет привлечь молодежь к занятию физкультурой во всех уголках страны. За несколько лет построены десятки крупных спортивных сооружений, множество бассейнов, сотни спортивных площадок и залов. Традиционно проводятся областные Республиканские соревнования среди школьников, учащихся лицеев, колледжей, и студентов ВУЗов. Для населения страны стало уже привычным проведение таких мероприятий как: «Умид Нихоллари» — спортивные соревнования для школьников, «Баркамол авлод» — традиционные соревнования учащихся профессиональных колледжей и акад. лицеев и «Универсиада» — спортивные состязания для студентов ВУЗов Республики.

нации и тогда ее восприятие населением будет значительно облегчено.

Естественно, такие подходы, как уже было сказано, должны войти в Государственную программу с привлечением многих организаций и носить системный, постоянный характер с тем, чтобы философия здоровья каждого человека стала его жизненной позицией и вошла в его образ мышления, т.е. необходима коренная перестройка пропаганды ЗОЖ в Республике, где уместен девиз «Здоровье каждого — забота всех».

В Узбекистане есть все основания для формирования новой идеологии и создания модели массовой системы оздоровления с выходом на ЗОЖ, оперативным контролем за резервами здоровья и эффективным применением современных, сберегающих здоровье технологий.

Во внедрении ЗОЖ населению должна оказываться необходимая помощь. Такая работа должна носить постоянный и системный характер, с привлечением не только различных государственных организаций, но и общественности, а также неправительственных и международных учреждений.

Актуальность системного решения этой проблемы определяется, прежде всего, необходимостью обеспечения здоровой, активной и творческой жизни населения, основой государственной политики и признания роли здорового населения, как стратегического потенциала, фактора национальной безопасности, стабильности и благополучия общества.

Для внедрения в Узбекистане модели «Здоровья здорового человека» нужно, в первую очередь, совершенствовать законодательно-правовую базу, экономически стимулирующую все государственные и негосударственные структуры, общество в целом и каждого человека в отдельности к сохранению здоровья, как главного фактора, определяющего благосостояние, уровень культуры и духовности нации.

Многие десятилетия под руководством Минздрава Республики велась санитарно-просветительская работа среди населения через одноименные подразделения. В 80-90 годах прошлого столетия эти подразделения были переименованы в «Центры Здоровья» Республики со своими подразделениями во всех регионах страны.

В 2001 году согласно рекомендациям проекта «Здоровье-1», осуществлявшегося при содействии Всемирного банка, был создан Институт «Здоровье» при Минздраве Республики, имеющий свои филиалы во всех регионах страны. Рекомендации проекта «Здоровье-1» при создании такого института основывались на большом международном опыте и предполагали придание институту «Здоровье» статуса учреждения с подчинением Правительству Республики и созданием Координационного совета, возглавляемого руководством страны.

Вставка 3.2

Деятельность Института «Здоровье» в Узбекистане»

В настоящее время создана сеть и структура службы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) в составе Института «Здоровье»: 14 филиалов в областях, Каракалпакстане и г. Ташкенте, 156 районных и 15 городских центров «Здоровье», в которых работает более 1800 человек, из них 478 — врачей, 557 — средних медработников.

Учреждения службы ЗОЖ активно сотрудничают с Министерством народного образования, Комитетом женщин, молодёжным движением «Камолот», фондами «Махалля», «Оила», «Соглом авлод учун», общественной организацией «Экосан», Национальным комитетом по контролю за наркотиками, средствами массовой информации. В целях укрепления межсекториального сотрудничества регулярно проводятся круглые столы, широкомасштабные акции.

Для повышения информированности различных групп населения о проблемах здоровья и его укрепления совместно с Министерством народного образования разработаны программы гигиенического обучения детей дошкольных учреждений и школьников. Повсеместно в школах и дошкольных учреждениях внедрены уроки здоровья. Издан учебник по «Здоровому образу жизни» для медицинских колледжей и учебное пособие «Правила личной гигиены и санитарии» для учащихся школ. Широко используются каналы средств массовой информации. Передачи на медицинскую тематику выходят в эфир по республиканским и областным каналам телевидения, республиканским, областным и местным радиостанциям. Ежемесячно в среднем по республике выходят 21 телевизионная и 33 радиопередачи. Совместно с республиканским и региональным телевещанием разработаны видеофильмы и видеоролики, которые периодически выпускаются в прокат.

Статьи о здоровом образе жизни, предупреждении заболеваний публикуются в периодической печати. В республиканской газете «Здравоохранение Узбекистана» открыта рубрика «Здоровый образ жизни». Вышло из печати учебное пособие в двух томах «Основы здорового образа жизни».

Совместно с молодёжным движением «Камолот» разработан дизайн информационно-познавательного сайта для молодёжи по гигиеническому обучению, профилактике наиболее распространённых заболеваний, подготовке к семейной жизни. В настоящее время сайт загружается информационными материалами (www.yoshlik.uz).

Система организации услуг здравоохранения

Важнейшим фактором, определяющим состояние здоровья населения, является система организации здравоохранения и ее материально-техниче-

ская база. В настоящее время система медицинских учреждений в Узбекистане включает в себя:

I. Учреждения, оказывающие бесплатную первичную медицинскую помощь

1. сельские врачебные пункты (СВП) – это новый тип учреждений, который пришел на смену ранее существовавшей системе фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), сельских врачебных амбулаторий (СВА) и малоэффективных сельских участковых больниц (СУБ). Широкая сеть СВП сегодня оказывает всю первичную медицинскую помощь в сельской местности;
2. городские амбулаторно-поликлинические учреждения для оказания первичной медицинской помощи городскому населению;
3. Республиканский, областные центры, районные и городские отделения экстренной медицинской помощи – учреждения здравоохранения принципиально нового типа, оказывающие срочную (экстренную) медицинскую помощь населению по всей территории страны в стационарных условиях. Все центры экстренной медицинской помощи оснащены современным медицинским оборудованием и высококвалифицированным медицинским персоналом;
4. учреждения детства и родовспоможения (родильные дома), родильные комплексы;
5. инфекционные, противотуберкулезные, онкологические, психиатрические, наркологические, эндокринологические лечебные учреждения;

II. Учреждения, оказывающие медицинскую помощь на смешанной финансовой основе

1. стационарные больничные учреждения общего профиля;
2. специализированные больничные учреждения;
3. ведомственные амбулаторно-поликлинические и стационарные больничные учреждения.

III. Учреждения, оказывающие медицинскую помощь преимущественно на платной основе

1. стоматологические поликлиники;
2. частные медицинские учреждения.

В соответствии с рекомендациями международных специалистов система стационарного лечения в республике подверглась существенным изменениям, целью которых было повышение эффективности использования коечного фонда и бюджетных затрат на эти цели.

Существенные преобразования претерпели городские, инфекционные, отдельные специализированные, а также сельские участковые больницы, коечный фонд которых уменьшился в 1,5-3 раза.

В 2004 г. в республике функционировали 1165 больничных учреждений, в которых размещено 142,9 тыс. коек. Обеспеченность больничными койками составила 54,9 на 10 тыс. населения (1998 г. — 58,2). Причем эти показатели имеют широкую амплитуду колебаний от среднереспубликанского уровня: от 44,9 коек в Сурхандарьинской и Ташкентской областях до 64 — 85,2 в Наманганской области и г. Ташкенте — 44,5

Вместе с тем, необходимо признать, что реорганизация и сокращение коек пока не дали желаемого результата. Несмотря на уменьшение сроков пребывания больного в стационаре, среднее число дней занятости койки увеличилось незначительно — с 294,8 дней в 1998 г. до 304,9 в 2004 г. Менее 300 дней работали койки в больницах г.Ташкента, Республике Каракалпакстан, в Сурхандарьинской области, что свидетельствует о нерациональном использовании государственных средств в стационарном секторе.

Сложилось нерациональное распределение больничных коек по уровням оказания медицинской помощи. Более половины коечного фонда размещено в областных центрах и г. Ташкенте. В сельской местности, где проживает более 60% населения республики, размещено всего 49,8% коек. Такое распределение не способствует обеспечению равного доступа населения к квалифицированной стационарной помощи, увеличивает разрыв в показателях стационарной помощи населению крупных городов и сельской местности.

Городские жители лечатся в крупных и лучше оснащенных городских больницах. Среди пациентов городских больниц сельские жители составляют лишь 20%. Основная масса сельского населения лечится в менее оснащенных районных и участковых больницах.

Как и во всем мире, концентрация специализированных видов медицинской помощи и высокотехнологичной аппаратуры в крупных медицинских учреждениях городов снижает доступность к ним населения с периферии. В то же время среднегодовая занятость койки в областных больницах в 2005 г. составила 313,3-318,6 дней, а в республиканских – 299,5-306,7.

Стационарную помощь сельскому населению оказывают 159 центральных районных, 36 районных и 169 сельских участковых больниц, со средним

Таблица 3.8

Стационарная помощь в Узбекистане на 1 января 2005 г.

	Абсолютное число коек (тыс)	На 10 тысяч населения (коек)	Работа койки в году (дней)	Средняя длительность пребывания больного на койке (дней)	Оборот койки
Республика Узбекистан	142,9	54,9	304,9	10,6	28,8
Республика Каракалпакстан	9,3	59,2	281,8	11,8	23,9
Области:					
Андижанская	14,1	60,2	300,6	10,9	27,6
Бухарская	7,0	46,4	310,7	9,4	33,1
Джизакская	5,0	47,9	314,9	10,8	29,2
Кашкадарьинская	12,5	52,6	306,8	10,6	28,9
Навоийская	4,2	51,8	329,5	9,6	34,3
Наманганская	13,3	64,2	306,3	10,6	28,9
Самаркандская	14,9	52,0	309,0	11,1	27,8
Сурхандарьинская	8,5	44,9	287,9	10,5	27,4
Сырдарьинская	4,3	64,0	302,1	11,6	26,0
Ташкентская	11,0	44,9	312,5	9,5	32,9
Ферганская	13,4	47,2	314,6	10,2	30,8
Хорезмская	7,2	50,3	313,3	11,2	28,0
Ташкент	18,2	85,2	297,5	11,1	26,8

Источник: Госкомстат РУз

количеством коек в них соответственно 294, 102 и 32. В ходе реализации реформы здравоохранения ликвидировано и реорганизовано 80 сельских участковых больниц, а коечный фонд их сокращен на 1712, или на 24%. Реструктуризация учреждений сельского административного района способствовала перераспределению удельного веса пролеченных больных. В 1998 г. в сельских участковых больницах лечилось 13,2% больных, в районных — 6,2%, в центральных районных — 80,6%. В 2004 г. доля пролеченных больных в ЦРБ увеличилась до 85%. Это позволило поднять качество медицинского обслуживания и сократить расходы на неэффективный коечный фонд в сельских населенных пунктах.

Однако среднегодовая занятость койки в 2005 г. в Центральных районых больницах (ЦРБ) уменьшилась по сравнению с 1995 г. с 317,5 до 309,3 дня, в РБ – с 321,5 до 294,4, что объясняется не удовлетворяющим население качеством медицинских услуг и условиями пребывания в этих больничных учреждениях.

Это свидетельствует о том, что необходимо изменить направления реструктуризации стационарной службы. Во избежание раздробленности диагностических подразделений и вспомогательных служб следует серьезно задуматься о размещении всех подразделений, в том числе и центральных районных поликлиник, на одной территории. Службу родовспоможения целесообразно привести в более компактное состояние в зависимости от потребности, проанализировать существующие нормативы площадей родильных залов, необходимость создания отделений реабилитации.

Следует также проанализировать существующую систему областных больниц. Из-за маломощности специализированных областных клиник (эндокринологических, онкологических и т.п.) в них нет реанимационных отделений, персонал оторван от общемедицинских проблем, врачи лишены возможности ежедневного общения со смежными специалистами. Требуется содержание самостоятельной хозяйственной службы (кухня, прачечная), излишнего административного и обслуживающего персонала, транспорта. В деятельности этих учреждений главное звено – лабораторное и функционально-диагностическое – является слабым и уязвимым, следовательно, в цепочке «диагностика-лечение» первая часть организована неудовлетворительно, что соответствующим образом влияет на качество специализированной медицинской помощи в целом.

Вероятно, ряд специализированных областных клиник целесообразно разместить в составе областной многопрофильной больницы. Это приведет к устранению дублирования служб, оптимиза-

ции размещения дорогостоящей лабораторной и диагностической аппаратуры, повышению эффективности учреждений, рациональному использованию государственных бюджетных средств. Главное – это позволит значительно улучшить качество медицинской помощи за счет создания в таких клиниках современных хорошо оснащенных диагностических центров.

Медицинские кадры. В системе Минздрава Республики медицинскую помощь населению оказывают 70,9 тыс. врачей.

Реструктуризация учреждений здравоохранения привела к уменьшению штатных должностей врачебных кадров в 1995-2005 гг. на 4159 человек, а обеспеченности врачами на 10 тыс. населения — с 33,3 до 26,8. Укомплектованность штатных должностей специалистами повысилась с 86,7 до 91,3%. Вместе с тем учреждения здравоохранения продолжают испытывать дефицит в специалистах, в первую очередь, врачах-лаборантах, психиатрах, фтизиатрах, рентгенологах. В целом по республике укомплектованность штатных должностей лаборантов составляет 86,7%, рентгенологов — 82,5%, психиатров — 87,5%, фтизиатров — 88,9%, а в Сурхандарьинской, Сырдарьинской, Ташкентской областях и г. Ташкенте еще меньше. Сложившаяся ситуация свидетельствует о наличии недостатков в планировании, подготовке и расстановке кадров. В 2005 г. из 2571 выпускников медицинских ВУЗов к работе приступили всего 895 (34,8%), что связано с нежеланием выпускников приступать к работе в тех регионах и медицинских учреждениях, где имеются вакантные места. Наблюдается отток в другие сферы специалистов, имеющих большой стаж работы в здравоохранении.

Слабо используются имеющиеся возможности последипломного совершенствования знаний специалистов. Хотя в последние годы этому вопросу уделяется повышенное внимание, тем не менее, в 2004 г. повысили квалификацию 19,7% от общего количества врачей.

Квалификационную категорию имеют 36,5 тыс. врачей, или 51,4%. Сложившаяся ситуация требует разработки действенной мотивации для непрерывного повышения профессионального уровня специалистов. Кроме перехода к дифференцированной оплате труда специалистов по конечному результату их работы, необходимо ввести систему периодической аттестации на право заниматься врачебной деятельностью с выдачей сертификатов. По-видимому, это может стать эффективным рычагом, стимулирующим у специалистов потребность в постоянном совершенствовании их знаний и профессионального мастерства.

Процесс реформирования первичного звена здравоохранения внес свои коррективы в кадровую политику. Основным специалистом, обеспечивающим первичный контакт пациента с медицинским работником, определен врач общей практики (ВОП). За период с 1998 г. по настоящее время в высших учебных заведениях и на целевых циклах Ташкентского института усовершенствования врачей подготовлено более 7000 ВОП. Основной областью внедрения системы ВОП является сельское здравоохранение, главным образом, сельские врачебные пункты. К концу 2005 г. в этих учреждениях уже работали 4164 подготовленных специалиста. В целом по республике выделено 4489,75 штатной единицы ВОП, которые укомплектованы на 92,3%.

При сравнительном благополучии в обеспеченности сельской местности ВОП, в последние годы начал вырисовываться дефицит в обеспеченности врачами по некоторым узким специальностям. Сегодня ощущается нехватка врачей даже по специальностям, которые традиционно были популярными. Не менее значимо диспропорциональное распределение врачей между городскими и сельскими учреждениями. При том, что на селе проживает около 64% населения республики, там работает всего 47,7% врачей. Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения в сельской местности почти в 2 раза ниже, чем в городах (20,4 и 39,2 соответственно). Наиболее выражены эти различия в Ферганской (15,9 и 41,0), Сырдарьинской (16,3 и 38,7), Джизакской (16,2 и 29,4) областях.

Численность средних медицинских работников на конец 2005 г. составила 261901 или 99,5 на 10 тыс. населения. По сравнению с 1995 г. их абсолютное число увеличилось на 12330, однако в пересчете на 10 тыс. населения имело место уменьшение с 109,1 до 99,5, так как темпы прироста численности населения опережали темпы прироста медработников. Коэффициент соотношения числа врачей к числу средних медработников увеличился с 1:3,3 до 1:3,7.

По данным социологических опросов, средние медицинские работники недовольны условиями своей работы из-за неудовлетворительной оснащенности рабочих мест оборудованием и инвентарем, отсутствием должного внимания к их работе, ограниченной возможности совершенствования знаний. По данным статистических отчетов, ежегодно повышают свою квалификацию только 14% средних медработников. Этого явно недостаточно для того, чтобы каждый специалист мог обновлять свои знания не реже одного раза в пять лет.

Таблица 3.9

Обеспеченность населения врачебным и средним медицинским персоналом (на 1 января 2005 г.)

	Врачи				Средние медицинские работники			
	Абсолютное число	Обеспеченность на 10 тысяч населения			Абсолютное число	Обеспеченность на 10 тысяч населения		
		Всего	Город	Село		Всего	Город	Село
Республика Узбекистан	70958	27,3	40,9	21,2	257113	98,8	90,8	105,5
Республика Каракалпакстан	3765	24,0	20,5	30,4	15540	99,0	71,4	133,0
Области:								
Андижанская	6010	25,7	45,5	18,4	22053	94,1	88,6	99,9
Бухарская	4353	28,9	44,9	22,8	17636	117,0	87,3	129,3
Джизакская	1974	18,9	29,4	16,9	9264	88,8	94,3	87,3
Кашкадарьинская	5219	21,9	27,1	22,4	23559	99,0	73,3	108,9
Навоийская	1540	19,0	18,0	21,0	6822	84,2	34,9	123,8
Наманганская	4832	23,3	23,9	24,9	20581	99,3	60,6	122,8
Самаркандская	8203	28,6	54,8	20,4	23780	82,9	90,1	80,6
Сурхандарьинская	3927	20,7	27,4	21,3	17556	92,6	71,1	96,9
Сырдарьинская	1496	22,3	38,7	16,3	7622	113,4	139,7	103,1
Ташкентская	4966	20,3	20,9	23,3	22971	93,7	78,4	108,8
Ферганская	6241	22,0	41,0	15,9	31494	110,9	127,7	108,7
Хорезмская	3888	27,1	37,0	25,2	13337	93,1	84,0	99,6
Ташкент	8126	38,0			16808	78,7		
Республиканские учреждения	6418				8090			

Вставка 3.4

Рекомендации по дальнейшему реформированию системы здравоохранения:

В организации деятельности лечебных учреждений.

- обеспечить приоритетность и главенствующую роль амбулаторно-поликлинического звена, повсеместное внедрение общеврачебной практики;
- привести в соответствие территориальное размещение подразделений ЦРБ и ЦГБ таким образом, чтобы они могли в полной мере осуществлять комплексную и квалифицированную медицинскую помощь населению;
- разработать меры по обеспечению преемственности в деятельности отделений плановой хирургии и экстренной медицинской помощи в ЦРБ и ЦГБ, ликвидировать неэффективные (офтальмологические, ЛОР, урологические, травматологические и др.) отделения ЦРБ и ЦГБ. При наличии потребности в таких отделениях, их деятельность организовать после соответствующей аккредитации предполагаемого вида и объема специализированной помощи специально созданной республиканской комиссией;
- в целях рациональной организации специализированной медицинской помощи, устранения дублирования служб, оптимизации размещения лабораторного и дорогостоящего оборудования, повышения эффективности его использования ликвидировать маломощные специализированные учреждения, не способные оказывать квалифицированные медицинские услуги из-за отсутствия высокотехнологичного медицинского оборудования и персонала и сконцентрировать новейшие медицинские технологии в крупных медицинских учреждениях здравоохранения вышестоящих уровней;
- возродить межрайонные диагностические центры, оснащенные необходимым оборудованием и материалами, с целью их приближения к месту жительства населения.

В области кадровой политики:

- сбалансировать соотношение ВОП и специалистов узких профилей, определить на перспективу потребность в ВОП и специалистах, реализовать механизм подготовки специалистов для работы на первичном уровне;
- совершенствовать систему последипломного повышения квалификации, внедрить периодическую аттестацию на право врачевания;
- совершенствовать организацию сестринского дела, поднять престиж и ответственность медицинской сестры за качество диагностического и лечебного процесса;
- поэтапно ликвидировать диспропорцию в обеспечении специалистами между селом и городом.

ГЛАВА 4.
ПЕРСПЕКТИВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

4.1. Реформа системы здравоохранения

Идеология реформ в здравоохранении Узбекистана

К началу 90-х годов прошлого столетия Узбекистан имел достаточно развитую систему здравоохранения. Она обладала широкой доступностью для всех категорий граждан, развитой сетью амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, организацией профилактической работы, отлаженной системой вакцинации всех детей дошкольного и школьного возрастов, организацией системной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров.

Вместе с тем, показатели здоровья населения были одними из худших среди республик бывшего СССР.

Таблица 4.1

Показатели, характеризующие состояние здоровья населения в 1990 г.

Страны	Продолжительность жизни (число лет)
Азербайджан	71,0
Армения	70,4
Беларусь	71,1
Казахстан	68,6
Кыргызстан	68,5
Молдова	68,5
Россия	69,2
Таджикистан	69,4
Туркменистан	66,4
Узбекистан	69,3
Украина	70,5
Грузия	72,6
Литва	71,5
Латвия	69,5
Эстония	70,0
Великобритания	75
США	75
Япония	79

Источник: Стат сборник 1992 г. «Мир в цифрах». СК СНГ.

Недопустимо высокими, с точки зрения развитых стран, были показатели детской и материнской смертности (диаграмма 4.1, 4.2).

Качество медицинских услуг, особенно в сельской местности, было низким. Медицинские учреждения были оснащены устаревшим оборудованием, не обеспечивающим высокое качество диагностики и лечения заболеваний. Многие высокотехнологичные вмешательства были невозможны даже в специализированных клиниках из-за отсутствия оборудования и недостаточной квалификации персонала.

Система здравоохранения оказалась совершенно не готовой к переходу страны к рыночной системе экономических отношений. Это было связано с тем, что:

Во-первых, здравоохранение оказалось полностью зависимым от бюджетного финансирования, что делало его крайне неустойчивым в периоды экономических спадов, какой, к примеру, испытал Узбекистан в конце 80-х -середине 90-х годов прошлого столетия. Поскольку иных легальных источников финансирования бюджета практически не существовало, система здравоохранения не имела возможностей не только развиваться, но и поддерживать существовавший уровень

Во-вторых, система оказалась высокозатратной и малоэффективной в использовании выделенных бюджетных средств. Средства распылялись между многоуровневой системой, что не способствовало концентрации их на приоритетных направлениях развития здравоохранения. Акцент делался не на профилактику и амбулаторное лечение, а на дорогостоящее стационарное лечение.

В-третьих, первичное здравоохранение, особенно в сельской местности, было в крайне запущенном состоянии. Медицинскую помощь населению нередко оказывали не врачи, а фельдшеры в сельских фельдшерско-акушерских пунктах, практически не оснащенных необходимым медицинским оборудованием. Уровень медицинской помощи в городской и сельской местности сильно разнился не в пользу жителей села.

В-четвертых, система оказания помощи матери и ребенку в условиях крайне высокой рождаемости концентрировала усилия на родовспоможении и

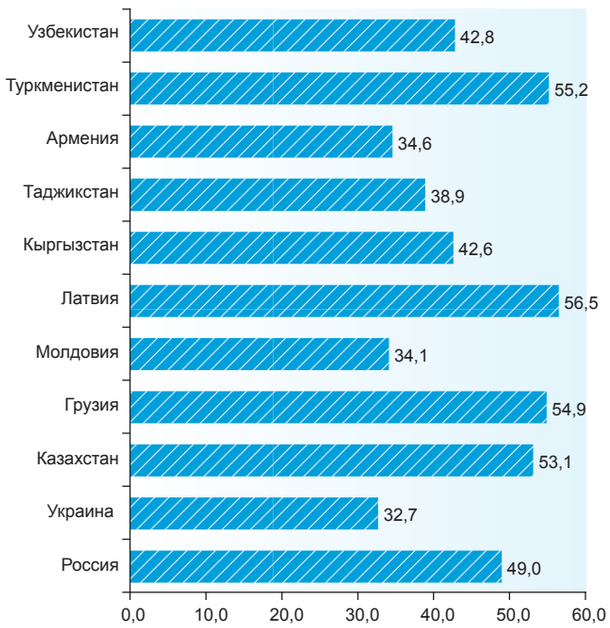
Диаграмма 4.1

Коэффициенты младенческой смертности (число детей, умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми) в 1990 г.

Источник: Статистический сборник 1992г «Мир в цифрах». Статистический комитет содружества независимых государств

Диаграмма 4.2

Материнская смертность (число умерших беременных, рожениц, родильниц на 100000 живорожденных) в 1989 г.



лечении заболеваний, а не на пропаганде рождения здоровых детей. В результате многократных родов уровень здоровья женщин фертильного возраста был низок, материнская смертность – одна из самых высоких в СССР и высокая по международным меркам. Частые и с небольшими перерывами роды (нередко интервалы между родами составляли менее одного года) являлись причиной рождения ослабленных, недоношенных и физиологически незрелых детей, что обусловливало высокий коэффициент детской смертности, детской, подростковой, а впоследствии и взрослой заболеваемости.

В-пятых, акцент в системе здравоохранения делался на лечении, а не на профилактике и пропаганде здорового образа жизни. Среди населения не культивировался принцип заботы о собственном здоровье. Лекарства были дешевыми и широко доступными, что приводило к их чрезмерному употреблению.

В этом виде система здравоохранения не отвечала новым вызовам времени и не могла обеспечить достойный уровень здоровья населению. Поэтому Правительство страны приняло решение о коренном реформировании системы здравоохранения.

Однако необходимо помнить, что для узбекских условий первой половины 20-го века такая организационная модель была наиболее рациональной, так как создавалась в ситуации крайне низкого уровня личной гигиенической грамотности и плохих социально-бытовых условий у большинства населения, отсутствия развитых транспортных коммуникаций, слабой обеспеченности на местах квалифицированными медицинскими кадрами и т.п. По этой причине маломощные врачебные амбулаториии фельдшерские пункты на местах в основном занимались оказанием первичной медицинской помощи, выявлением хронических соматических и инфекционных больных, санитарной пропагандой и санитарным контролем мест общественного пользования. В стационарах для больных, особенно доставленных из сельской глубинки, приходилось поддерживать не только необходимый уровень квалифицированной медицинской помощи, но и обеспечивать требуемый лечебно-охранительный и бытовой режим (проживание, питание, изоляция от источников заражения, регулярные гигиенические процедуры и пр.) практически на весь период лечения, зачастую вплоть до полного выздоровления. Эта система, разработанная Н.А.Семашко и воплощенная в жизнь усилиями нескольких поколений лучших представителей советской школы организаторов здравоохранения, позволила на многие десятилетия вперед определить основные тенденции развития как отечественного, так и мирового здравоохранения. Многие из принципов её функционирования не утеряли своего значения и в настоящее время.

Реформы системы здравоохранения в Узбекистане осуществляются как в рамках Государственной программы реформирования системы здравоохранения, так и ежегодно реализуемых целевых социальных программ. Только в течение последних десяти лет на развитие здравоохранения были направлены Государственная программа развития

Вставка 4.1

2006 г. Программа «Год благотворительности и медицинских работников»

Цели	Осуществление комплекса целенаправленных и адресных мер по: • усилению роли и значения благотворительства - как духовной ценности народа; • широкому участию в этом процессе населения, организаций и предприятий, увеличению их вклада в материальную и духовную поддержку социально уязвимых слоев населения; • повышению авторитета профессии медицинских работников и улучшению условий их труда.
Главные задачи	• реализация мер по адресной материальной помощи и духовной поддержке нуждающихся слоев, в первую очередь инвалидов, одиноких престарелых граждан, малообеспеченных семей и сирот, улучшение условий пребывания в домах-интернатах для престарелых и инвалидов, домах "Мехрибонлик" и школах-интернатах для детей с отклонениями в развитии; • формирование законодательной и нормативно-правовой базы, обеспечивающей гарантии, стимулы и общественное признание благотворительности, закрепление в сознании народа, особенно молодежи, таких высоких человеческих качеств, как милосердие, щедрость и великодушие; • повышение статуса авторитета профессии медицинского работника в обществе, совершенствование системы материального и морального стимулирования искусных врачей, опытных медсестер и трудолюбивых санитарок, создание достойных условий для их труда и жизни; • дальнейшее укрепление и эффективное использование материально-технической базы системы здравоохранения, в т. ч. за счет привлечения средств благотворителей и спонсоров, повышение качества, доступности и охвата всех слоев населения медицинскими услугами.
Структура Программы	**Раздел I.** Меры по оказанию конкретной материальной помощи и духовной поддержки социально-уязвимых слоев населения республики, регионов, районов и махаллей: 1. Материальная помощь и моральная поддержка малообеспеченных семей; 2. Улучшение условий пребывания в специализированных учреждениях социального обеспечения и укрепление материально-технической базы образовательных учреждений; 3. Организация лечения и оздоровления малообеспеченных граждан, детей и инвалидов. **Раздел II.** Формирование законодательной и нормативно –правовой базы, обеспечивающей надежные стимулы и общественное признание благотворительной деятельности. **Раздел III.** Повышение авторитета профессии медицинских работников в обществе, совершенствование системы стимулирования их труда. **Раздел IV.** Дальнейшее развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения: 1. Строительство, реконструкция и капитальный ремонт объектов здравоохранения; 2. Оснащение современным оборудованием учреждений здравоохранения.

инфраструктуры села, «Год матери и ребёнка», «Год здорового поколения» и «Год здоровья». 2006 год объявлен Президентом И. Каримовым «Годом благотворительности и медицинских работников».

Основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

- новый концептуальный и практический подход в вопросах материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения[1]. Целью этого направления реформ был не только краткосрочный эффект, проявляющийся в снижении показателей материнской и детской смертности, но в значительной мере долгосрочный эффект, который положительно скажется на будущих поколениях, и их продолжительности жизни. Это – наиболее верный подход с позиций человеческого развития;
- принципиально новые подходы к построению системы здравоохранения, развитию его инфраструктуры. Основная цель реформ была направлена на создание равных условий получения первичной медицинской помощи как в городской, так и сельской местности;
- отказ от старых стереотипов и изменение подходов к системе финансирования здравоохранения, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счет развития платного и частного здравоохранения для того, чтобы не только компенсировать недостаточность бюджетного финансирования, но и повысить качество оказываемых медицинских услуг и требовательность пациентов к медицинским учреждениям и работникам;
- оптимизация системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счет концентрации бюджетных средств на первичном звене, амбулаторно-поликлиническом лечении и про-

1 Этому вопросу посвящен специальный раздел доклада

филактике вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда;

- создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех административно-территориальных уровнях;
- совершенствование системы управления здравоохранением, сокращение звенности;
- совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения.

С 2003 года[2] начата реализация второго этапа реформирования системы здравоохранения, предусматривающего поэтапное создание в стране высокотехнологичных специализированных медицинских центров, оказывающих качественные медицинские услуги. В настоящее время в стране созданы четыре республиканских специализированных центра хирургии, кардиологии, урологии и микрохирургии глаза.

Нынешняя система здравоохранения в Узбекистане уникальна, поскольку соединяет в себе как черты созданной в советское время системы, так и нововведения, характерные для современного этапа реформ в здравоохранении.

При формировании новой системы здравоохранения Правительство Узбекистана исходило из следующих принципов и подходов:

- в целях человеческого развития здравоохранение должно быть доступным для всех слоев населения. При этом первичная медицинская помощь должна обладать неограниченным доступом, а потому, даже в условиях рыночной экономики, быть бесплатной;
- на развитие человеческого потенциала не должно негативно сказываться проживание человека в сельской местности. Существовавшая ранее система первичной медицинской помощи на селе фельдшерами приводила к дискриминации сельского населения по сравнению с городским. Поэтому основой новой системы здравоохранения стало повышение качества медицинской помощи в сельской местности. Это достигается за счет того, что на селе создаются медицинские учреждения нового типа – сельские врачебные пункты (СВП), в которых медицинскую помощь оказывают не фельдшеры, как это было ранее, а высококвалифицированный медицинский персонал с высшим медицинским образованием;
- специализация первичной медицинской помощи распыляет выделенные на эти цели средства и не способствует системному и комплексному наблюдению за пациентами с учетом индивидуальных особенностей организма каждого. Поэтому во вновь организуемой системе первичного здравоохранения за основу принято внедрение экономичных и эффективных форм медицинской помощи и создания условий для интегрального ведения пациента врачом общей практики (ВОП), оказывающим основной объем первичной медицинской помощи;
- человек наиболее уязвим в первые минуты чрезвычайной ситуации с его здоровьем. Именно поэтому абсолютно доступной на всей территории страны, высококачественной и бесплатной должна быть экстренная медицинская помощь. В этих целях по всей стране от республиканского до районного уровней создана уникальная сеть хорошо оснащенных учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь в стационарных условиях;
- бюджетное финансирование здравоохранения регионов должно исходить из принципов организации оптимальной медицинской помощи в расчете на душу населения. При этом основные расходы надо направлять не на стационарное лечение, а на профилактические мероприятия и амбулаторно-поликлиническое лечение;
- организация медицинской помощи станет совершенной, если наряду с эффективным первичным звеном здравоохранения и качественной экстренной медицинской службой будут функционировать специализированные клиники. Это требует создания специализированных клиник по узким заболеваниям, оснащенных высокотехнологичным оборудованием и высококвалифицированными специалистами.

Новые формы организации первичной помощи и профилактики

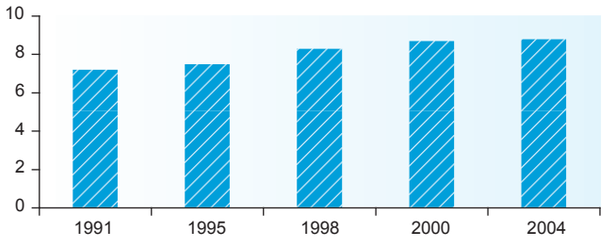
Населению республики первичная медико-санитарная помощь оказывается в **5536** врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе в 184 самостоятельных поликлиниках для взрослых и 33 для детей, **2834** сельских и 51 городских врачебных пунктах, **388** сельских врачебных амбулаториях, 907 объединенных поликлиниках и 169 прочих учреждениях. В отдельных отдаленных сельских населенных пунктах, где проживает незначительное число семей и создание СВП не эффективно, сохранены фельдшерско-акушерские пункты. **В 2004 г**. их осталось **2456 против 4495** в **1998 г**.

2 Согласно Указу Президента Республики Узбекистан №УП-3214 от 26 февраля 2003 г.

В 2004 г. во все амбулаторно-поликлинические учреждения осуществлено **229673** тыс. врачебных посещений, или на **29409** тыс. посещений больше (14,7%), чем в **1998 г.** или 8,8 посещений на одного жителя в год.

Диаграмма 4.3

Число посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения на одного жителя в год



За последние десять лет, благодаря созданию СВП произошло перераспределение потоков пациентов, обратившихся за первичной медицинской помощью.

Если в 1995 г. на республиканские и областные учреждения приходилось 2,7% от всех посещений, на городские и районные территориальные поликлиники — 71,2%, на специализированные амбулаторно-поликлинические учреждения — 26,1%, то в 2005 г. поток обращений в территориальные амбулаторно-поликлинические учреждения заметно увеличился и составил 82,3%, в республиканские и областные, а также в специализированные учреждения сократился соответственно до 1,2% и 16,5%.

Это свидетельствует о том, что население получило более широкий доступ к медицинской помощи непосредственно по месту жительства, сократило время, потери здоровья и финансовых ресурсов на то, чтобы добраться до областного или республиканского центра.

Меняется структура посещений пациентов к основным специалистам, отражая рост авторитета врачей общей практики.

Таблица 4.2

Структура посещений к основным специалистам в амбулаторно-поликлинических учреждениях

Специалисты	1995	2005
Участковые врачи (педиатры, терапевты)	72,2%	42,2%
Акушер – гинекологи	17,4%	19,4%
Хирурги	9,4%	8,7%
ВОП	1,0%	29,7%

Изменилось и соотношение посещений к узким и основным специальностям. Если в 1995 г. на консультации к узким специалистам для уточнения диагноза и определения процесса лечения направлялись 48,2% всех пациентов, то в 2005 г. их количество сократилось до 42,2%, что опять-таки отражает снижение расходов времени, потерь здоровья и финансовых средств пациентов.

Вместе с тем, проблема качества первичной медицинской помощи, особенно на селе, пока далека от своего полного решения. В первую очередь, это связано с недостаточным оснащением СВП современной лечебно-диагностической аппаратурой. Кроме того, пока еще профессиональный уровень сельских ВОП не всегда соответствует требованиям, предъявляемым к данной специальности.

Эти обстоятельства нередко побуждают население обращаться непосредственно в поликлиники центральных районных больниц (ЦРБ), минуя сельские врачебные пункты, в связи с чем почти 54% посещений, сделанных сельскими жителями в первичное звено были сделаны в центральные районные поликлиники и 46% — в СВП.

Во внебольничной сфере ВОП должен стать ключевой фигурой и ему необходимо придать особый статус. Мировой опыт организации здравоохранения доказал, что эффективная работа ВОП позволит не только улучшить качество медицинской помощи, но и значительно сэкономить материальные ресурсы. Поэтому необходимо добиться, чтобы ВОП имел необходимую квалификацию, соответствующее оснащение и условия для своей деятельности.

Вставка 4.2

Направления действий: усиление охраны здоровья

- Расширение доступа к услугам здравоохранения;
- Расширение доступа к качественным услугам первичного здравоохранения;
- Расширение доступа к качественной экстренной медицинской помощи;
- Расширение доступа к качественной специализированной медицинской помощи;
- Улучшение профилактики;
- Усиление пропаганды здорового образа жизни;
- Улучшение вакцинации;
- Улучшение санитарно-эпидемиологических условий;

В широком смысле слова профилактика — это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий. Охрана и улучшение здоровья народа должны быть объектом вни-

мания не только медицинских работников, но и государства, всего общества в целом. Это закреплено рядом законодательных актов: Конституцией Республики Узбекистан, законом об охране здоровья граждан, законом о Государственном санитарном надзоре.

Система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения, классифицируется как медицинская профилактика. В Узбекистане профилактика является основным видом деятельности учреждений санитарно-эпидемиологической службы.

В Узбекистане санитарно-эпидемиологическая служба располагает 216 центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН), 192 дезинфекционными станциями, 3 противочумными станциями. В них работают 3992 врача и 10494 средних медработников. В республике функционирует 3 научно-исследовательских института гигиенического и эпидемиологического профиля.

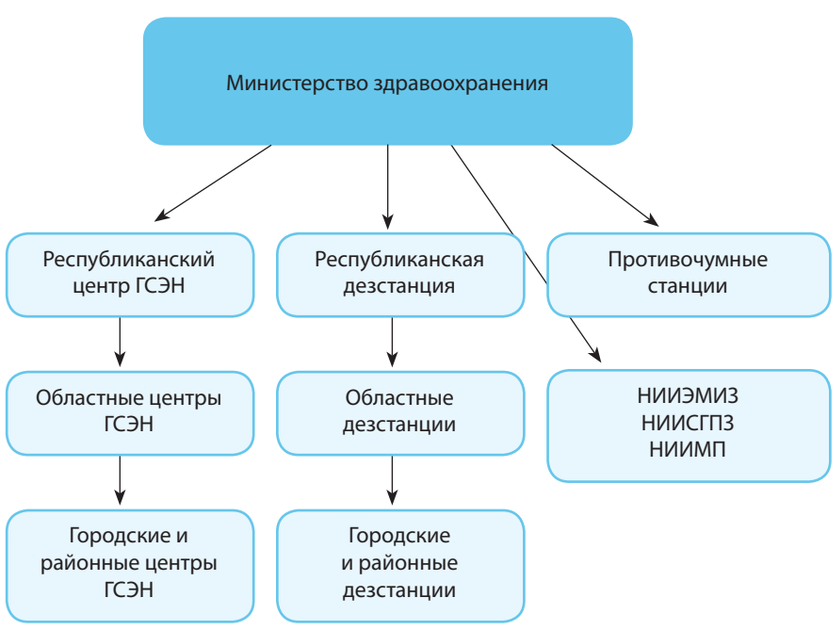
Они обеспечивают реализацию мероприятий по стабилизации санитарно-эпидемиологической обстановки в стране, осуществляют предупредительный и текущий санитарный надзор за строительством и состоянием учреждений и предприятий, школ, дошкольных учреждений, учреждений общественного питания, жилых помещений. Под их контролем находится состояние источников водоснабжения, качество питьевой воды, продуктов питания, предметов бытового назначения.

Расширение международного сотрудничества, обусловившее активизацию процессов миграции населения, увеличило угрозу завоза в страну опасных инфекционных заболеваний. Органы и учреждения санитарно-эпидемиологической службы ответственны за недопущение их проникновения на территорию Узбекистана.

Профилактика является неотъемлемой частью деятельности любого практического врача. Она не отделима от лечебной работы. Ключевым и центральным звеном в системе профилактической работы являются учреждения первичного звена здравоохранения. Участковые врачи, врачи общей практики, медицинские сёстры имеют непосредственный и постоянный контакт с населением, лучше других специалистов знают условия и образ жизни своих пациентов и их семей, поэтому могут более целенаправленно заниматься профилактикой и гигиеническим воспитанием. Одновременно эти медицинские работники являются связующим звеном между населением и санитарно-эпидемиологической службой, между населением и службой формирования здорового образа жизни.

Формы работы на уровне первичного звена весьма разнообразны. Это и индивидуальные и групповые беседы, лекции, вечера вопросов и ответов. Это и организация работы школы матерей, кабинетов здорового ребёнка, лектория для родителей. Это и динамическое наблюдение за детьми раннего возраста и организация вакцинации детского населения. Это и динамическое наблюдение за течением беременности и профилактика нежеланной беременности и другие мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья.

Схема санитарно-эпидемиологической службы



Основным методом профилактики на уровне первичного звена является диспансеризация, которая обеспечивает подлинный синтез профилактики и лечения и включает комплекс различных диагностических, лечебных, собственно профилактических и социальных мер. К ним относятся активное систематическое наблюдение за состоянием здоровья, выявление ранних форм заболеваний, своевременное направление больных на лечение, проведение профилактических мероприятий по предотвращению возникновения или развития заболеваний вплоть до перевода на другую работу.

Эффективность профилактики

Только благодаря профилактике в стране резко снизилась заболеваемость детей диарейными и острыми распространёнными заболеваниями, младенческая смертность.

Доля детей, находящихся на грудном вскармливании до 6 месячного возраста колеблется в пределах 94-96%. Охват детей до 1 года профилактическими прививками достиг 98% и, как следствие этого, на протяжении шести лет в республике не регистрируется полиомиелит, за что в 2002 году ВОЗ был выдан сертификат «регион освобожден от полиомиелита». Два года не регистрируется дифтерия.

Удалось достичь снижения заболеваемости вирусными гепатитами, бактериальной дизентерией.

Целенаправленная профилактическая работа с женщинами фертильного возраста позволила почти в 2 раза снизить материнскую смертность, увеличить интервал между родами до 2 лет и более, свести к минимуму роды в возрасте до 20 лет и старше 35 лет, изменить установку семей от многодетности к среднедетности.

Вместе с тем, пока в Узбекистане диспансеризацией охвачены лишь отдельные контингенты здоровых (дети, подростки, женщины фертильного возраста, работающие во вредных условиях труда) и больных, что составляет примерно 10% всего населения. Этого явно не достаточно, тем более, что эффективность реализации профилактических мер чрезвычайно высока.

Необходимо восстановить ранее существовавшее полное государственное финансирование всех минимально необходимых профилактических программ для детей. Профилактические программы для детей дошкольного возраста после профилактических прививок, осуществленных в роддоме, должны проводиться либо в детских дошкольных учреждениях, либо по месту жительства силами подразделений первичной медицинской помощи: СВП, районных и городских поликлиник. Профилактика должна включать проведение всех необходимых профилактических прививок, а для детей в возрасте до 6 месяцев – посещение участковым врачом на дому.

Дети школьного возраста должны быть охвачены профилактическим осмотрами по месту учебы. Профилактика должна включать не только прививки от традиционных детских инфекционных заболеваний, но и от вновь появляющихся инфекционных эпидемий при их появлении, таких как гепатит, ОРВИ и т.п. Кроме того, профилактика в этом возрасте должна включать предотвращение заболеваний щитовидной железы (йодотерапию), а также противотуберкулезные мероприятия.

Профилактика для детей школьного возраста означает и широкое развитие детского спорта, чему в настоящее время в Узбекистане уделяется повышенное внимание.

Для развития профилактической медицины необходимо выделить обязательную профилактику, финансирование которой государство должно взять на себя, и платную профилактику, которая полностью или частично может финансироваться за счет средств населения.

Обязательная профилактика должна включать все необходимые профилактические меры от социально опасных инфекционных заболеваний (к примеру таких, как туберкулез), а также в периоды угроз массовых эпидемий и пандемий.

Кроме того, профилактические меры должны предполагать внедрение государственных и международных программ обогащения продуктов питания недостающими микроэлементами, необходимыми для здоровья населения.

Развитие платной профилактики может основываться на создании учреждений профилактической медицины, которые могут включать диагностические центры, а также центры лечебной физкультуры.

И государство, и население должны понять, что ресурсы, вложенные в профилактическую медицину, на самом деле экономят огромные средства на лечение вовремя не предотвращенных или не выявленных заболеваний.

Новые принципы организации неотложной медицины

Одним из приоритетных направлений реформы являлось создание уникальной службы экстренной медицинской помощи населению (СЭМ), аналогов которой нет ни в одном государстве СНГ.

Во главе СЭМ стоит Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП). Во всех областных центрах страны и в г. Нукусе организованы филиалы РНЦЭМП, а в **172** районах и городах функционируют его субфилиалы в виде отделений экстренной медицинской помощи (ОЭМП) при центральных районных и городских больницах. В систему экстренной медицины входит также служба скорой помощи “03” и санитарная авиация.

Кроме того, с целью медицинского обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях на районных и городских уровнях созданы 182 бригады экстренной медицинской

помощи (БЭМП), которые предназначены для оказания первой врачебной помощи в очаге и на его границе, организации и проведения медицинской сортировки, медицинского обеспечения эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

При РНЦЭМП и его филиалах несут круглосуточное дежурство по 3 специализированных медицинских бригады постоянной готовности (всего их – 39), предназначенные для оказания экстренной квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим в районах катастроф, стихийных бедствий, крупных аварий, массовых и групповых заболеваний и отравлений, радиационного и химического загрязнения, а также для оказания организационно-консультативной и координационной помощи медицинским формированиям, работающим на местах.

Функционирующий коечный фонд службы экстренной медицинской помощи по республике на конец 2004 года составляет **8245** койки, в т.ч. РНЦЭМП и его филиалы — **3650**, а в отделениях экстренной помощи — **4595**.

Ежегодно в подразделениях службы экстренной медицинской помощи получают квалифицированную неотложную помощь более 13% больных от общего количества госпитализированных в стационары. По линии скорой помощи более 6,3 млн человек оказывается скорая медицинская помощь.

В рамках достижения надлежащего качества и уровня услуг СЭМ Правительством Республики Узбекистан принимаются меры по оснащению подразделений Службы современной лечебно-диагностической техникой и инструментарием. Всего в РНЦЭМП имеется 687 единиц высокотехнологичного оборудования. Поэтапно оснащаются областные филиалы и субфилиалы. Однако этот процесс пока не завершен. При РНЦЭМП образована мобильная служба по сервисному обслуживанию и ремонту высокотехнологичного оборудования.

Уникальной является система подготовки кадров для службы экстренной медицинской помощи. Она организована на базе РНЦЭМП и активное участие в ней принимают Ташкентская медицинская академия, Ташкентский институт усовершенствования врачей и медицинские колледжи.

Специализированные медицинские услуги

В соответствии с Законом Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальные методы профилактики, диагностики, лечения с использованием сложных медицинских технологий врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих лицензию на указанный вид деятельности. Изменения в состоянии здоровья, увеличение числа лиц, нуждающихся в высококвалифицированной и узкоспециализированной медицинской помощи, необходимость быстрейшего внедрения достижений медицинской помощи обуславливают современные тенденции развития специализированной помощи населению.

Организация специализированных кабинетов, отделений или самостоятельных учреждений находится в прямой зависимости от обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения по поводу тех или иных заболеваний, а также от объема и характера медицинской помощи. Виды, объем и стандарты специализированной медицинской помощи определяются исходя из насущной потребности населения и реальной возможности их удовлетворения.

Основу организации специализированной медицинской помощи составляют крупные многопрофильные больницы, поликлиники, размещенные в центрах административных районов, городах, областных центрах и г.Ташкенте. В этих учреждениях сосредоточены основные виды специализированной медицинской помощи за исключением тех, которые обеспечивают специализированные диспансеры, центры или больницы.

В Узбекистане с учетом расселения населения, транспортных сообщений между населенными пунктами оптимальным является функционально-организационная структура специализированных служб по принципу медицинского, а не административно-территориального районирования. При этом центр узкоспециализированной медицинской помощи, размещенный в одной области, оказывает профильную помощь больным из близкорасположенных регионов.

На начало 2006 г. в амбулаторно-поликлинических учреждениях республики функционировало 370 кардиологических, 134 пульмонологических, 106 гастроэнтерологических, 412 эндокринологических, 599 отоларингологических, 563 офтальмологических, 67 аллергологических, 283 онкологических, 299 дермато-венерологических, 262 психиатрических, 580 неврологических, 445 травмотолого-ортопедических, 254 ревматологических и 314 урологических кабинетов. Из всех функционирующих в Узбекистане больничных коек 52,7% составляют койки, предназначенные для специализированных видов медицинской помощи.

В поликлиниках ЦРБ сельское население получает специализированную медицинскую помощь по 16-18 видам, а в стационаре, как правило, по 5 видам (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство-гинекология, инфекция). В крупных районах с населением 200 тысяч и более организованы специализированные отделения по некоторым видам медицинской помощи (кардиологическая, терапевтическая, гематологическая, гастроэнтерологическая, неврологическая и др.).

Практикуется также организация межрайонных специализированных отделений по офтальмологии, оториноларингологии, травматологии, дермато-венерологии, камбустиологии, неврологии и др.

С учетом заболеваемости и потребности населения в специализированных видах медицинской помощи функционируют 16 специализированных научно-исследовательских институтов и 8 центров. В последние годы практикуется организация специализированной лечебно-консультативной помощи на базе консультативно-диагностических центров.

В системе специализированной медицинской помощи населению важную роль играет сеть диспансеров: противотуберкулезный, наркологический, психоневрологический, онкологический, эндокринологический, кардиологический.

Больничную специализированную помощь, помимо стационарных отделений диспансеров, оказывают специализированные отделения многопрофильных больниц, специализированные больницы, а также клиники научно-исследовательских институтов и медицинских ВУЗов.

В процессе реабилитации больных активное участие принимают санатории, большинство которых специализированы по конкретным видам заболеваний.

Таким образом, основным принципом организации специализированной медицинской помощи является система этапного лечения. Каждое учреждение имеет свое функциональное назначение, выполняет соответствующие задачи и занимает конкретное место в единой системе лечебно-профилактической помощи. При этом в последние годы уделяется особое внимание обеспечению единой доктрины ведения больных соответствующего профиля на принципах доказательной медицины.

Новым направлением в развитии специализированной медицинской помощи явилась организация современных клиник и центров, отвечающих международным стандартам с использованием высоких технологий. В соответствии с Указом Президента страны организованы Республиканские специализированные центры урологии, хирургии, кардиологии, микрохирургии глаза.

Основными задачами этих Центров являются:

- внедрение современных методов диагностики и лечения, предоставление населению высококвалифицированной специализированной медицинской помощи по профилю деятельности Центра
- организация маркетинговой работы по привлечению финансовых и материально-технических ресурсов
- постоянное повышение и совершенствование профессионального уровня медицинского персонала
- проведение научных исследований
- расширение и укрепление международного сотрудничества, обеспечение широкого объема информации

4.2 Роль общества и частного сектора в здравоохранении

Мировой опыт развития частного здравоохранения

Правильное объединение усилий в партнерстве общества и частного сектора в здравоохранении. По ряду причин Правительства часто финансируют и предоставляют только основные социальные услуги, обеспечивая первичные виды медицинской помощи, начальное образование, водоснабжение и санитарно-гигиенические условия. Такие услуги являются общественным товаром, и об их ценности для общества нельзя судить только по их рыночной цене – она не охватывает их реальной стоимости. Эффективность первичного звена здравоохранения повышает благополучие каждого гражданина, что само по себе является важной целью, а также содействует развитию экономики, повышая производительность труда работников.

Вторая причина финансирования государством социальных услуг – необходимость гарантирования принципа справедливости при оказании базовых социальных услуг. Если бы бедным людям пришлось платить за такие услуги, они возможно и не воспользовались бы ими. Государство должно финансировать такие услуги, чтобы сократить бизнесть. Кроме того, государство часто играет

доминирующую роль в предоставлении таких услуг. Если их будут предоставлять другие учреждения (государственные или частные), то это может привести к дублированию и более высоким ценам. Именно поэтому доступ к основным социальным услугам – это одно из основополагающих прав человека, закреплённое в Гарантиях ООН, и Правительства обязаны обеспечить предоставление этих услуг населению.

Однако предоставление государством социальных услуг не всегда является лучшим решением. Иногда соответствующие учреждения слабы и отчётность об использовании государственных ресурсов плохая, особенно в развивающихся странах. В богатых странах в здравоохранении, образовании и коммунальной сферах частные фирмы доминировали уже в первой половине 19-го века. Но эти услуги были ограничены. Во второй половине того же века стали доминировать финансирование и предоставление этих услуг государством. Только после вмешательства государства эти услуги стали универсальными в Канаде, Западной Европе и Соединённых Штатах. Это произошло в последней четверти 19-го века и в первой половине 20-го века.

В бедных странах частные поставщики услуг здравоохранения и образования сосуществовали с растущим государственным сектором в первые десятилетия после Второй Мировой Войны. Но в восьмидесятые, и особенно в девяностые годы прошлого века, количество частных поставщиков таких услуг стало быстро увеличиваться. В процессе приватизации убыточных предприятий, принадлежавших государству в реальном секторе экономики, как в промышленности, так и в сфере оказания услуг, те же тенденции стали распространяться и в сферу социальных услуг.

Опыт богатых стран позволяет предположить, что последовательность социальных услуг должна быть такая: на первом этапе оказываются государственные услуги, затем государственные и частные организации на принципах партнёрства работают в разных нишах рынка – в зависимости от сути оказываемых услуг.

Почему возрастает роль частного сектора в бедных странах? В развивающихся странах доля частного сектора возрастала в оказании услуг здравоохранения и стационарного лечения благодаря трём движущим факторам: нехватка государственных ресурсов, низкое качество оказываемых государством услуг и необходимость в либерализации экономики.

- **Нехватка государственных ресурсов.** Из-за ограничения в наличных средствах – будь то внутренние ресурсы или иностранная помощь — многие правительства бедных стран не могут эффективно оказывать социальные услуги или делать большие инвестиции в инфраструктуру. Приватизацию часто проводят для получения дохода, но больше всего государству возвращается денег в результате прекращения субсидирования убыточных государственных предприятий. В некоторых случаях, например, в водоснабжении и канализации (а также снабжении водой для орошения и энергией), нехватка государственных фондов осложняется неадекватной структурой тарифов. В других случаях это рост цен или введение оплаты за те услуги, которые раньше предоставлялись бесплатно. В условиях государственной собственности тарифы часто бывают слишком низкими, чтобы окупить затраты, и часто случаи неоплаты услуг потребителями не фиксируются. Такой подход выгоден богатым, тогда как бедные страдают от недоступности услуг. Более того, с ростом городского населения местные власти из-за финансовых ограничений не могут расширить сеть учреждений, оказывающих услуги, достаточные для того, чтобы охватить всех. В результате качество и количество услуг среднему классу снижается, а в бедных кварталах может совсем исчезнуть.
- **Низкое качество оказываемых государством услуг.** Существует множество историй о том, что государство не смогло предоставить своим гражданам, особенно бедным, основные социальные услуги или предоставило услуги плохого качества. Мало оплачиваемые врачи в государственном секторе часто пополняют свой доход, продавая лекарства, которые должны распространяться бесплатно. В результате этого бедные (и небедные) люди часто вынуждены обращаться к частным специалистам, потому что они более доступны и часто включают обеспечение лекарством в перечень оказываемых услуг (в отличие от государственных медицинских учреждений, где может не быть нужного лекарства).
- **Необходимость либерализации экономики.** Третьим толчком к развитию частного сектора в этой сфере является политика доноров, стремящихся содействовать либерализации и развитию свободного рынка с целью увеличения роста и развития экономики. В девяностые годы прошлого века многие доноры поддерживали расширение частного сектора предоставления услуг и финансировали социальные услуги, особенно в водоснабжении городов. генеральное соглашение всемирной торговой

организации о торговле и услугах также поддерживает развитие частного сектора в сфере социальных услуг.

Мировой опыт в определении соотношения государственного и частного секторов здравоохранения. Во многих развивающиеся странах – в Латинской Америке, Южной Азии и Юго-Восточной Азии – существует значительный и бурно развивающийся частный сектор здравоохранения. Кроме того большая часть затрат на здравоохранение во всех регионах – это частный капитал: в странах с низкими доходами больше половины основных услуг здравоохранения оказываются частными специалистами. В Азии и Латинской Америке значительная часть больниц и других учреждений здравоохранения находятся в частной собственности, хотя за меры профилактики обычно отвечает государственный сектор.

Латинская Америка, больше чем любой другой развивающийся регион, резко перешла к частной медицинской помощи с девяностых годов прошлого века, когда к управлению в секторе здравоохранения стали допускаться международные компании. Несколько многонациональных корпораций (Aetna, CIGNA, Prudential, American Insurance Group – все базируются в США) предоставляют медицинскую страховку и услуги в этом регионе. Они намерены принять на себя и административную ответственность за государственные учреждения здравоохранения и гарантировать доступ к фондам социальной защиты, используемым для медицинской помощи. Эти компании проводят инвестиции следующими путями:

- покупая заслуживающие доверие компании, которые продают страховые гарантии или проводят предоплату планов здравоохранения;
- образуя с другими компаниями совместные предприятия;
- соглашаясь управлять учреждениями социальной защиты и здравоохранения.

Около 270 миллионов латиноамериканцев, т.е. 60% населения, получают пособия наличными и услуги здравоохранения, покрываемые (и часто оказываемые сотрудниками) фондами социальной защиты. Проникновение многонациональных корпораций в фонды социальной защиты больше всего заметно в Аргентине и Чили, этот процесс растёт в Бразилии и начал развиваться в Эквадоре.

Доступ к основным видам помощи должны иметь все граждане. И предоставление услуг частными специалистами может помочь удовлетворить разные потребности. Но не игнорируется ли при этом принцип справедливости?

Латинская Америка в предоставлении услуг здравоохранения долго полагалась на государственные фонды социальной защиты. Но в девяностые годы прошлого века управлять многими фондами предложили иностранным фирмам страхования здоровья. В результате больше средств используется для покрытия высоких административных затрат и выплат инвесторам, что снижает доступ уязвимых групп и затраты на клинические услуги. В Чили в конце девяностых годов около четверти больных, получавших услуги, управляемые частным капиталом, предпочли обращаться за помощью в государственные учреждения, приводя в качестве главной причины высокие совместные платежи, возникающие при управляемой помощи.

В Аргентине те государственные больницы, которые не перешли на управляемую помощь, сталкиваются с притоком больных, которые приписаны к приватизированным фондам социальной защиты. Этим больным пришлось обратиться в государственные больницы потому, что они не могли позволить себе совместные платежи, или потому, что частные специалисты отказывались осматривать их (из-за неуплаты фондами социальной защиты).

Государственные больницы Аргентины и Бразилии теперь требуют возмещения от фондов социальной защиты и частных страховых компаний, а также совместные платежи. Для того, чтобы получить помощь бесплатно в государственном учреждении неимущие больные должны пройти длительную проверку их средств, причём в некоторых больницах отказ в такой помощи достигает 30-40%. А так как учреждения управляемой помощью работают с менее тяжёлыми больными, люди с серьёзными заболеваниями вытесняются в государственный сектор. Такая двухъярусная система снижает совокупные медицинские риски и подрывает систему перекрёстного субсидирования между более здоровыми и более уязвимыми группами.

Предполагаемые выгоды от приватизации социальных услуг быстротечны, доказательства её влияния на эффективность и стандарты качества в частных учреждениях здравоохранения, неубедительны. Существует множество примеров неудач рыночного характера в частном секторе. Этот сектор связан, в основном, с клиническими услугами и лекарствами, и есть много доказательств их неудач на рынке. Ограниченная нормативная база осложняет проблему. Например, во многих развивающихся странах главной проблемой частного сектора здравоохранения является излишнее лечение. В Бразилии кесарево сечение чаще проводится пациентам, обратившимся к частным врачам, потому что врачам больше платят за опера-

цию, чем за нормальные роды. В Мумбае (Индия), частные специалисты практикуют ненужные консультации и тесты – при направлении на консультацию частный специалист получает долю оплаты услуг консультанта. Однако, хотя большинство врачей в Канаде, США и Европе имеют частную практику, строгие профессиональные нормативы гарантируют от кризиса излишнего лечения.

В развивающихся странах недостаточное регулирование деятельности частных аптекарей также часто приводит к излишнему лечению или выписываю ненужных дорогих лекарств. Такое неоправданное использование лекарств ведёт к опасным тенденциям в лечении, увеличивает расходы на здравоохранение и повышает устойчивость к лекарствам. В бедных странах затраты на лекарства составляют 30-50% затрат на здравоохранение по сравнению с 15% в богатых. Люди, которые не могут позволить себе услуги профессионала, вынуждены идти в аптеки, которые часто не соблюдают нормативов выписывания лекарств – особенно в Китае, Южной Азии и частично в Африке. В Индии более половины затрат наличными и почти две трети затрат на стационарное лечение идут на лекарства и услуги консультантов.

Во многих развивающихся странах затраты на лечение растут, а передовые технологии аккумулируются в частном секторе. Частный сектор здравоохранения в Таиланде имеет столько же или больше высоко-технологичного оборудования, как частный сектор большинства Европейских стран, хотя в Таиланде доход на душу населения гораздо ниже, а бремя болезней существенно отличается.

В Китае переориентация от профилактических к лечебным услугам существенно повысила продажу лекарств после начала проведения реформ. Иностранцы инвестировали капитал в более чем 1 500 совместных фармацевтических предприятий по всей стране. Ограниченный доступ к профессиональным услугам и агрессивное производство лекарств в условиях нерегулируемого рынка привели к нерациональному использованию лекарств, особенно бедными людьми. В 1993 г. на лекарства в Китае тратили 52% от всех затрат на здравоохранение, а в большинстве развивающихся стран – 15-40%. В некоторых сельских областях китайские фермеры тратили в 2-5 раз больше своего среднего дохода в день на душу населения на рецепты. Кроме неоправданного повышения затрат на лечение, избыточное и неправомерное выписывание лекарств в сельских местностях подвергало больных риску неэффективного лечения и вредного побочного действия лекарств.

Как отмечалось выше, в Латинской Америке организации управляемой медицинской помощи стали руководить учреждениями государственного здравоохранения, используя фонды, предназначенные для лечения, на покрытие высоких административных издержек. Для того, чтобы привлечь больных, имеющих частную страховку и планы социальной защиты, государственные больницы в Буэнос-Айресе (Аргентина), наняли управляющих фирмы, которые получали фиксированный процент от счетов, что увеличило административные расходы до 20% от затрат на здравоохранение. В Чили административные расходы, а также расходы на продвижение на рынке составили 19% от затрат на управляемую медицинскую помощь.

В развивающихся странах рост частного сектора в значительной степени уводит нужные кадры из хрупкой государственной системы – как это произошло в Таиланде в восьмидесятые и девяностые годы прошлого века. Государственным клиникам с меньшим количеством хуже подготовленных медработников оставляют лечение наиболее уязвимых групп населения – бедных, пожилых, инвалидов.

Государственные программы отметили много успехов в предоставлении основных социальных услуг всем гражданам. Таким образом, приватизацию не нужно рассматривать как единственный вариант реформирования плохо управляемых социальных услуг.

Стремление к приватизации, отмеченное в последние годы, не учитывает прошлого опыта богатых стран, а также современного опыта ряда развивающихся стран, которые в процессе своего развития опирались на государственную систему для предоставления основных социальных услуг большинству (если не всему) населения. Частные специалисты, участвующие в этом процессе, играли лишь ограниченную роль.

Сегодня многие из добившихся успеха развивающихся стран сумели улучшить показатели здоровья населения уже в начале своего развития, обеспечивая всеобщее здравоохранение, финансируемое из государственных доходов. Во многих таких странах (Ботсвана, Коста Рика, Зимбабве) лучше обеспеченные граждане предпочли воспользоваться частной медицинской страховкой. Или, если нет частного медицинского страхования (Шри Ланка и Керала, Индия), они платят непосредственно частному специалисту. Но для большинства населения этих стран укрепление здоровья – это результат всеобщей и экономически доступной помощи, финансируемой из государственных доходов, и эффективной благодаря ассигнованиям, направленным в нижние уровни системы здравоохранения.

Нормативная база в развивающихся странах должна быть построена так, чтобы государственный и частный сектора обеспечивали всеми услугами всех пользователей. Главная рекомендация – это переобучить персонал в государственном секторе. Это не обязательно означает, что богатые страны предоставят больше технической помощи или технического сотрудничества, это означает, что они буду платить за передачу умений и обмен опытом между бедными странами.

В здравоохранении нормативы необходимо применять как в приватизированных компаниях, так и в существующих частных услугах для того, чтобы защитить потребителей и сдержать расходы. В большинстве министерств здравоохранения развивающихся стран система информации очень слабая, что подрывает их возможность (или, возможно, указывает на их нежелание) регулировать деятельность частных специалистов. В Южной Азии, несмотря на широкое распространение частных услуг и высокие затраты частных лиц, попытки регулирования и гарантирования качества помощи большинству пользователей частных услуг потерпели крах.

Регулирование клинических услуг, например, требует блокирования проникновения частных специалистов в эту область – часто они плохо подготовлены, не имеют лицензий и не контролируются. Правительства должны вывести этих деятелей в сферу влияния государства, что позволит лицензировать их и регулярно повышать квалификацию, совершенствуя их знания и умения. В Кении повышение квалификации привело к увеличению употребления лекарств против малярии, а в Мексике улучшило ведение острых респираторных и кишечных заболеваний. Кроме того, Ассоциация сельских медработников в западной Бенгалии приняло перечень из 40 основных лекарств, подготовленный ВОЗ, и рекомендовало их своим членам. Если добиться того, что практикующие медработники ограничат использование этих лекарств, это улучшит качество и контроль за их работой. Другими мерами регулирования деятельности частных специалистов являются разработка законов, защищающих потребителей, развитие принципов профессиональной этики и обеспечение нематериальных стимулов, например, повышение престижа.

Для того, чтобы информировать потребителей о том, какой частный специалист прошёл регистрацию, можно использовать механизм аккредитации. Профессиональные объединения, которые предлагают аккредитацию и обучение незарегистрированных специалистов, действовали бы на благо как этим специалистам, так и обществу. Это способствовало бы появлению у специалистов стремления к общественному признанию и престижу. К тому же это пропагандировало бы использование основных лекарств с помощью общественных кампаний.

Важную роль в регулировании здравоохранения играет также улучшение поведения потребителей. Оно может включать повышение знаний потребителей или предоставление субсидий, чтобы сделать качественные услуги экономически более доступными. Правительства могут также создать учреждения, которые позволили ли бы потребителям предъявить обвинение частным специалистам в случае плохого качества услуг.

Оказание социальных услуг неправительственными организациями (НПО) рассматривалось как «средний путь» между предоставлением их рынком и государством. По мнению некоторых аналитиков он даёт рациональное обоснование для увеличения роли организаций гражданского общества в предоставлении таких услуг. НПО часто весьма успешно заполняют пробелы, оставленные государственной системой. Они также полезны для озвучивания озабоченности сообщества, особенно бедных людей, что заставит учреждения лучше работать. Но НПО должны дополнять, а не заменять, деятельность государства. Махаллинские комитеты в Узбекистане являются в этом отношении хорошим примером.

Таблица 4.3

Динамика развития частных учреждений в отрасли здравоохранения Узбекистана

Показатели	2000	2001	2002	2003	2004
Число частных больниц	89	96	113	36	141
Число больничных коек в частных больницах (тыс.)	2,1	2,2	2,5	2,8	3,0
Число пролеченных больных в частных больницах (тыс.)	27,1	34,5	36,7	41,2	42,9
Число частных амбулаторно-поликлинических учреждений	145	1083	1159	1188	1220
Число посещений в частных амбулаторно-поликлинических учреждениях (тыс.)	1997,9	1719,1	1898,2	1902,2	1913,7

Источник: Госкомстат РУз

Кроме увеличения налога на доходы, существуют другие способы усовершенствования тарифов и ставок услуг, чтобы сделать их более рациональными и справедливыми. Анализ данных по 60 странам показывает, что среди бедных групп населения существует большая доля таких домовладений, в которых отмечены высокие расходы на здравоохранение.

При отсутствии государственного финансирования, схемы предоплаты, которые содержат высокие затраты на здравоохранение, распределяя риски среди объединений отдельных лиц, могут помочь в решении этой проблемы. Такие схемы не только помогли защитить бедные домоладения от катастрофического роста затрат на здравоохранение, но и способствовали организации поддержки сообществами местных систем здравоохранения.

Международные организации, пропагандирующие приватизацию социального сектора должны оказать гораздо большую поддержку в создании нормативной базы. Но это должно быть нечто большее, чем советы. Они должны также помочь лицам, отвечающим за такое регулирование, посетить другие страны с большим опытом в регулировании частного сектора.

В области здравоохранения, также как в любой другой области открытой для более значительного участия частного сектора, регулирующая база должны быть создана до начала приватизации. В противном случае, больные могут столкнуться с бóльшими проблемами или дополнительными трудностями.

При лучшей информации о частном секторе и более сильной регулирующей базе государство сможет гарантировать, что частный сектор дополнит предоставление и финансирование основных социальных услуг, например услуг здравоохранения.

Таблица 4.4

Приватизированные объекты здравоохранения за 1994-2005 гг.

Профиль учреждения	Всего приватизи-ровано
Сельские участковые больницы	31
Сельские врачебные амбулатории	39
Фельдшерско-акушерские пункты	146
Хозрасчетные отделения и поликлиники	84
Физиотерапевтические лечебницы и отделения	30
Стоматологические поликлиники и отделения	469
Лечебно-физкультурные диспансеры	14
Пустующие здания и отделения в учреждениях здравоохранения	207
Детские молочные кухни	55
ИТОГО	1075

Таблица 4.5

Количество выданных лицензий на медицинскую деятельность за 1999-2005 годы

	Количество выданных лицензий	
	юридическим лицам	физическим лицам
Республика Каракалпакстан	66	70
Андижанская	121	185
Бухарская	60	190
Джизакская	26	70
Кашкадарьинская	67	62
Навоийская	31	127
Наманганская	111	184
Самаркандская	89	133
Сурхандарьинская	32	63
Сырдарьинская	51	88
Ташкентская	105	203
Ферганская	176	163
Хорезмская	60	57
Г. Ташкент	420	359
ИТОГО	1415	1954

Источник: Данные Минздрава РУз

Таблица 4.6

Динамика поступивших финансовых средств от оказания платных медицинских услуг

	2000	2001	2002	2003	2004
Объем реализации платных услуг населению (млн сум)	3619	5552	12347	16905	27088
доля в государственном секторе (%)	63,9	65,4	51,1	49,5	41
доля в негосударственном секторе (%)	36,1	34,6	48,9	50,5	59

Развитие частного здравоохранения в Узбекистане

В предыдущих главах много говорилось о роли и проблемах, с которыми сталкивается государство в развитии здравоохранения. Частное здравоохранение, если оно развивается параллельно с государственным, может способствовать не только решению проблемы недостаточности финансирования отрасли. Очень важно, что оно расширяет возможности выбора населением государственных или частных медицинских учреждений, а значит, более полно реализовать права на получение качественной медицинской помощи.

Развитие частного здравоохранения в Узбекистане осуществляется как через приватизацию действующих учреждений здравоохранения, так и через создание новых частных медицинских учреждений.

С 1994 года по настоящее время в республике приватизированы 1075 медицинских учреждений.

Для расширения финансовой базы бюджетных медицинских учреждений и учреждений, созданных и функционирующих на средства производственных предприятий и компаний, наряду с бесплатными медицинскими услугами, широкое распространения в них получают также платные медицинские услуги.

Преимущественно платная медицинская помощь оказывается в Республиканских специализированных медицинских центрах кардиологии, хирургии, урологии и микрохирургии глаза, созданных на базе ведущих медицинских клиник. Эти центры призваны оказывать населению высококвалифицированную медицинскую помощь с поэтапным переходом на принципы самофинансирования и самоокупаемости. За истекший период в этих центрах получили лечение более 57 тыс. больных, из которых 75,4% — лечились на платной основе.

Основным принципом при принятии решения о создании новых частных медицинских учреждений является требование контроля за безопасностью оказываемых медицинских услуг. В этих целях государство утвердило перечень врачебных специальностей для занятий частной врачебной практикой. При Министерстве здравоохранения организована лицензионная комиссия, специалистами которой за 1999–2005 г.г. выданы лицензии на занятие частной врачебной деятельностью 1954 физическим и 1415 юридическим лицам.

Из 1954 физических лиц, получивших лицензии для занятий частной практикой, 35,5% - стоматологи, терапевты – 14,5%, акушеры гинекологи – 12,8%, педиатры и невропатологи по 6,8%, оториноларингологи – 5,4%, урологи – 3,4%, дерматологи – 3,3% , кардиологи – 2,6%, офтальмологи – 2,3%, физиотерапевты – 1,8%.

Вставка 4.3

Льготы частному здравоохранению

Для создания условий, стимулирующих развитие негосударственного сектора здравоохранения Указом Президента Республики Узбекистан №УП-2107 от 10 ноября 1998 г:

- разрешено разгосударствление объектов здравоохранения в форме передачи их в аренду будущим собственникам с последующим выкупом в частную собственность;
- предусмотрено освобождение частных медицинских учреждений от уплаты всех видов налогов на 2 года с момента их образования с последующим использованием высвобождаемых средств для оснащения учреждений современным медицинским и диагностическим оборудованием;
- хокимиятам областей предоставлено право выделения земельных участков и продажи нежилых помещений для создания частных лечебно- профилактических учреждений;
- для финансирования вновь создаваемых частных медицинских учреждений рекомендовано Узтадбиркорбанку открывать в установленном порядке кредитные линии.

Большая часть частных медицинских учреждений представлена в форме малых предприятий. Все показатели частных клиник свидетельствуют о том, что частная медицина развивается достаточно динамично.

Еще более ускоренными темпами развивается частный сектор в сфере реализации лекарственных и медицинских средств. Практически все аптечные учреждения стали полностью частными или с относительно небольшой государственной долей. Ведущая аптечная государственная ассоциация «Дори-Дармон» преобразована в акционерную компанию «Дори-Дармон». Полностью приватизированы предприятия «Медтехника», «Оптика».

Динамичное развитие частного здравоохранения требует и адекватных методов защиты прав населения, потребляющих медицинские услуги.

Здоровье как гарантированное право человека

Сердцевиной концепции человеческого развития является обеспечение прав человека в широком выборе возможностей, которое может предоставить ему общество.

В одном из своих выступлений Генеральный сек-

ретарь ООН Кофи Аннан отметил: «Права человека принадлежат каждому. Это не милость, которая предоставляется или отнимается государством или любой другой властью. Права человека едины и характерны для всех культур и наций. Именно универсальность прав человека наделяет их силой пересекать любые границы и преодолевать любые препятствия.

Никто не может выбирать, какие права необходимо реализовать или воплощать, а какие – игнорировать. Гражданские или экономические, культурные, социальные или политические – права человека неделимы и взаимосвязаны, прогресс в одной сфере влечет за собой прогресс и в других, а нарушения и отсталость одних станут причиной упадка во всех».

Концепция человеческого развития, среди большого разнообразия прав, наиболее активно защищает право людей на справедливый, равный для всех граждан доступ к:

- природным и материальным благам, которыми располагает общество, для того, чтобы проявить заложенные в человека от рождения возможности трудиться и иметь достойный человека уровень материального благосостояния;
- образованию для того, чтобы развивать заложенный в человека природой интеллектуальный потенциал и использовать его для духовной и материальной самореализации;
- имеющимся в обществе ресурсам для поддержания и укрепления своего здоровья, обеспечения генетически максимально возможной продолжительности жизни.

Три основных показателя, составляющие ИЧР, отражают количественную оценку реализации этих прав. Вместе с тем, не менее важен качественный аспект реализации прав, а именно - оценка доступности всех слоев населения к этим правам.

Права на жизнь и здоровье относятся к фундаментальным правам человека, и потому государственные и общественные механизмы гарантий защиты этих прав находятся сегодня в центре внимания мирового сообщества.

Существуют серьезные причины, побудившие международное сообщество сформировать и постоянно совершенствовать систему законодательных актов, направленных на защиту прав человека в сфере здравоохранения.

Во-первых, при всей равнозначности и взаимозависимости различных прав человека, нельзя не признать, что без права на здоровую продолжительную жизнь, составляющую основу самого существования человека, остальные права теряют не только ценность, но и смысл. Человек, не обладающий здоровьем, или потерявший его в силу различных причин, не имеет возможностей равного с другими людьми доступа к работе, к образованию. Слабое здоровье и болезнь являются причиной распространения бедности из-за невозможности получить работу и достойные доходы. Имеется и обратная связь: люди, не имеющие достойной работы и доходов, часто не могут следить за своим здоровьем. Именно потому, что жизнь и здоровье человека представляют собой высшие ценности, это обуславливает необходимость их всемерной, в том числе и правовой охраны.

Во-вторых, в силу того, что здравоохранение в современном мире играет исключительно важную роль в жизни человека и общества, отношения между врачом и пациентом выходят за рамки обычных отношений между людьми. Они требуют не только профессиональных знаний медика, соблюдения ими морально-этических норм, но и правовых знаний граждан.

В-третьих, современная медицинская практика все более тесно переплетается с научными экспериментами и испытанием новых лекарственных препаратов и медицинских технологий на человеке. Она становится все более изощренной и могущественной, непрерывно расширяя возможности эффективного воздействия на самые глубинные структуры человеческого организма, на процессы репродукции человека, на его психику, генетику, на процессы умирания. Не без оснований говорят о том, что многие медицинские воздействия, которым подвергается сегодня человек, оказываются агрессивными. Со многими новыми технологиями связаны неопределенность последствий их применения или явная опасность для жизни и здоровья человека. Бурное развитие биомедицины и биотехнологий привело к тому, что медицина становится не только более технологически оснащенной, но и более чувствительной к этическим, моральным и правовым аспектам врачевания. Этические принципы для новой медицины хотя и не отменяют полностью, но радикально преобразуют основные положения «Клятвы Гиппократа», которая была эталоном врачебного морального сознания на протяжении многих веков. Традиционные этические ценности медицины: милосердие, не нанесение вреда пациенту, благотворительность получают в новой культурной ситуации новое значение и новое звучание.

В-четвертых, сегодня в мире растет количество случаев, связанных с нарушением медицинскими работниками норм медицинской этики и правовых норм в области охраны здоровья населения, участились конфликты между врачами и пациен-

тами. Это связано, прежде всего, с повышением уровня правовой грамотности граждан в условиях демократизации общества, а также перемещением акцента ответственности врача с уголовной на гражданскую, когда любой вред здоровью во внесудебном или судебном порядке может быть материально возмещен. Об этом свидетельствует правоприменительная практика США и стран Западной Европы, где основное место среди различных объектов разбирательства занимает медицинская практика.

Международное и национальное законодательство о правах пациентов. Существует хорошо разработанное международное законодательство, основанное на международных декларациях, пактах, уставах. В обобщенном виде основу этого законодательства составляет:

1. Определение категории здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов.
2. Признание права каждого человека на наивысший уровень физического и психического здоровья.
3. Определение прав пациентов свободно выбирать врача, а врачу – право выбора пациента, не ущемляя при этом ни прав врача, ни пациента. Профессиональная и этическая обязанность врача состоит в оказании любому человеку неотложной медицинской помощи без каких-либо исключений.
4. Предоставление прав пациенту получать помощь врача, независимо от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях; согласиться на лечение или отказаться от него на основе адекватной информации; рассчитывать на то, что врач будет относиться ко всей медицинской и личной информации, доверенной ему, как конфиденциальной; умереть достойно; воспользоваться духовной или моральной поддержкой, включая помощь служителя любой религиозной конфессии, или отклонить ее.
5. Обеспечение гарантий качества медицинской

Вставка 4.4

Международное законодательство о правах пациентов

Вопрос о правах пациента и их защите впервые был поднят на международном уровне в 1947 году во время Нюрнбергского процесса и был связан с рассмотрением права пациента на отказ от привлечения его к медицинским экспериментам.

Устав ООН (1945 г.), Всеобщая декларация прав человека (1948 г.), Международный пакт о гражданских и политических правах (1966 г.), Европейская Конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950 г.) содержат все основные руководящие принципы, согласно которым разрабатывается современное законодательство о правах пациентов.

Статья 25 Всеобщей декларации прав человека, провозглашает, что «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи».

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. признает право каждого человека на наивысший уровень физического и психического здоровья.

Устав Всемирной организации здравоохранения определяет категорию здоровья и устанавливает, что обладание высшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения.

Всемирная Медицинская Ассамблея в 1981 году приняла Лиссабонскую декларацию о правах пациента и провозгласила, что в случаях, если в какой-либо стране положения законодательства создают определенного рода препятствия реализации прав пациента, то врачи должны стремиться всеми способами восстановить их и обеспечить их соблюдение.

В целях обеспечения права человека на охрану здоровья Всемирная Медицинская Ассамблея разработала Рекомендации по предоставлению медицинской помощи в сельской местности (1964 г., 1983 г.).

ВОЗ приняла Декларацию о развитии прав пациентов в Европе (Европейское совещание по правам пациентов в Европе, 1994 г.), а Всемирная медицинская ассоциация - Международный кодекс медицинской этики, а также документы, определяющие профессиональное поведение и этические нормы врача: о свободе контактов между врачами (1984 г.), о независимости и профессиональной работе врача (1986 г.), о подготовке медицинских кадров (1986 г.), о халатном отношении врачей к своим обязанностям (1992 г.), о пособничестве врачей при самоубийствах (1992 г.), о телемедицине и медицинской этике (1992 г.), о поведении врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов (1994 г.) и др.

В 1973 году Всемирная медицинская ассамблея приняла Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения. Генеральной ассамблей всемирной медицинской ассоциации разработан Медицинский кодекс медицинской этики (1949 г.,1968 г., 1983 г.), который предусматривает общие обязанности врача, касающиеся его профессионализма, гуманизма, уважения прав пациентов, а также обязанности врача по отношению к больному, состоящие в сохранении человеческой жизни, хранении врачебной тайны, оказании неотложной помощи любому нуждающемуся больному, обязанности врачей по отношению друг к другу.

помощи на селе, которая не должна отличаться от качества медицинской помощи, доступной жителям городов.

6. Принятие мер, необходимых для обеспечения сокращения мертворождаемости, детской смертности и здорового развития ребенка; улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности; предупреждения и лечение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними; создания условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

Законодательство Узбекистана в области охраны здоровья населения. Конституция Республики Узбекистан гарантирует право человека на квалифицированное медицинское обслуживание и возлагает на государство обязанность по осуществлению финансирования программ охраны и укрепления здоровья населения, принятию мер по развитию государственной и частной систем здравоохранения, поощрению деятельности, способствующей укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, а также экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Одним из важных правовых документов в сфере защиты прав пациентов явился Закон Республики Узбекистан **«Об охране здоровья граждан»** (август 1996 г.).

Данный закон конкретизировал и развил положения Конституции Республики Узбекистан, а также определил основные принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в этой области, организацию системы здравоохранения в Республике Узбекистан, гарантии осуществления медико-социальной помощи, права граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья.

Так, согласно статье 3 Закона основными принципами охраны здоровья граждан являются: соблюдение прав человека в области охраны здоровья, доступность медицинской помощи для всех слоев населения, приоритет профилактических мер, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, единство медицинской науки и практики. В Законе закрепляется порядок создания профессиональных медицинских и фармацевтических объединений, расширено и конкретизировано понятие врачебной тайны, установлена ответственность за причинение вреда здоровью, особенно в отношении медицинских работников в случае нарушения ими прав граждан в области охраны здоровья.

В Узбекистане право на охрану здоровья обеспечивается государством независимо от возраста, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения. Более того, в законодательстве закреплены и гарантированы права на охрану здоровья также иностранных граждан и лиц без гражданства; несовершеннолетних; военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу; граждан пенсионного возраста; инвалидов; граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях.

Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» определяет, что правом на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью обладают лица, получившие диплом об окончании высшего или среднего специального медицинского учебного заведения в Республике Узбекистан. Для занятия определенными видами деятельности в сфере медицины и фармацевтики, перечень кото-

Вставка 4.5

Основные права пациента в Узбекистане

1. Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
2. Выбор врача и лечебно-профилактического учреждения;
3. Обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
4. Проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Узбекистан;
5. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
6. Добровольное согласие или отказ от медицинского вмешательства;
7. Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
8. Получение медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования;
9. Возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи в порядке, установленном законодательством;
10. Допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
11. Обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения вышестоящему органу управления либо в суд.

рых устанавливается Министерством здравоохранения, необходим также диплом о медицинском образовании и лицензия.

В целях обеспечения квалифицированной медицинской помощи Законом также предусматривается, что медицинские и фармацевтические работники, не работавшие по своей профессии более 3-х лет, могут быть допущены к соответствующей деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании аттестации Министерства здравоохранения.

Другим законом, обеспечивающим права пациентов, является Закон «О защите прав потребителей». В соответствии с этим Законом пациент имеет право на информацию о лечебном заведении, его местонахождении, режиме работы, о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, о свойствах и качестве лекарственных средств, их стоимости, гарантиях, ответственности исполнителя, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Платные медицинские услуги оформляются договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Оплата за медицинские услуги производится в учреждениях банков или в медицинском учреждении, с выдачей потребителю документов, подтверждающих прием денег. Этот документ является гарантией для предъявления иска в случае некачественного обслуживания или ненадлежащего качества медицинской услуги.

В соответствии с законодательством медицинские учреждения несут ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Республики Узбекистан, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

Потребитель вправе предъявлять требования о возмещении ущерба или убытков в случае причинения вреда здоровью и жизни, в результате неисполнения или ненадлежащего исполнения условий договора, а также о компенсации за причинение морального вреда.

При несоблюдении медицинским учреждением обязанности по срокам исполнения услуг потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуг;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

Нарушение установленных договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки.

Хотя созданная в целях реформирования системы здравоохранения законодательная база гарантирует основные права пациентов на квалифицированную медицинскую помощь, однако существуют множество направлений обеспечения прав пациентов, требующих своего законодательного закрепления.

Во-первых, в стране пока нет специального Закона о правах пациентов. Ответственность медицинского персонала разбросана по различным законам. «Закон о правах потребителей», хотя и защищает права потребителей медицинских услуг, в то же время не может полностью компенсировать отсутствие специального Закона о правах пациентов. Права пациентов – это ответственность врачей и только этот Закон мог бы обеспечить юридические воплощение Кодекса чести врача, клятвы Гиппократа, присяги врача, присяги среднего медицинского работника. Идеологией вопроса о защите прав пациентов должна стать профилактика конфликтов между всеми участниками рынка медицинских услуг путем создания современных правовых норм и методов ведения диалога.

Во-вторых, недостаточна защита самого медицинского персонала, особенно в государственных медицинских учреждениях, от допущенных ошибок из-за отсутствия современного диагностического и лечебного оборудования, инструментов и лекарственных средств.

Скромное бюджетное финансирование и отсутствие стабильных финансовых поступлений все более и более становятся причиной необратимых потерь в здоровье пациентов.

В этих условиях необходимы разработка и принятие «Закона о медицинском страховании», который бы заложил правовые основы как взаимной ответственности между врачом и пациентом, так и определил стабильные финансовые источники для развития здравоохранения.

В-третьих, необходима большая просветительская работа с населением. Большая часть пациентов не знает своих прав и не обращается в суды по вопро-

Вставка 4.6

Рекомендации по совершенствованию законодательства по защите прав пациентов

1. Принятие законов «О защите прав пациентов», «О страховой медицине»;
2. Активизация работы по формированию в обществе правового взгляда на здравоохранение как на систему жизнеобеспечения и как на один из ключевых факторов обеспечения национальной безопасности. Принятие Этического кодекса медицинского работника;
3. Создание системы, позволяющей всем заинтересованным лицам получать объективную информацию по вопросам соблюдения прав и граждан при оказании государственным здравоохранением медицинской помощи;
4. Развитие юридической практики защиты прав пациентов с учетом международных стандартов;
5. Создание системы государственного и общественного мониторинга соблюдения прав пациентов и потребителей медицинских услуг;
6. Повышение правовой культуры в сфере оказания медицинских услуг, выработке предложений по правовому обучению медработников, подготовке юристов для работы в сфере здравоохранения и службах защиты прав пациентов и потребителей медицинских услуг;
7. Усиление общественного контроля над исполнением положений, обеспечивающих возможность осуществления политических, экономических, научно-образовательных, лечебно-профилактических и организационных мероприятий, направленных на реализацию права граждан на сохранение собственного здоровья.

сам некачественного и неквалифицированного лечения. Отсутствует и широкая судебная практика рассмотрения соответствующих гражданских исков к работникам медицинских учреждений.

Представляется, что в медицинских и юридических учебных заведениях необходимо ввести предмет медицинского права с целью подготовки будущих врачей не только к знанию в области охраны здоровья, к их уважению и беспрекословному исполнению, но и к умению их применять в профессиональной деятельности.

Для медицинского персонала ЛПУ, работников органов здравоохранения целесообразно проводить семинары, обучающие циклы, специальные лекции, использовать средства наглядной информации.

За рубежом правила медицинской этики оформляются в так называемых моральных кодексах (деонтологические кодексы). Например, Американской медицинской ассоциацией приняты общие Правила медицинской этики, которые предлагаются в помощь врача для индивидуального и коллективного поддержания высокого уровня этического поведения. Они не являются законом, а представляют собой стандарт взаимоотношений врача с больным, коллегами и специалистами смежных профессий. В этой связи представляется необходимым разработать Этический кодекс врача и в нашей стране.

Совершенствование законодательной базы в области охраны здоровья населения и организации здравоохранения является одним из механизмов правового регулирования повышения качества оказания медицинской помощи, управления отраслью.

Здоровье гражданина является интегральной характеристикой, уровень которой характеризует степень цивилизованности общества и государства, их реальные возможности и способности признавать, сохранять и защищать эту ключевую общечеловеческую ценность.

Полная реализация прав пациента, максимальная его защищенность и безопасность, максимальный уровень его здоровья – это те конечные социальные задачи, которые должна обеспечить правильно спроектированная и эффективно контролируемая обществом и государством система оказания медицинской помощи.

Защита прав потребителей медицинских услуг — важнейшая функция гражданского общества

Государство создает систему гарантий и прав граждан на получение необходимой медицинской помощи. Так, законодательная ветвь власти ответственна за разработку и принятие законов, обеспечивающих права пациентов. Исполнительные органы государственной власти осуществляют контроль за соблюдением законодательства об охране здоровья граждан и правах пациентов. Судебная власть призвана разрешать все спорные вопросы во взаимоотношении пациентов с медицинскими учреждениями.

Однако практика показывает, что этих государственных институтов не достаточно для того, чтобы в полной мере решать задачи защиты прав пациентов.

Анализ обращений, поступающих жалоб от потребителей на услуги здравоохранения, показывает, что основными причинами их являются:

- снижение доступности бесплатной медицинской помощи;
- растущее недовольство людей качеством оказания медико-санитарной помощи и ростом платных медицинских услуг;

- недоступность лекарств для большинства людей из-за высоких цен;
- трудности в доказательстве своих прав;
- отсутствие правовой консультации по вопросам медицинского обслуживания.

В этой связи важным является не только создание соответствующей законодательной и нормативно-правовой базы по регулированию механизмов обеспечения качества медицинской помощи, совершенствования стратегии управления системой охраны здоровья, регулирования рынка медицинских услуг, формирования цен и эффективности затрат на них, но и, как это существует во всем мире, создание системы общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений.

Вставка 4.7

Результаты опроса пациентов об уровне профессионализма и качестве работы медицинских специалистов

На вопрос - Каков, по Вашему мнению, профессиональный уровень и качество работы медицинских работников? Респонденты ответили следующим образом:

- 12,0% из общего числа респондентов оценили этот уровень как высокий;
- 64,6% — считает уровень профессионализма медицинских работников средним;
- 19,5% — низким;
- 4,6% опрошенных затруднились ответить.

Данные ФОЗППУ

Необходимость широкого привлечения институтов гражданского общества к вопросам прав пациентов в Узбекистане обусловлена следующими причинами:

во-первых, сегодня уже ясно, что государственные институты оказались не готовыми к быстрым темпам реформ в системе здравоохранения и не смогли обеспечить адекватный контроль за качеством платных услуг и услуг частных клиник, в результате чего высокая стоимость медицинских услуг для населения часто не адекватна их качеству.

Системными нарушениями потребительских прав в сфере медицинского обслуживания, выявленных в ходе проверок, осуществленными органами Государственного комитета по демонополизации, являются:

- отсутствие или недоступность информации о видах услуг и их стоимости;
- отсутствие четкой и достоверной информации о лечебном учреждении, режиме его работы;
- завышение стоимости платных медицинских услуг, в том числе за счет включения в них стоимости услуг лабораторных, диагностических услуг, лекарственных средств, химических реактивов, фактически неиспользованных в процессе их производства или оказания помощи;
- оказание медицинских услуг без заключения договоров с потребителями – пациентами;
- невыдача потребителям расчетных финансовых документов, подтверждающих факт предоставления услуги, не обеспечение перерасчетов оплаченных средств в пользу потребителей за не оказанные им услуги.
- использование медицинского оборудования и аппаратуры без метрологической проверки и гарантий безопасности для человека;
- простои диагностической аппаратуры, в связи с недостатком или отсутствием соответствующих реактивов, запасных частей;
- низкий уровень знаний специалистов ЛПУ по разработке тарифов на платные медицинские услуги и т.д.

Во-вторых, государственных людских и финансовых ресурсов оказалось недостаточно для того, чтобы обеспечить широкую информированность населения об их правах в сфере гарантий медицинского обслуживания.

На фоне низкого уровня правовой грамотности населения естественным образом обнажается ещё одна проблема: многие граждане страны не чувствуют свою правовую защищённость от возможного нарушения медицинскими работниками их прав как пациентов и осознают свою уязвимость и беспомощность перед ними, в случае обращения по поводу заболевания.

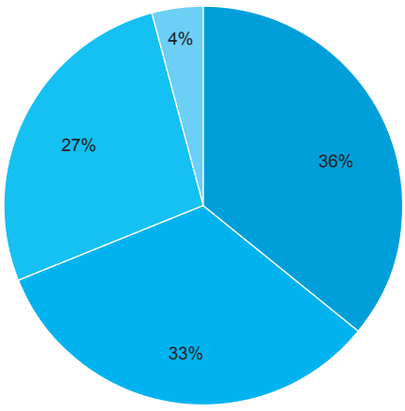
Проведенный опрос показал, что лишь 16,3% респондентов отметили, что чувствуют свою полную правовую защищённость от возможного нарушения или ущемления своих прав пациента. 54,8% – частичную защищённость, 9,5% – никакой правовой защищённости не чувствуют, т.е. признались в полной своей уязвимости в этом вопросе, 9,3% — респондентов затруднились ответить на этот вопрос.

Опрос выявил также плохую информированность граждан о гарантированной государством бесплатной медицинской помощи. У подавляющего большинства респондентов нет ясного и определённого представления о том, в каких медицинских учреждениях, каким социальным группам населения и какие медицинские услуги должны предоставляться бесплатно.

Более того, нет единого подхода к предоставле-

Диаграмма 4.4

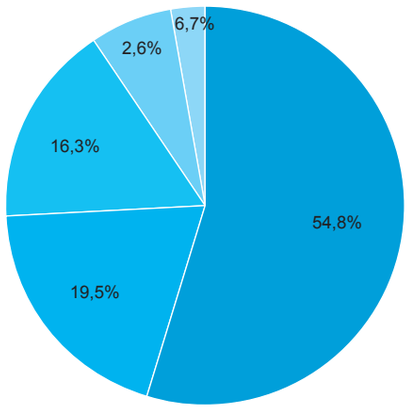
Распределение потребителей медицинских услуг по уровню знаний прав пациентов



- Не знаю своих прав (36%)
- Я знаю свои права (33%)
- Я знаю свои права хорошо, но не могу защитить (27%)
- Нет ответа (4%)

Диаграмма 4.5

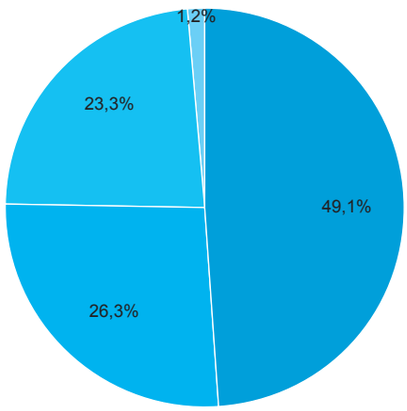
Распределение потребителей медицинских услуг по уровню уверенности в защищенности своих прав



- Частично (54,8%)
- Не чувствую (19,5%)
- В полной степени (16,3%)
- Затрудняюсь ответить (2,6%)
- Нет ответа (6.7%)

Диаграмма 4.6

Распределение потребителей медицинских услуг по уровню их знаний о бесплатной медицинской помощи



- Да (49,1%)
- Кое-что слышал (26,3%)
- Нет (23,3%)
- Нет ответа (1,2%)

Данные ФОЗППУ

нию бесплатных услуг, а ежедневно возникающие вопросы по оказанию бесплатной медицинской помощи каждое медицинское учреждение вынуждено решать самостоятельно.

В-третьих, государственные институты в силу своей подотчетности государственным органам власти не всегда заинтересованы в открытом обсуждении проблем и недостатков в сфере здравоохранения. Здесь крайне необходим независимый подход в оценке качества оказываемых медицинских услуг и широком обсуждении в заинтересованной среде и в целом в обществе имеющихся проблем.

Проблема оказания качественной медицинской помощи актуальна во всем мире, но, как показала практика, объективную оценку предоставленных услуг может дать лишь независимое исследование. Следовательно, необходимы организации, институты независимой экспертизы.

Хотя сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с республиканским законодательством, такие факты являются не редкими.

В-четвертых, устранение недостатков в системе здравоохранения будет происходить более активно при подключении к этому процессу институтов гражданского общества. Общественный контроль может обеспечить не только прозрачность и гласность, но и необходимое давление на корпоративные интересы тех государственных институтов, которые в силу различных объективных и субъективных причин не готовы к решению имеющихся проблем.

Так, публикации в 2005 г. Федерации обществ защиты прав потребителей Узбекистана в средствах массовой печати под рубрикой «линия защиты» материалов по законодательным основам защиты прав потребителей медицинских услуг «Преступление без наказания», «Проблема? Звони по телефону?», направленных на повышение осведомленности населения о своих правах пациентов и порядка оказания медицинской помощи вызвали большой интерес и широкий резонанс среди населения и общественности

Среди институтов гражданского общества, которые активно участвуют в общественном контроле за соблюдением прав человека в области медицинских услуг, можно выделить Федерацию обществ защиты прав потребителей Узбекистана (ФОЗППУ) и Омбудсман.

Принятие в апреле 1996 года Олий Мажлисом Республики Узбекистан Закона «О защите прав потребителей», явилось первым шагом в выделении потребителя, как отдельного сегмента участников рыночных отношений.

Впервые в национальном законодательстве были закреплены признанные международным сооб-

ществом права потребителей и гарантии их реализации, а также предусмотрены гарантии защиты при причинении вреда жизни, здоровью или имуществу граждан, право их на компенсацию за причиненный моральный вред, установление подсудности по выбору истца по делам о нарушении потребительского законодательства. Существенной гарантией защиты интересов потребителей стало закрепление в Законе широких прав общественных объединений потребителей, позволяющих им реально участвовать в формировании потребительской политики в государстве.

Созданная Федерация защиты прав потребителей Узбекистана, являющаяся негосударственной некоммерческой организацией, сегодня объединяет 14 территориальных, 210 городских, районных обществ защиты прав потребителей (ОЗПП), 10442 опорных групп при махаллях, организациях, ширкатных хозяйствах, предприятиях, учебных заведениях. Более 280 тысяч членов ОЗПП занимаются пропагандой правовых знаний среди населения и принимают активное участие в осуществлении общественного надзора за недопущением реализации на внутреннем потребительском рынке некачественных товаров и услуг, ущемления прав потребителей.

Защищая права потребителей, Федерация и ее общества на местах только в 2005 г. провели социологические обследования и опросы около 3000 респондентов в 11 регионах страны на предмет знания ими своих прав, а также их удовлетворенности качеством оказываемых медицинских услуг.

Вставка 4.8

Основные принципы регулирования прав пациента

- установление правового паритета пациента с другими участниками медицинского обслуживания, признание пациента в качестве равноправного субъекта права;
- персонификация прав пациента, ориентация законодательных норм на конкретного пациента;
- законодательное регулирование прав и обязанностей пациента, его отношений с другими участниками медицинского обеспечения;
- оперативное и объективное рассмотрение фактов нарушения прав пациента и ответственности за нарушение прав;
- ограничение прав пациента на основании законов в целях защиты здоровья, прав и законных интересов других лиц;
- контроль и независимая экспертиза качества медицинской помощи.

Исследования, проведенные в 2005 году в 160 учреждениях здравоохранения на наличие справочной информации для населения о предоставляемых медицинских услугах в амбулаторно-поликлинических учреждениях, преимущественно в первичных его звеньях показали плохую информированность населения об условиях предоставления медицинской помощи.

Через реализацию программы «Горячая линия» специалисты Федерации обществ защиты прав потребителей напрямую взаимодействуют с потребителями и имеют возможность формировать практику досудебного рассмотрения споров, уточнить круг вопросов и проблем, с которыми сталкиваются потребители медицинских услуг в области защиты своих прав, что в свою очередь помогает более точно оценивать ситуацию, сложившуюся на рынке товаров и услуг, а также разработать рекомендации для предотвращения конфликта между потребителями и предпринимателями.

Диаграмма 4.7

Информированность населения о бесплатных медицинских услугах

Источник: Данные ФОЗППУ

Функция мониторинга прав граждан в сфере здравоохранения может быть возложена на Омбудсмана по правам пациентов, деятельность которого будет заключаться в цивилизованном решении проблем, связанных с оценкой качества оказываемых услуг.

Омбудсман по правам пациентов может подвергнуть критическому анализу не только статьи законов и нормативные акты, нарушающие права паци-

Вставка 4.9

Гарантированный объем бесплатных медико-санитарных услуг

Гражданам Узбекистана государство обеспечивает предоставление бесплатного медицинского обслуживания в рамках гарантированного объема медико-санитарных услуг, включающего:

- оказание экстренной, неотложной медицинской помощи;
- оказание амбулаторно-поликлинической помощи;
- иммунизацию и вакцинацию населения, против ряда инфекционных заболеваний;
- специализированную медицинскую помощь по социально-значимым заболеваниям и заболеваниям, представляющими опасность для окружающих (туберкулёз, онкологические, психические, наркологические, эндокринологические больные и лица с профессиональными заболеваниями);
- обследование и лечение детей до 14 лет (кроме платных учреждений);
- обследование и лечение подростков 15-17 лет и лиц призывного возраста (18-27 лет) по направлениям призывных комиссий;
- оказание родовспомогательных услуг (кроме платных учреждений);
- лечение льготных категорий пациентов (инвалидов, ветеранов войны, круглых сирот) в государственных лечебно-профилактических учреждениях.

ентов, но и позволит иметь максимальный доступ к объективной информации о медицинских услугах, ставших предметом рассмотрения.

Роль омбудсмана может осуществляться в широком диапазоне, начиная от конкретной помощи конкретному пациенту, например при составлении претензии, до таких масштабных акций как аналитика, статистический анализ, публикации, создание базы данных, социологические исследования.

В процессе мониторинга прав пациентов омбудсманом могут быть использованы такие документы, как жалобы, истории болезни, отчетные данные, результаты опросов населения, данные литературы.

В компетенцию омбудсмана будет входить экспертная оценка качества оказываемых медицинских услуг в соответствии с принятыми стандартами медицинской помощи, из которых вытекает объем необходимой помощи. Экспертиза на дискриминацию, ущемление прав пациента на свободу выбора, безопасность в сфере здравоохранения, уважение чести и достоинства пациента, право на получение медицинской информации, предварительное ознакомление пациента со стоимостью оказываемых медицинских услуг также может являться предметом деятельности омбудсмана.

Вставка 4.10

Результаты опроса о качестве медицинских услуг в стационарах

По данным опроса 1000 жителей, проживающих в г.Ташкенте, проведенного в январе 2006 г. в 20 стационарных лечебных учреждениях и 7 семейных поликлиниках, только 12% респондентов были осведомлены о видах услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями бесплатно.

В период нахождения пациентов в стационарах:

- 62% из них (615 больных) — медицинскими работниками было предложено приобретение лекарств для лечения без выписки рецептов;
- 56% (558) — принесли с собой белье и постельные принадлежности;
- 87% — отметили низкое качество питания, несмотря на его оплачиваемость.

Из 725 респондентов, получивших медицинскую помощь на платной основе:

- 64% - отметили о незнании своих прав как потребителей медицинских услуг;
- 51% - о своих правах при оказании платных медицинских услуг.

При этом 95% (687 человек) из числа опрошенных не были выданы финансовые документы, подтверждающие платное оказание медицинской услуги.

В целом 773 или 77% респондентов-потребителей медицинских услуг высказали неудовлетворенность качеством их оказания.

Источник: Данные ФОЗППУ

Проблемы в области общественной защиты прав пациентов

В Узбекистане существует огромное поле для расширения сферы деятельности институтов гражданского общества в сфере защиты прав пациентов. Это связано с тем, что сегодня еще слаб общественный контроль за соблюдением прав пациентов, недостаточна консультативная юридическая помощь в вопросах охраны здоровья граждан, в результате чего имеется много жалоб, поступающих от пациентов в различные государственные инстанции.

Основными проблемами, усложняющими общественную защиту прав пациентов, являются:

1) Взаимоувязанность проблемы защиты прав пациентов с правами медицинского персонала, в первую очередь, в государственных медицинских учреждениях.

Недостаточность бюджетного финансирования бесплатных медицинских учреждений порождает множество проблем, связанных с низким качеством предоставляемых услуг. Это и отсутствие воз-

можностей внедрения новейших систем лечения больных, и низкий уровень оснащения современным медицинским оборудованием, и обустройство самих медицинских учреждений, поликлиник, больниц, стационаров и, наконец, вопросы материального стимулирования медицинских работников, улучшения условий их труда.

2) Законодательная и методическая не урегулированность вопросов сочетания платных и бесплатных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях, создающая нередко неразбериху, и как следствие, безответственность перед пациентами.

Активные действия граждан и организаций, направленные на требование соблюдения прав, гарантированных законодательством Республики Узбекистан, способны серьезно воздействовать как на сами медицинские учреждения, так и на других лиц, от которых зависит обеспечение соблюдения их прав.

3) Снижение степени доступности для граждан с низкими и даже со средними доходами к качественным медицинским услугам, оказываемым на платной основе.

Переживаемые страной экономические трудности не могли не отразиться отрицательно на материальном положении людей, а значит, на их способности и возможности оплачивать медицинские услуги. Особенно это больно затронуло социально уязвимые слои населения.

Отсутствие прозрачности в вопросах предоставления гарантированных видов медицинской помощи, не позволяет осуществить, в должном объеме, адресную помощь нуждающимся лицам.

Незнание своих, гарантированных государством, прав, отсутствие конкретной информации для пациентов о бесплатности услуг, приводят, в свою очередь, к теневым поборам и недовольству населения.

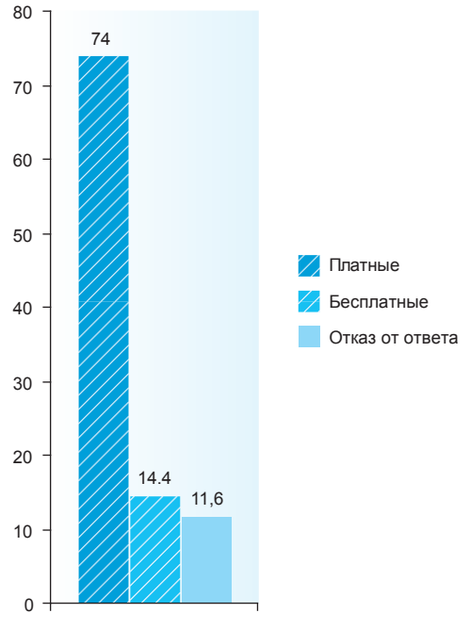
4) Распространение практики неофициальных платежей за получение медицинских услуг в государственных бесплатных медицинских учреждениях.

Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи не сбалансирована с объемом финансовых ресурсов, направляемых государством в сферу здравоохранения. Соответственно разница легально или нелегально покрывается самими пациентами.

К примеру, в республике много делается для обеспечения здоровья граждан и особенно женщин и детей. Создан международный фонд «Соглом авлод учун», разработаны ряд национальных программ, приняты законы и постановления Правительства, в которых намечены конкретные меры по охране репродуктивного здоровья, в частности женщин фертильного возраста. Из бюджета страны выделяются средства, направленные на поддержку женщин в период беременности и родов.

Диаграмма 4.8

Итоги опроса о платности услуг в роддомах



Источник: Данные ФОЗППУ

Однако результаты социологического опроса, проведенного Федерацией защиты прав потребителей Узбекистана в 2004 г., показали, что около трёх четвертей респонденток, имеющих детей до двух лет, отметили факт оплаты за все предоставленные им в родильном доме медицинские услуги. Лишь 14,4% опрошенных женщин сказали, что медицинские услуги в роддоме им были предоставлены бесплатно. 11,6% — отказались говорить об этом.

Вместе с тем, выявление такой практики, а тем более привлечение виновных лиц к ответственности осложнено нежеланием многих пациентов, заинтересованных в хорошем и качественном лечении, признаваться в таких платежах. Более того, в глазах многих пациентов и медицинских работников такая практика оправдывается невысоким уровнем заработной платы медицинских работников, неадекватно отражающим не только уровень их квалификации, но и их ответственности перед пациентом.

Общественные организации могут гласно обсуждать эти проблемы, но решить их они не могут. Более того, общественные организации осознавая объективную ограниченность возможностей госу-

дарства сегодня решать эти проблемы, резонно сдерживают остроту их давления на государственные институты.

О бессистемности в отношении предоставления различных видов медицинских услуг в учреждениях здравоохранения ярко свидетельствует положение с тарифами на них. Результаты социологических исследований показывают, что в различных медицинских учреждениях республики одни и те же услуги в одних являются платными, в других – бесплатными. В тех учреждениях, где взимается плата за медицинские услуги, тарифы различные, причём разброс и различие в цене за одни и те же услуги может быть очень большим.

5) Отсутствие научно обоснованных и утвержденных стандартов оказания многих видов медицинских услуг.

В стране необходимо завершить начатую работу по созданию единой системы стандартизации в здравоохранении в силу того, что:

- отсутствуют единые подходы к формированию нормативной базы отрасли;
- государственные обязательства по предоставлению населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи значительно шире, чем реально предоставляемое ресурсное обеспечение;
- необходимо рационально использовать ограниченные финансовые и материальные ресурсы на фоне растущей стоимости медицинской помощи;
- постоянный рост новых медицинских технологий усложняет процесс выбора и принятия врачом оптимального клинического решения;
- наблюдается тенденция увеличения стоимости и числа диагностических и лечебных процедур, назначаемых врачами, без должных на то обоснований;
- увеличивается число медицинских школ, пропагандирующих различные подходы в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации одних и тех же заболеваний.

Наряду с этим, не создана система контроля качества медицинской помощи, обеспечивающая единый стандарт оснащения, диагностики и лечения пациентов по всей территории Республики.

6) Отсутствие независимых общественных организаций, профессионально занимающихся защитой прав пациентов.

Отсутствие независимых медико-юридических структур и независимых экспертов, к которым можно было бы обратиться за помощью при нарушении прав пациентов вынуждает население

Вставка 4.11

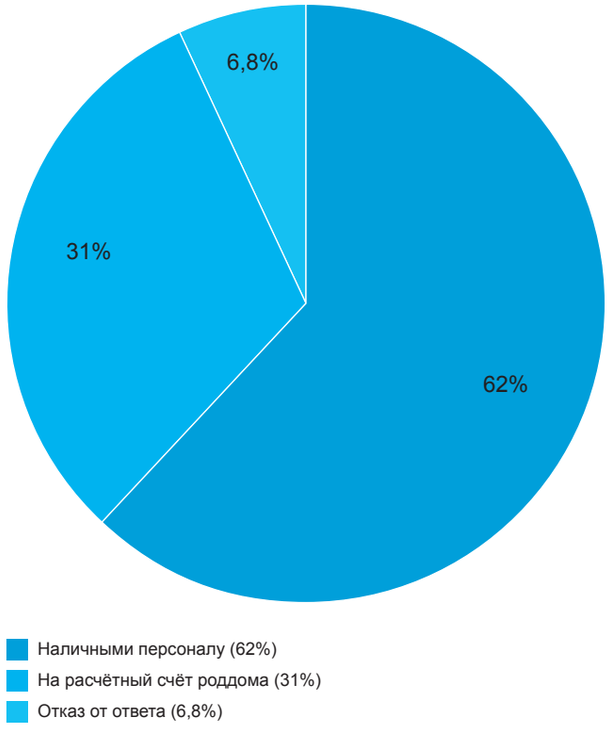
Результаты социологических опросов

Значительные различия были установлены в отношении платности/бесплатности медицинских услуг по родовспоможению в различных вилоятах и регионах республики. Так, например, в г. Ташкенте свыше трёх четвертей опрошенных женщин – 76,5% сказали, что полученные ими услуги беременных по медицинскому осмотру у врача гинеколога, были платными. В то же время, в Навоийском вилояте только 10,5% оплатили услуги врача гинеколога. Почти в полтора раза большее количество городских женщин, по сравнению с сельскими, осуществляли плату за прохождение медицинского осмотра у врача гинеколога в период беременности.

С большим трудом, принявшие в опросе участие женщины, имеющие детей до 2 лет, соглашались назвать конкретную сумму произведённой ими оплаты за медицинские услуги, предоставленные в родильном доме. Около половины респонденток – 49,3% просто отказались говорить на эту тему. 36,2% опрошенных женщин заплатили за полученные в родильном доме медицинские услуги до 50 тысяч сум. Каждой десятой опрошенной - 9,0%, медицинские услуги в роддоме обошлись в сумму от 5 000 до 10 000 сум. 3,1% - заплатили от 10 0000 до 150 000 сум, 2,4% - более 150 000 сум.

Диаграмма 4.9

Каким образом Вы осуществили оплату за медицинские услуги в роддоме?



Источник: Данные ФОЗППУ

обращаться в конечном итоге к тем, кто допустил это нарушение — райздрав, горздрав, облздрав, Минздрав и т.д.

Сегодня нельзя удовлетвориться и профессиональной готовностью адвокатов и судей защищать интересы и права пациентов. Им не хватает уверенности и специфических знаний для оценки ситуации и квалифицированного заключения в делах связанных с качеством медицинских услуг. В связи с этим, случаи нарушений прав пациентов, доведенных до судопроизводства, в большинстве остаются бездоказательными или длятся годами.

К сожалению, проведение независимой экспертизы качества медицинских услуг на сегодняшний день является большой проблемой, так как объективной оценке деятельности работников и учреждений по оказанию лечебно-профилактической помощи мешают неписанные правила рамки корпоративной солидарности. Врачи чрезвычайно неохотно дают негативное заключение о деятельности своих коллег. Пациент в данной ситуации практически остается беззащитным.

Экспертизу качества должны осуществлять по сути, профессиональные ассоциации медицинских работников, органы, лицензирующие медицинскую деятельность в порядке надзора деятельности лицензиатов по месту их деятельности с привлечением на договорной основе внештатных экспертов.

Деятельность независимых структур, профессионально занимающихся защитой прав пациентов, должна быть направлена на:

- оценку и анализ качества оказываемых медицинских услуг, участия населения в затратах на лечение;
- досудебные разбирательства: с учреждениями здравоохранения, с частнопрактикующими врачами;
- обеспечение квалифицированных консультации в сложных ситуациях;
- повышения квалификации специалистов, юристов и адвокатов, занимающихся проблемами защиты прав пациентов;
- плановые и целевые мониторинги и экспертизы качества медицинской помощи;
- повышению потребительских знаний и культуры в вопросах защиты прав пациентов.

Проведение независимого мониторинга состояния здоровья населения, в том числе со стороны ННО, объемов и качества оказываемой медицинской помощи, условий финансирования, анализа затрат граждан на медицинские услуги (в том числе теневые) необходимы для своевременного принятия управленческих решений.

Элементами реализации стратегии участия являются открытые для общественности круглые столы, конференции и семинары, социологические исследования, доступная для населения информация, освещаемая в средствах массовой информации об их правах на получение качественных услуг как в первичном звене, так и на других уровнях системы.

Это будет являться свидетельством практической значимости и действенности принимаемых нормативных, законодательных актов, положений, касающихся различных сфер и отраслей нашей социально-экономической жизни, рассмотрение их с позиций конституционных гарантий через призму закона о защите прав потребителей.

4.3 Финансирование здравоохранения

Мировой опыт. Обзор национальных моделей здравоохранения показывает достаточно большой разброс возможных схем финансирования данной отрасли. Небезынтересно отметить, что принципы страховой медицины в большинстве стран мира все же доминируют как над полностью частным, так и полностью государственным финансированием.

Несмотря на многообразие конкретных форм организации системы охраны здоровья населения, специфику экономических отношений в этой сфере жизнедеятельности общества, можно все же выделить ряд параметров, отражающих общность развития, присущую разным странам. К числу таких параметров, выражающих основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики, можно отнести:

- отношения собственности;
- способы финансирования (получения ресурсов);
- механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);
- формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной

системой экономических, политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами, но при всех различиях в системах охраны здоровья разных стран выражающие их экономические модели могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров дается специалистами, в общем, одинаково. Это: платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования, государственная медицина с бюджетной системой финансирования и система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко она представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных “Medicade” и пенсионеров “Medicare”. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Эта модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государст-

Вставка 4.12

Расходы на здравоохранение в отдельных странах мира за 2002 (%)

	Государственные расходы в % от ВВП	Частные расходы в % от ВВП
Узбекистан	9,6	2,5
Франция	7,4	2,3
Япония	6,5	1,4
Германия	8,6	2,3
Великобритания	6,4	1,3
Эстония	3,9	1,2
Турция	4,3	2,2
Украина	3,3	1,4
Испания	5,4	2,2
США	6,6	8,0
Россия	3,5	2,7
Казахстан	1,9	1,6
Кыргызстан	2,2	2,1
Китай	2,0	3,8

Источник: «Доклад о развитии человека 2005. Издательство «Весь мир»

венного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии. В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Финансирование здравоохранения в Узбекистане, как и в других республиках, имевших ранее централизованно-плановую экономику, к началу экономических реформ строилось полностью за счет государственных бюджетных средств. Как уже отмечалось, эта система обеспечивала высокую доступность населения к услугам здравоохранения, однако качество этих услуг из-за низкой технической оснащенности системы, не отвечало мировым стандартам.

Экономический кризис, поразивший СССР накануне его распада, резкое снижение доходов бюджета Узбекистана в конце 80-начале 90-х годов прошлого столетия, серьезно усугубили проблемы здравоохранения во всех его звеньях и сделали его крайне уязвимыми от общеэкономической ситуации в стране, которая до 1996 года находилась на стадии резкого спада. Недостаточное финансирование не только не позволяло внедрять новые медицинские технологии, но и поддерживать имеющуюся материально-техническую базу.

В настоящее время общий бюджет здравоохранения в стране официально не превышает 3,1% к ВВП и это является весьма небольшой величиной, учитывая, что сам объем бюджета страны также невелик.

Этот показатель, как и непосредственно государственные расходы на здравоохранение, составляющие по отношению к ВВП 2,3%, имеет негативную динамику. В определенной степени, это связано со снижением налогового бремени на хозяйствующие субъекты в связи с проводимыми экономическими реформами. Соответственно уменьшается доля доходов и расходов всего государственного бюджета в ВВП. Вместе с тем, государство не снижает внимания к здравоохранению, что подтверждается ростом государственных расходов на здравоохранение в общем объеме расходов бюджета.

Хотя государственные расходы на здравоохранение в Узбекистане заметно меньше тех, которые выделяют развитые страны мира, однако они сопоставимы и даже несколько выше расходов государств, находящихся в сходных социально-экономических условиях, в том числе государств СНГ.

Необходимость адаптации системы здравоохранения к рыночным реформам потребовала начать серьезные реформы и в системе финансирования отрасли. Не случайно среди прочих направлений реформы здравоохранения, начавшейся в 1998 году, стало внедрение системы смешанного финансирования, в первую очередь, за счет поэтапного введения платной медицины.

Руководителям медицинских учреждений было предоставлено право зарабатывать дополнительные доходы от сдачи в аренду пустующих и временно неиспользуемых зданий лечебно-профилактических учреждений, помещений, производства и реализации услуг по профилю деятельности, получения спонсорской помощи, оказываемой юридическими и физическими лицами. Предоставлено право формирования Фонда развития за счет сэкономленных бюджетных средств. Средства Фонда развития организации разрешено направлять для выполнения мероприятий по укреплению материально- технической базы, по социальному и материальному стимулированию работников, приоритетное погашение кредиторской задолженности.

Дополнительными финансовыми источниками стало введение частично платного для пациентов стационаров питания и получения медикаментов. Хотя доля этих средств в структуре финансирова-

Вставка 4.13

Источники финансирования здравоохранения в Республике Узбекистан

Согласно статье 9 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» основными источниками финансирования системы здравоохранения республики являются:

- средства государственного бюджета;
- средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- средства лечебно-профилактических учреждений, полученные за оказание медицинской помощи сверх гарантированного государством объема и за оказание платных услуг;
- добровольные и благотворительные взносы учреждениям здравоохранения от предприятий, учреждений, организаций, общественных объединений и физических лиц;
- кредиты банков;
- иные источники, не запрещенные законодательством.

ния здравоохранения пока не велика, но она ежегодно растет.

Наряду с государственным, стало развиваться и частное здравоохранение. Оно развивается, в первую очередь, в форме частных клиник, в том числе созданных на базе приватизированных медицинских учреждений, а также частнопредпринимательской медицинской деятельности. Более 200 лечебно-профилактических учреждений, ранее финансировавшихся из государственного бюджета, к 2005 году переведены на полное самофинансирование.

Для защиты уязвимых слоев населения от высокого финансового бремени по оплате услуг здравоохранения, государство определило виды медицинских услуг, прежде всего, в сфере первичной медицинской помощи, которые должны предоставляться населению бесплатно за счет бюджетных средств. В их состав вошли амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, услуги родовспоможения, экстренной медицинской помощи, лечение социально-значимых болезней, медицинские услуги детям до 14 лет, в том числе вакцинация и лечение инфекционных заболеваний. В частных клиниках не менее 20% услуг также должны оказываться бесплатно наиболее уязвимым слоям населения — пенсионерам, инвалидам, детям, гражданам из малообеспеченных семей, с возмещением их стоимости за счет государственных бюджетных средств.

Широкий спектр услуг первичной медицинской помощи, а также отсутствие системы медицинского страхования обусловливают то, что финансирование здравоохранения республики по-прежнему осуществляется преимущественно за счет бюджетных средств. При этом более чем на 80%, финансирование здравоохранения осуществляется за счет местных бюджетов. Бюджетные средства направляются на текущие расходы учреждений здравоохранения, проведение капитального и текущего ремонта, приобретение оборудования и оснащения, осуществление нового строительства объектов и т. д.

Изменилась структура затрат государственного бюджета в здравоохранении с увеличением доли на оказание медицинских услуг в первичном звене здравоохранении в 2,2 раза и для проведения профилактических мероприятий – почти в два раза. С 2006 года предусмотрено дополнительно стимулировать тех работников здравоохранения, которые наиболее полно удовлетворяют потребности населения, и повысить зарплату медработников в среднем 1,3 раза.

Наряду с бюджетными и частными источниками

Вставка 4.14

Привлечение средств МФИ в развитие здравоохранения Узбекистана

Успешно завершен проект, осуществляемый за счет кредитных средств Всемирного банка «Здоровье-1», направленный на реформирование первичного звена здравоохранения. Проект был направлен на обеспечение технического оснащения сельских врачебных пунктов ряда областей, а также на совершенствование системы управления и финансирования здравоохранения с учетом рыночных условий. В результате осуществления проекта создана нормативная база для перехода на более эффективную систему финансирования, основанную на количестве обслуживаемого населения. Повсеместное внедрение этой системы должно позволить направлять больше средств в первичное звено здравоохранения, для обслуживания женщин и детей, рационализировать структуру расходов бюджетных средств и т.д. Так, на примере Ферганской области относительная доля расходов учреждений первичной медико-санитарной помощи увеличилась с 13,6% от общих расходов на здравоохранение, имевших место до эксперимента, до 24,3% в результате эксперимента.

С участием **Азиатского банка развития (АБР)** осуществляется проект общей стоимостью 70 млн долл. США, из которых льготный кредит, выделяемый АБР составляет 40 млн. долл. США, направленный на совершенствование системы охраны материнства и детства, укрепление материально- технической базы учреждений родовспоможения, гематологической службы. Проект будет реализован в 6 пилотных регионах, а также в гематологических центрах и станциях переливания крови на национальном уровне.

В целях углубления процесса реформирования первичного звена здравоохранения, внедрения общей врачебной практики по всей республике и апробирования городской модели первичной медицинской помощи в городах Ташкенте, Самарканде, Гулистане и Маргилане реализуется проект «Здоровье – 2» с участием **Международной ассоциации развития (МАР)**. Общая стоимость проекта - 118,1 млн долл.США, в том числе за счет кредита МАР в сумме 39,5 млн долл. США.

Для дальнейшей реализации Государственной программы реформирования системы здравоохранения, укрепления материально-технической базы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и его филиалов в областях подписано соглашение с **Исламским банком развития (ИБР)** по оснащению этих учреждений оборудованием в объеме на 23,8 млн долл. США. Подписано соглашение с **КФАЭР** для оснащения оборудованием 171 отделений экстренной медицинской помощи в крупных центральных районных и городских больницах.

С КНР заключен контракт на поставку диагностического оборудования и их установку в онкологических диспансерах республики, прорабатываются вопросы с МФИ по оснащению оборудованием областных детских больниц, создания и оснащения областных консультативно-диагностических центров и др.

Между Правительством республики и ВБ развития подписано соглашение о предоставлении гранта для осуществления проекта «Национальная программа по фортификации муки», направленного на повышение эффективности мер по снижению заболеваемости железодефицитной анемией, с **Глобальным Фондом** — грант для борьбы с СПИД на 24,6 млн долл. США, туберкулезом – на 12,6 млн долл. США, малярией – на 2,5 млн долл. США

финансирования здравоохранения, заметную роль стали играть средства МФИ. Только за период 1998-2005 гг. система здравоохранения республики получила 84,66 млн.долл.США, в том числе – около 55 млн.долл.США кредитных средств с возвратом их в последующем за счет государственного бюджета и 29,6 млн долл. США – грантов. Эти средства были направлены для оснащения медицинских учреждений оборудованием, выполнения программ борьбы с туберкулезом, реформирования первичного звена сельского здравоохранения в пяти регионах республики, улучшения подготовки медицинских кадров общей практики и т.д.

Проблемы финансирования здравоохранения. Основными проблемами в финансировании здравоохранения является недостаточность финансовых ресурсов и их неэффективное использование. Выделение бюджетных средств происходит не в зависимости от численности обслуживаемого населения, качества и объема оказываемых услуг, а от базового уровня средств, выделявшихся в предыдущие периоды.

Эти недостатки приводят к тому, что:

- большинство ЛПУ регионов финансируются с дефицитом от потребности, что приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи. Имеют место региональные различия в показателях душевых расходов на здравоохранение;
- из выделенных финансовых средств значительная доля направляется на оплату труда медицинских работников и хозяйственные расходы, тогда как расходы на приобретение медикаментов, оборудования ежегодно снижаются;
- отстает от требуемых стандартов состояние материально – технической базы учреждений здравоохранения, обеспеченность современным оборудованием, специализированным автотранспортом, средствами связи, информационным обеспечением лечебно- диагностического процесса современными технологиями, компьютерной техникой;
- в лечебно-профилактических учреждениях из 100 тыс. единиц медицинского оборудования и техники 80% морально устаревшие, 3% требуют ремонта, 2% подлежат списанию. Наибольшее количество оборудования, подлежащего ремонту и обновлению, находится в медицинских учреждениях Самаркандской, Андижанской, Наманганской и Джизакской областей;
- многие здания медицинских учреждений нуждаются в капитальном и текущем ремонте, лучшем обеспечении холодной и горячей водой, телефонизации. По данным Госкомстата 1,5% зданий больниц и самостоятельных поликлиник находятся в аварийном состоянии, требуют ремонта более 20% зданий больниц и 14% самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений. Наибольшее число зданий учреждений здравоохранения, требующих технического улучшения, размещено в Кашкадарьинской, Джизакской областях и Республике Каракалпакстан.

Недостаточность и неэффективный механизм финансирования системы здравоохранения усугубляется невысоким уровнем доходов населения, не позволяющим значительной его части при необходимости лечиться не только в платных медицинских учреждениях, но и в учреждениях со смешанными формами финансирования. Особенно дорогостоящими для населения оказываются хирургические вмешательства, диагностические обследования, а также лекарственные средства.

Вставка 4.15

Особый порядок финансирования специализированных республиканских центров

Финансирование республиканских специализированных центров осуществляется на смешанной основе - за счет средств государственного бюджета на их текущее содержание, которые ежегодно сокращаются в виду поэтапного перехода всех центров с 2008 г. на самофинансирование и самоокупаемость, а также собственных доходов и привлекаемых грантов, спонсорских средств.

Установлены порядок и тарифы оказания населению высококвалифицированной медицинской помощи на платной основе, бесплатного лечения льготного контингента больных, поэтапного перехода Центров на принципы самофинансирования и самоокупаемости.

Эти центры освобождены от уплаты всех видов налогов и таможенных платежей (кроме сборов за таможенное оформление) за ввозимые для собственных нужд медицинское оборудование и инструменты сроком на 10 лет до 31 декабря 2012 года, с целевым направлением высвобождаемых средств на развитие и оснащение Центра. Только за 2004 год объем средств, оставшихся в распоряжении центров составил 149,8 млн сум, что выше 2003 г. в 3 раза, а в 2005 г. – 273,5 млн сум или в 1,8 раз больше чем в 2004 г.

Для дальнейшего упорядочения оказания специализированной медицинской помощи в центрах определены квоты и порядок возмещения расходов на лечение экстренных больных. Для центра хирургии квота определена в размере 2%, для центра микрохирургии глаза – 3%, для центра кардиологии – 5%, для центра урологии – 8%. Начиная с 1 июля 2004 года, госпитализация экстренных больных осуществляется по утвержденным нормативам и урегулирован порядок возмещения расходов по оказанию экстренной медицинской помощи.

Таблица 4.7

Общие расходы на здравоохранение в Узбекистане за 1998-2005 годы (млрд. сум)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Бюджетные расходы	41,7	59,7	81,9	125,6	180,6	234,2	277,4	361,9
Платные услуги*	1,7	2,5	4,4	8,1	12,3	16,9	27,1	34,7
Спонсорская помощь**	0,1	1,1	1,2	2,5	1,6	3,0	2,4	2,2**
Платное питание в стационарах**	0,6	0,8	0,7	0,9	1,2	1,57	1,3	1,7**
Итого	43,9	63,8	87,4	134,7	195,73	256,3	308,1	393,3
% от внебюджетных средств	5	6,4	6,3	6,7	7,7	8,6	10,0	8,6

*Источник: * Данные Минфина РУз, ** Данные Минздрава РУз*

Таблица 4.8

Удельный вес финансирования здравоохранения за счет местного бюджета (в %)

	1998	2000	2002	2003	2004	2005
Государственные расходы на здравоохранеиие (в%)	100	100	100	100	100	100
В том числе за счет:						
Республиканского бюджета	19,3	12,8	11,9	12	12,04	11,9*
Местного бюджета	80,7	87,2	88,1	88	87,96	88,1*

*Источник: Данные Минфина РУз, * Данные Минздрава РУз*

Таблица 4.9

Структура текущих затрат в отрасли здравоохранения за счет государственного бюджета (в% от общих расходов)

Структура текущих затрат	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Стационарная помощь	72,0	68,4	46,4	45,7	46,8	46,0	45,3	43,6
Амбулаторно-поликлиническая помощь	20,3	23,7	42,8	44,8	43,7	43,2	44,2	45,3
Профилактическая работа	4,2	4,8	4,9	4,9	5,0	4,9	4,9	5,1
Эпидмероприятия	0,6	0,7	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Прочие расходы	2,9	2,4	5,5	4,2	4,1	5,5	5,2	5,5

Источник: Данные Минздрава РУз

Таблица 4.10

Доля расходов государственного бюджета в здравоохранении (%)*

Наименования текущих расходов (все 100%)	1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005**
Заработная плата с начислением	52,8	58,5	58,0	61,3	61,7	60,0	65,4
Приобретение медикаментов	10,4	9,9	9,97	9,4	8,9	8,3	8.7
Питание в больницах	8,8	8,4	9,3	9,2	8,2	7,5	6.1
Прочие расходы	15,8	15,1	14,97	14,05	15,3	15,1	13,5
Приобретение оборудования	6,4	0,4	0,2	0,15	0,4	4,3	3.3
Приобретение мягкого инвентаря	1,1	3,0	3,6	3,0	2,3	0,1	0,3
Капитальный ремонт	3,1	4,7	3,96	2,9	3,2	4,7	2,7

*Источник: * Данные Минфина РУз, ** Данные Минздрава РУз*

Таблица 4.11

Расходы на здравоохранение Республики Узбекистан 1998-2005 гг. (в %)

	1998	2000	2001	2002	2003	2005
Общие расходы на здравоохранение (в % к ВВП)	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	3,1
Государственные расходы (в % от общих государственных расходов)	8,9	8,7	9,6	9,4	9,6	10,6
Государственные расходы (в % от ВВП)	2,9	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3

Источник: Данные Госкомстата РУз

Вставка 4.16

Рекомендации по совершенствованию системы финансирования:

- утвердить и внедрить основной пакет оказываемых медицинских услуг и перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинской помощи на всех этапах их оказания;
- сбалансировать объемы, структуру гарантируемой медицинской помощи и необходимых для их реализации бюджетных финансовых средств;
- завершить переход на новую систему бюджетного финансирования регионов - на подушевой принцип финансирования в первичном звене здравоохранения, а в стационарах - на пролеченный случай с введением корректировок на демографические показатели, половозрастную структуру, заболеваемость населения, климато-географические особенности регионов, что создаст предпосылки для ориентации на конечные показатели здоровья населения и поиск новых эффективных вариантов использования имеющихся ресурсов;
- перенаправить финансовые ресурсы со специализированных услуг в сферу профилактических мероприятий и пропаганды здорового образа жизни, а также на первичную медицинскую помощь;
- в целях обеспечения конституционных прав населения на охрану здоровья и медицинскую помощь запретить оказание платных услуг в учреждениях, оказывающих бесплатную медицинскую помощь (провести реструктуризацию учреждений здравоохранения с выделением учреждений, оказывающих бесплатную медицинскую помощь);
- перейти на всей территории республики в целях контроля и достоверности источников финансирования и их использования на Национальную систему счетов здравоохранения.

4.4 Повышение качества медицинских услуг

Стратегия улучшения здоровья населения в нынешнем веке не мыслима без коренного улучшения качества медицинских услуг. В предыдущих разделах доклада приводились данные опросов населения, которое часто крайне недовольно качеством лечения и медицинского обслуживания.

Разработка и внедрение концепции повышения качества является мощной стратегией процесса реформирования системы здравоохранения и требует поэтапной адаптации системы к новым социально-экономическим условиям, новым технологиям и научным знаниям. Это, в свою очередь, предполагает тщательное изучение многочисленных компонентов системы здравоохранения и их влияния на качество медицинских услуг. Существенное значение имеет анализ механизмов, существующих в системе здравоохранения Республики, способствующих повышению качества медицинской помощи и улучшению работы всех подразделений здравоохранения.

Качество медицинской помощи – многофакторная задача. Решение этой задачи в значительной степени зависит от:

- компетентности специалистов;
- использования новейших достижений науки при оказании медицинских услуг;
- применения современного оборудования, аппаратуры, инструментария, применяющегося в ходе лечения;
- наличия эффективных лекарственных препаратов и схем их применения;
- организации эффективной системы информационного обеспечения.

Процесс обеспечения требуемого качества во многом зависит от умения управления этим процессом – управления ресурсами и технологией медицинской помощи для достижения лучших результатов в показателях текущего и будущего состояния здоровья населения по сравнению с предыдущим.

Ограниченность ресурсов – лишь условия, а не барьер для развития и совершенствования методологии управления качеством – чем меньше ресурсов, тем эффективнее должна работать система здравоохранения для удовлетворения потребностей населения.

Обеспечение высокого качества медицинских услуг означает обеспечение ожидаемого уровня медицинской помощи в соответствии с предопределенными критериями. Важным инструментом управления медицинской помощью является система оценки ее качества, которая формируется путем мониторинга состояния здоровья населения. Показатели здоровья населения являются базой для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения существующей потребности населения в различных видах медицинских услуг. Эта взаимозависимость является обоюдной, поскольку здравоохранение, в свою очередь, в значительной степени влияет на здоровье населения.

В Узбекистане действует многоплановая система мониторинга здоровья населения, которая в

целом соответствует международным стандартам. Имеется соответствующая законодательная и нормативная база, обеспечивающая возможности слежения за тенденциями здоровья населения и, при необходимости, вмешательства в его поддержание. К недостаткам сложившейся системы сбора и обработки медицинской информации следует отнести избыточность статистических данных при недостаточной их надежности, слабые аналитические возможности, отраслевая раздробленность, нередко дублирование, недостаточный уровень автоматизации сбора и обработки статистического материала.

Между тем, контроль качества медицинской помощи в Узбекистане, в основном, носит внутриведомственный характер. Контролирующие функции и управляющие решения выполняются в рамках строгой, но довольно инертной системы должностных инструкций, методических рекомендаций, приказов.

Основными факторами, пока еще негативно влияющими на качество медицинской помощи в стране, являются:

Организация и управление системой здравоохранения. Реализация государственной программы реформирования системы здравоохранения диктует необходимость реструктуризации старой системы здравоохранения в целях улучшения качества медицинских услуг и здоровья населения в целом.

Внедрение общеврачебной практики (ВОП) определено в числе приоритетных направлений реформирования здравоохранения республики. Переход к системе ВОП продиктован необходимостью внедрения экономичных и эффективных форм медицинской помощи и создания условий для интегрированного ведения пациента, его здоровья и болезни. Между тем, число врачей общей практики составляет всего 6,3% от общего количества врачей лечебного профиля.

Анализ деятельности лечебных учреждений свидетельствует о наличии недостатков в организации работы амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. Прежде всего, недостаточно обеспечена приоритетность и главенствующая роль внебольничной медицинской помощи, что обуславливает недостаточную затратную эффективность всего здравоохранения. Сложилась деформированная идеология, что необходимую диагностическую и лечебную помощь можно получить только в стационарных условиях. Этому в значительной степени способствуют доминирующие организационные принципы здравоохранения.

Вставка 4.17

ВОЗ о качестве медицинских услуг

Всемирная Организация Здравоохранения (1991г.) определила следующие задачи системы обеспечения качества медицинской помощи:

- каждый пациент должен получать такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья результатам;
- медицинская помощь должна соответствовать уровню медицинской науки и таким биологическим факторам, как его возраст, заболевание и реакция на выбранное лечение;
- результаты должны быть достигнуты путем расходования минимальных средств;
- пациент должен получать максимальное удовлетворение от проводимого медицинского вмешательства помощи;
- максимальными должны быть взаимодействия пациента с системой медицинской помощи, а также полученными результатами.

Следует провести серьёзную реструктуризацию стационарной службы. Во избежание раздробленности диагностических подразделений и вспомогательных служб ЦРБ, следует серьёзно задуматься о размещении всех подразделений, в том числе и центральных районных поликлиник на одной территории.

Профессиональная компетентность медицинского работника. Любые реформы, направленные на улучшение качества медицинской помощи, не могут проводиться без высококвалифицированных врачей и непрерывного повышения их профессиональной компетентности.

В настоящее время невысокий и даже снижающийся уровень квалификации основного контингента врачей и обслуживающего медицинского персонала вызывает большую тревогу. Из общего количества врачей — 17,8% имеют высшую, 30,4% — первую и 3% — вторую квалификационную категорию. Тревожным является тот факт, что каждый четвёртый врач в республике не повышает квалификацию на курсах усовершенствования в течение 10 и более лет.

Имеет место большая дифференциация врачей по их квалификации: наиболее квалифицированные врачи сосредоточены в узкоспециализированных столичных клиниках, отдельных клиниках областных центров, в подразделениях экстренной медицинской помощи. Вместе с тем, даже в этих клиниках число высококвалифицированных врачей крайне недостаточно. В большинстве других медицинских учреждениях уровень квалификации медицинского персонала не отвечает современ-

ным требованиям, приводит к многочисленным ошибкам при лечении пациентов.

Имеются факты низкого уровня медицинской помощи и в частных клиниках, в которых относительно высокая комфортность процесса лечения и высокая стоимость медицинских услуг не всегда сопровождается высоким качеством медицинской помощи.

Одним из основных источников профессиональных знаний и навыков являются медицинские ВУЗы и учреждения последипломного образования. Для повышения качества подготовки специалистов медицинского профиля формирования эффективной системы до — и последипломного медицинского образования в вузах страны:

- учебные программы приводятся в соответствие с нуждами и требованиями первичного звена здравоохранения (практикой семейной медицины);
- внедряется система непрерывного обновления информации в соответствии с научными данными (рекомендуемой медициной, основанной на доказательствах);
- разрабатывается система непрерывного обучения специалистов;
- совершенствуются методы образования с использованием принципов многокомпонентной системы оценки знаний (тестирование, структурированные клинические экзамены, оценка навыков ведения пациентов);
- студенты и специалисты знакомятся с понятиями и методами, используемыми в доказательной медицине (критическая оценка информации, дизайн клинических исследований, статистика).

Вместе с тем, имеются многочисленные проблемы с качеством и методикой преподавания, с уровнем квалификации самих преподавателей, недостаточностью учебников, мультимедийных материалов на доступном для обучающихся языке, возможности доступа к современной международной медицинской информации через медицинские периодические издания, сеть Интернет.

Однако было бы неправильным возлагать ответственность за профессиональную компетентность специалистов только на учреждения образования, так как многое зависит от самого специалиста и от его заинтересованности в улучшении качества оказываемых услуг, а также от наличия объективных стандартов лицензирования (разрешения на медицинскую практику) и сертификации (признание компетентности) медицинских работников.

Мотивация медицинских работников к оказанию качественных услуг. Медицинские работники, как и другие специалисты, нуждаются в постоянном поощрении своей деятельности. Необходимо, чтобы все мероприятия по мотивации деятельности были ясными и понятными для каждого специалиста первичного звена. К основным мероприятиям по созданию такой системы можно отнести следующие:

- укрепление кодекса этических норм и роли профессиональных ассоциаций (ассоциации врачей общей практики) в его применении;
- создание системы оплаты труда медицинских работников, соответствующей общественной значимости здравоохранения в обществе;
- повышение ответственности медицинских работников за качество оказанных медицинских услуг;
- предоставление медицинским работникам дополнительных форм стимулирования в отдалённой сельской местности (выделение земельных участков, долгосрочных беспроцентных кредитов на строительство жилья и т.д.), включая социальную защиту и льготы (оплата проезда, коммунальных услуг);
- применение современных методов управления для создания объективной системы поощрения, включая приём на работу на конкурсной основе, поощрение специалистов, оказывающих качественную медицинскую помощь и чёткое распределение должностных обязанностей работников.

Доступ медицинских работников к ресурсам и информации для осуществления качественной профессиональной деятельности. Объём информации в медицине достиг огромных размеров. Медицинский работник должен иметь постоянный доступ к современным и научно обоснованным данным. Доказательная медицина в настоящее время является тем инструментом, который позволяет дать чёткий ответ, какая информация является достоверной и объективной, а какая лишь псевдонаучной. Для обеспечения доступа к информации и правильной её оценки можно предложить следующие мероприятия:

- разработка системы обеспечения медицинских учреждений периодическими медицинскими изданиями;
- создание электронной базы данных национальных клинических руководств и протоколов для первичного звена здравоохранения по различным отраслям;
- создание постоянно обновляемой базы данных эффективных клинических вмешательств и диагностических процедур;

- создание справочников по рациональному использованию лекарственных препаратов;
- проведение тренингов для обучения специалистов навыкам поиска информации и критической оценки научных данных;
- организация при центральных районных больницах (ЦРБ) информационных центров с доступом в сеть Интернет и базам данных научной информации и информации, связанной с организационной деятельностью.

Особая роль в этом процессе принадлежит Республиканскому центру доказательной медицины при Ташкентском институте усовершенствования врачей, который является координирующим информационным центром, обеспечивающим специалистов достоверной научной информацией, как через свой веб-сайт, так и печатные продукты и учебные курсы.

Доступ к информации должен включать не только доступ к научной информации, но и информации организационного характера, статистическим данным, информации по наличию вакансий и грантов.

Деятельность, направленная на улучшение качества медицинских услуг. Разработка научно-обоснованных стандартов и мониторинг являются мероприятиями, обеспечивающими повышение качества медицинской помощи. Разработанные руководства и протоколы могут стать источником индикаторов качества медицинской помощи для проведения мониторинга. Мониторинг качества медицинской помощи включает следующие этапы:

- Разработка стандартов эффективной помощи в первичном звене здравоохранения (на основе национальных клинических руководств и протоколов);
- Внедрение разработанных стандартов в существующую клиническую практику (распространение клинических руководств и протоколов);
- Оценка достигнутых изменений в практике оказания помощи (проведение анкетирования пациентов, медицинского персонала, анализ амбулаторных карт, статистических данных);
- Сравнение полученных данных с выбранными стандартами качества медицинской помощи;
- Планирование мероприятий по улучшению качества медицинской помощи;

Мониторинг является непрерывным процессом и полностью вписывается в модель улучшения качества медицинских услуг. Система мониторинга должна постоянно пополнять информацию о качестве медицинских услуг. Она должна оказывать содействие заинтересованным лицам в координировании своей деятельности по улучшению качества путём направления усилий вплотную к медицинским работникам и учреждениям.

Процесс улучшения качества медицинских услуг предусматривает межсекторальное сотрудничество с обязательным привлечением потенциальных потребителей медицинской помощи (пациентов), заинтересованных министерств и ведомств, профессиональных неправительственных организаций, местных органов самоуправления, а также представителей средств массовой информации.

Таким образом, профилактическая медицина, внедрение концепции здорового образа жизни, повышение качества медицинских услуг – эта та стратегическая триада развития системы здравоохранения, которая должна обеспечить улучшение здоровья населения Узбекистана в XXI веке.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Перечень законов Республики Узбекистан, принятых в сфере охраны здоровья граждан

1. Конституция Республики Узбекистан – статья 40
2. Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» от 29.08.1996 г. № 265-I
3. Постановление Олий Мажлиса Республики Узбекистан от 29.08.1996 г. № 266-I "О введение в действие Закона Республики Узбекистан "Об охране здоровья граждан"
4. Закон Республики Узбекистан от 03.07.1992 г. № 657-XII "О государственном санитарном надзоре"
5. Постановление Верховного Совета Республики Узбекистан от 03.07.1992 г. "О порядке введения в действие Закона Республики Узбекистан "О государственном санитарном надзоре"
6. Закон Республики Узбекистан от 09.12.1992 г. № 753-XII "О принудительном лечении больных хроническим алкоголизмом или наркоманией"
7. Закон Республики Узбекистан от 19.08.1999 г. № 813-I "О наркотических средствах и психотропных веществах"
8. Закон Республики Узбекистан от 25.04.1997 г. № 415-I "О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности"
9. Закон Республики Узбекистан от 31.08.2000 г. № 123-II "О психиатрической помощи"
10. Закон Республики Узбекистан от 11.05.2001 г. № 215-II "О защите населения от туберкулеза"
11. Закон Республики Узбекистан от 19.08.1999 г. № 816-I "О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"
12. Закон Республики Узбекистан от 30.08.2002 г. № 402-II "О донорстве крови и ее компонентов"
13. Закон Республики Узбекистан «О качестве и безопасности пищевой продукции» от 30.08.1997 г.

Указы и постановления Президента Республики Узбекистан

1. Постановление Президента Республики Узбекистан от 23.01.2006 г. № ПП-266 "О программе "Год благотворительства и медицинских работников"
2. Постановление Президента Республики Узбекистан от 01.12.2005 г. № ПП-229 "О совершенствовании системы оплаты труда медицинских работников"
3. Указ Президента Республики Узбекистан от 19.07.2005 г. № УП-3629 "Об образовании Ташкентской медицинской академии"
4. Указ Президента Республики Узбекистан от 26.02.2003 г. № УП-3214 "О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения"
5. Указ Президента Республики Узбекистан от 10.11.1998 г. № УП-2107 "О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан"
6. Указ Президента Республики Узбекистан от 02.03.1998 г. № УП-1933 "Об усилении ответственности за нарушение санитарного законодательства"
7. Указ Президента Республики Узбекистан от 14.07.1994 г. № УП-916 "Об упорядочении реализации лекарственных средств в республике"

Постановления и распоряжения Правительства

1. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25.01.2005 г. № 30 "О Государственной программе "Год здоровья"
2. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 21.12.2005 г. № 276 "Об утверждении усовершенствованной системы оплаты труда медицинских работников"
3. 10. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 28.09.2005 г. № 217 "О мерах по дальнейшему реформированию системы финансирования и управления учреждений здравоохранения Республики Узбекистан"
4. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 08.06.2004 г. № 264 "О мерах по завершению эксперимента и углублению реформ в системе здравоохранения"
5. 12. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 23.04.2004 г. № 195 "О мерах по дальнейшему развитию государственной системы "Скрининг матери и ребенка"

6. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25.08.2003 г. № 365 "Об утверждении Положения о медицинском обследовании лиц, вступающих в брак"
7. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 05.07.2002 г. № 242 "О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождения и воспитания здорового поколения"
8. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25.01.2002 г. № 32 "О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения"
9. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 22.08.2002 г. № 298 "О мерах по дальнейшему развитию и укреплению материально-технической базы службы скорой медицинской помощи на 2003-2005 годы"
10. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 21.02.2002 г. № 63 "О мерах по укреплению материально-технической базы службы скорой медицинской помощи"
11. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 30.03.2000 г. № 118 "О мерах по укреплению научно-технического потенциала системы здравоохранения республики"
12. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 15.02.2000 г. № 46 "О Государственной программе "Здоровое поколение"
13. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 05.08.2000 г. № 307 "О дополнительных мерах по обеспечению внутреннего рынка лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения"
14. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 24.08.1999 г. № 401 "О расширении сети специализированных лечебно-профилактических учреждений для лечения больных хроническим алкоголизмом или наркоманией"
15. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 21.12.1999 г. № 538 "О мерах по дальнейшему расширению ассортимента и объемов производства лекарственных средств и изделий медицинского назначения в республике"
16. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 14.01.1999 г. № 18 "О совершенствовании управления в системе здравоохранения Республики Узбекистан"
17. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 01.04.1998 г. № 140 "О создании Государственной системы раннего выявления врожденной и другой патологии у новорожденных и беременных женщин для предупреждения рождения инвалидов с детства "Скрининг матери и ребенка"
18. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 12.11.1998 г. № 473 "О мерах по улучшению медицинского обслуживания населения Андижанской и Ферганской областей"
19. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 08.04.1998 г. № 147 "О мерах по повышению эффективности государственного санитарного надзора"
20. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 20.02.1997 г. № 96 "Об утверждении перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"
21. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 20.03.1997 г. № 153 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и установлении льгот лицам, страдающим ими"
22. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 06.08.1997 г. № 390 "О мерах по улучшению психиатрической помощи населению"
23. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 02.12.1997 г. № 532 "О совершенствовании системы финансирования лечебно-профилактических учреждений"
24. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 31.12.1997 г. № 583 "О мерах по укреплению нейрохирургической службы республики"
25. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 14.08.1996 г. № 283 "О мерах государственной поддержки развития медицинской и фармацевтической промышленности в Республике Узбекистан"
26. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 22.02.1996 г. № 71 "О создании системы медико-социального патронажа в Республике Узбекистан"
27. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 25.05.1995 г. № 181 "О государственном контроле качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и продуктов лечебно-профилактического питания"
28. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 22.11.1994 г. № 562 "О мерах по обеспечению детей вакцинами"
29. Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 06.08.1994 г. № 404 " О неотложных мерах по улучшению снабжения и распределения лекарственных средств и изделий медицинского назначения в республике"

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1

Индекс развития человеческого потенциала

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	69,1	69,2	70,1	69,9	71,1	70,8	71,3	71,2	71,6	72,5
Уровень грамотности взрослого населения, в процентах	98,96	99,06	99,13	99,15	99,16	99,17	99,18	99,19	99,20	99,31
Срок обучения, лет	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,5	11,6	11,6	11,7
Показатель грамотности	0,990	0,991	0,991	0,992	0,992	0,992	0,992	0,992	0,992	0,993
Показатель обучения	0,76	0,76	0,76	0,76	0,76	0,76	0,77	0,77	0,77	0,77
Уровень образования	2,74	2,74	2,74	2,74	2,74	2,74	2,74	2,74	2,76	2,75
Реальный ВВП на душу населения (ППС $) *	1973	2004	2105	2188	2301	2422	2460	2578,5	2668,1	2834,8
Индекс ожидаемой продолжительности жизни	0,735	0,737	0,752	0,748	0,768	0,763	0,772	0,770	0,777	0,792
Индекс достигнутого уровня образования	0,913	0,913	0,913	0,913	0,913	0,913	0,913	0,913	0,917	0,917
Индекс ВВП	0,498	0,500	0,508	0,515	0,523	0,532	0,535	0,542	0,548	0,558
Значение индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП)	0,715	0,717	0,724	0,725	0,735	0,736	0,740	0,742	0,747	0,756
Индекс развития с учетом гендерного фактора (ИРГФ)	0,704	0,705	0,714	0,717	0,727	0,733	0,736	0,738	0,743	0,752
Показатель расширения возможностей женщин (ПРВЖ)	0,351	0,368	0,371	0,364	0,373	0,382	0,378	0,380	0,411	0,468
Ранг страны по Отчету о Человеческом Развитии	104	-	92	106	-	-	101	107 **	-	

* С 1995 по 2000 гг. — актуализированные данные — по паритетам покупательной способности национальной валюты в текущих ценах (Человеческое развитие в Казахстане, Алматы 2001 г., с.92).
За 2001 г. — Доклад о развитии человека за 2003 г., с. 238;
За 2002-2004 гг. – наши расчеты. Расчеты произведены методом глобальной экстраполяции на уровне ВВП
** Доклад о развитии человека 2004 г. Издат-во "Весь мир" стр. 63

Таблица 2

Гуманитарное развитие

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ученые и техники (на 10 000 человек)	12,3	12,2	11,0	11,0	11,0	11,2	10,9	11,3	10,9	10,7
Количество поступивших в учебные заведения (процент в возрасте от 7 до 22)	76,0	76,0	76,0	76,0	76,0	76,0	76,7	77,3	77,3	76,5
Общий показатель поступлений в вузы (на 1 000 человек)	8,4	7,1	6,7	6,6	6,8	7,4	8,2	9,1	9,9	10,1
в процентах к постоянному населению	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0
в том числе женщины	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Ежедневные газеты (количество копий на 100 человек)	7	6	7	7	8	7	8	9	8	8

Таблица 3

Человеческие бедствия

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общий уровень безработицы (в процентах)	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
Дорожно-транспортные травмы (на 100 000 человек):										
погибших	8,4	8,6	8,8	8,6	8,6	8,6	8,6	8,2	8,0	7,8
раненных	50,3	48,9	48,2	48,7	48,9	47,4	47,3	45,2	44,5	44,2
Испарения серы и азота (кг NO^2 и SO^2 на душу населения)	21,0	20,6	20,3	18,2	18,2	16,7	14,3	14,0	13,1	12,4
Зарегистрировано преступлений (на 10 000 человек)	29,4	28,4	28,3	28,7	30,9	29,9	29,7	30,4	31,2	30,5
из них:										
умышленных убийств и покушений на убийство	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
умышленных тяжких телесных повреждений	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,5
Умышленные убийства, совершенные мужчинами *	3,5	3,7	3,0	3,2	3,1	3,0	2,8	3,4	3,0	2,6
Заявленные случаи изнасилования *	2,5	2,6	2,1	2,2	2,3	1,7	1,9	1,9	2,1	1,8

* На 100 000 населения

Таблица 4

Финансирование человеческого развития

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общие расходы на образование (в процентах от ВВП) *	7,2	7,4	6,8	6,9	7,1	7,1	7,0	6,8	6,8	6,4
Общие расходы на здравоохранение (в процентах от ВВП) *	4,1	4,4	3,9	3,5	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,1
Реальный ВВП на душу населения (ППС $)	1973	2004	2105	2188	2301	2422	2460	2578,5	2668,1	2834,8
Государственные расходы на образование (в процентах от ВВП)	7,4	7,7	7,3	7,4	7,5	6,7	6,8	6,7	6,3	-
Государственные расходы на здравоохранение (в процентах от ВВП)	3,6	3,5	3,1	2,9	2,8	2,5	2,5	2,4	2,3	-

* Здесь и далее без капитальных расходов

Таблица 5

Различия между женщинами и мужчинами (процент от показателя «мужчин»)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ожидаемая продолжительность жизни	108,0	108,1	107,6	107,1	107,1	107,0	106,8	106,7	106,3	106,3
Население	101,4	101,3	101,1	101,0	100,8	100,7	100,6	100,5	100,3	100,3
Срок обучения	92,4	91,7	90,9	90,2	90,2	95,7	95,7	95,8	95,8	95,8
Поступление в средние учебные заведения	91,2	87,2	78,7	96,6	91,2	93,6	87,9	87,7	86,1	90,3
Законченное среднее образование	90,1	85,9	87,0	87,2	91,6	94,0	85,7	82,5	93,2	90,3
Поступление на стационарное обучение	96,1	95,4	96,6	96,5	95,6	95,3	94,3	93,9	93,1	92,9
Законченное высшее образование (вузы)	63,7	65,0	61,0	61,6	63,7	64,2	55,3	59,5	66,8	68,6
Рабочая сила	74,7	77,8	78,7	79,1	79,2	78,9	78,7	78,6	78,6	78,6
Безработица	2р.	2,5р.	1,9р.	2,2р.	2,6р.	2,1р.	1,8р.	2р.	1,7р.	2р.

Таблица 6

Положение женщин

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	71,7	71,9	72,6	72,3	73,5	73,2	73,6	73,5	73,8	74,7
Средний возраст при первом браке (лет)	20,2	20,6	21,4	21,0	21,0	21,4	21,5	21,6	21,8	22,1
Уровень материнской смертности (на 100 000 живорождений)	32,2	20,7	28,5	28,6	31,2	33,1	34,1	32,0	32,2	30,2
Поступление в средние учебные заведения (в процентах к общей численности поступивших учиться)	43,0	46,5	49,7	49,1	47,7	48,3	46,8	46,7	47,1	47,0
Выпускники с законченным средним образованием (процент женщин в общей численности закончивших среднее образование)	47,6	46,2	46,5	49,3	49,7	48,4	46,2	45,2	48,3	47,5
Поступление на стационарное обучение в вузы (в процентах к общей численности студентов)	41,9	42,8	41,0	37,1	38,6	38,9	39,6	39,7	38,8	40,5
Женская рабочая сила (процент от общей рабочей силы)	42,8	43,8	44,0	44,2	44,2	44,1	44,0	44,0	44,0	44,0

Таблица 7

Демографические сведения города и села

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Постоянное население на конец года (млн. человек)										
всего	22,9	23,4	23,8	24,1	24,5	24,8	25,1	25,4	25,7	26,0
город	8,8	8,9	9,0	9,1	9,2	9,2	9,3	9,3	9,4	9,4
село	14,1	14,5	14,8	15,0	15,3	15,6	15,8	16,1	16,3	16,6
Ежегодный уровень роста населения (в процентах)										
всего	2,0	1,9	1,8	1,5	1,5	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2
город	1,1	1,3	1,3	1,0	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4	0,6
село	2,5	2,3	2,1	1,8	1,8	1,7	1,5	1,6	1,5	1,6
Средний размер семьи										
всего	5,4	5,4	5,5	5,6	5,5	5,4	5,3	5,1	5,1	5,1
город	5,2	5,0	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6	4,4	4,5	4,5
село	5,6	5,9	6,0	6,1	6,1	6,0	5,9	5,8	5,5	5,6
Уровень использования контрацептивов (в процентах)	38,2	42,7	45,1	57,8	56,1	58,5	55,0	56,4	60,0	61,8
Население старше трудоспособного возраста (в процентах)										
всего	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,3	7,2	7,2	7,1	7,0
город	9,5	9,4	9,4	9,4	9,2	9,0	9,0	8,9	8,9	8,8
село	6,5	6,5	6,5	6,5	6,4	6,3	6,2	6,2	6,1	6,0
Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60-64 лет										
всего	17,0	17,0	17,5	17,1	17,8	17,3	17,6	17,1	17,2	17,9
город	16,7	16,6	17,1	17,1	17,6	17,2	17,5	17,0	17,3	18,1
село	17,3	17,3	17,8	17,1	17,9	17,3	17,6	17,3	17,2	17,8
женщины										
всего	18,2	18,1	18,6	18,1	18,9	18,3	18,6	18,3	18,3	19,1
город	18,4	18,2	18,7	18,5	19,1	18,7	19,0	18,6	19,0	19,7
село	18,1	18,2	18,6	17,7	18,7	18,0	18,3	18,0	17,8	18,5
мужчины										
всего	15,5	15,5	16,1	15,8	16,4	16,0	16,3	15,9	16,0	16,7
город	14,5	14,6	15,1	15,2	15,6	15,3	15,6	15,1	15,3	16,2
село	16,3	16,3	16,9	16,2	17,1	16,5	16,8	16,5	16,5	17,1

Таблица 8

Урбанизация

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Городское население на конец года (в процентах от общей численности)	38,3	38,0	37,8	37,6	37,4	37,2	37,0	36,7	36,5	36,3
Годовой прирост городского населения (за пятилетие, в процентах)	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,6	0,6
Население в городах с населением более 1 млн. жителей, в процентах к:										
общему населению	9,1	9,0	8,9	8,9	8,7	8,6	8,5	8,4	8,3	8,2
городскому населению	23,9	23,8	23,6	23,6	23,4	23,2	23,0	22,9	22,8	22,6
Население самых больших городов (города с численностью населения 100 тыс. и более человек) в процентах к:										
общему населению	22,3	22,1	21,9	21,8	21,6	20,1	21,2	21,0	20,9	20,9
городскому населению	58,3	58,1	57,9	57,9	57,8	54,0	57,4	57,3	57,3	57,7

Таблица 9

Здравоохранение

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Смертность от широко распространенных болезней (система кровообращения) (в процентах от общего числа умерших)										
всего	46,5	46,7	47,2	50,0	50,6	52,6	53,4	54,8	54,7	54,6
город	50,3	50,0	51,0	52,7	53,4	54,8	54,9	56,1	55,8	54,9
село	43,5	44,0	44,2	47,8	48,4	50,8	52,1	53,8	53,8	54,4
Смертность от злокачественных новообразований (в процентах от общего числа умерших)										
всего	6,9	6,8	6,8	6,8	7,3	7,1	7,1	6,9	7,0	7,3
город	9,5	9,1	9,1	9,1	9,4	8,8	8,7	8,6	8,6	8,9
село	4,8	4,9	4,9	4,9	5,6	5,6	5,7	5,5	5,7	6,0
Зарегистрированное потребление алкоголя (на душу населения, л.)	0,7	0,8	0,6	1,2	1,0	1,3	1,4	1,4	1,2	1,1
Количество человек на 1 врача	298	302	328	296	302	305	309	314	318	334
Число больничных коек на 10 000 населения	79,0	72,5	65,9	58,2	56,4	55,9	55,8	57,8	57,4	54,9
Число коек для беременных и рожениц на 10 000 женщин	43,2	47,7	47,0	45,3	42,6	40,5	39,6	38,1	35,7	32,0
Государственные расходы на здравоохранение (в процентах от общих государственных расходов)	11,2	9,7	9,5	8,9	9,1	8,7	9,6	9,4	9,6	-
Государственные расходы на здравоохранение (в процентах от ВВП)	3,6	3,5	3,1	2,9	2,8	2,5	2,5	2,4	2,3	-
Общие расходы на здравоохранение (в процентах от ВВП)	4,1	4,4	3,9	3,5	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4	3,1

Таблица 10

Образование

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Показатель поступления в учебные заведения (в процентах к населению в возрасте 7-22 лет)	76,0	76,0	76,0	76,0	76,0	76,0	76,7	77,3	77,3	76,5
Средняя продолжительность обучения, всего (лет)	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,5	11,6	11,6	11,7
женщины	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0	11,1	11,2	11,3	11,3	11,5
мужчины	11,9	12,0	12,1	12,2	12,2	11,6	11,7	11,8	11,8	11,9
Законченное среднее образование (в процентах)	111,9	111,3	110,4	108,4	107,9	114,8	113,9	121,0	107,9	117,9
Выпускники средних учебных заведений (в процентах от населения в выпускном возрасте)	105,8	107,8	104,6	107,8	116,7	93,7	102,5	*	71,1	86,7
Законченное средне-специальное образование (в процентах к численности учащихся школ, профессиональных колледжей и академических лицеев)	44,0	43,6	43,9	41,5	41,9	41,4	42,9	*	43,3	37,1
Численность 19-летних, продолжающих обучение в учебных заведениях (в процентах)	24,9	20,8	17,6	17,3	18,7	23,4	19,0	18,2	18,5	15,5 **
Поступление в вузы на дневное обучение (в процентах от поступивших в вузы всех форм обучения)	85,8	86,4	85,1	84,2	84,8	91,2	89,4	84,0	78,5	91,4
Выпускники вузов (в процентах от населения в выпускном возрасте)	13,0	12,2	10,5	8,7	8,2	7,0	7,7	8,4	9,2	10,5
Государственные расходы на образование (в процентах от ВВП)	7,4	7,7	7,3	7,4	7,5	6,7	6,8	6,7	6,3	-
Государственные расходы на образование (в процентах от общих государственных расходов)	22,8	21,1	22,6	22,3	24,2	23,2	25,5	26,0	26,2	-
Расходы на высшее образование за счет средств госбюджета (в процентах от расходов на образование)	8,6	8,3	5,4	7,0	6,6	7,0	6,8	6,7	6,5	-

* Несопоставимые данные в связи с перемещениями в ступенях образования, обусловленные реформой образования.
** Число поступивших в вузы + профессиональные колледжы после 11 классов

Таблица 11

Занятость

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Рабочая сила (в процентах от всего населения)										
всего	37,4	37,1	37,0	36,9	36,7	36,6	36,7	37,1	37,6	38,5
город	17,3	17,8	17,7	17,6	17,9	17,0	16,4	16,6	16,8	17,2
село	20,1	19,3	19,3	19,3	18,8	19,6	20,3	20,5	20,8	21,3
Занятые (в процентах от общей численности занятых) в:										
сельском и лесном хозяйстве										
всего	41,2	40,9	40,7	39,4	36,2	34,4	33,5	32,6	31,9	30,7
город	1,4	1,5	1,5	1,5	1,4	1,5	1,2	1,1	1,2	1,2
село	39,8	39,4	39,2	37,9	34,8	32,9	32,3	31,5	30,7	29,5
промышленности										
всего	12,9	12,9	12,8	12,7	12,6	12,7	12,7	12,7	12,8	13,0
город	11,4	11,5	11,4	11,3	11,3	10,7	10,2	10,2	10,3	10,4
село	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	2,0	2,5	2,5	2,5	2,6
непроизводственной сфере										
всего	26,1	26,6	26,9	26,9	29,1	30,4	30,7	31,3	31,8	32,3
город	18,8	19,9	20,2	20,1	20,4	18,5	18,5	18,7	18,9	19,1
село	7,3	6,7	6,7	6,8	8,7	11,9	12,2	12,6	12,9	13,2
Индекс сменяемости рабочей силы (в процентах)										
всего	237	234	229	223	215	206	197	188	180	172
город	189	186	183	179	173	166	159	152	146	141
село	271	267	261	253	243	233	222	211	201	192
Процент работников, участвующих в профсоюзах	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Количество рабочих часов в неделю (на человека в производстве)	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

Таблица 12

Безработица

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Безработные, официально признанные (тыс. человек)										
всего	25,4	27,5	28,8	33,3	39,1	35,4	37,5	34,8	32,2	34,9
город	10,3	12,1	8,5	11,4	14,3	14,0	11,5	11,9	9,5	9,3
село	15,1	15,4	20,3	21,9	24,8	21,4	26,0	22,9	22,7	25,6
Уровень безработицы, всего (в процентах)										
всего	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4
город	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2
село	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,5
Неравномерность безработицы по регионам (25 процент худших по сравнению с 25 процентами лучшими)	11,2	7,0	9,4	9,8	8,0	5,7	5,7	5,2	7,5	8,5
Соотношение безработных к численности закончивших средние и высшие учебные заведения в текущем году	1,8	2,0	2,2	1,9	2,5	2,4	1,8	4,0	2,0	1,9
в том числе:										

женщины	2,9	3,7	3,6	3,4	4,5	3,1	2,8	6,8	2,4	2,1
мужчины	1,1	1,1	1,4	1,2	1,2	1,7	1,1	2,5	1,8	1,6
Случаи длительной безработицы (в процентах к общему)										
6 – 12 месяцев	9,2	19,3	5,7	10,4	8,8	8,2	12,3	11,4	5,7	7,7
больше 12 месяцев	4,9	3,3	2,2	2,8	3,5	3,1	1,6	3,0	2,9	2,4

Таблица 13

Национальные счета доходов

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Итоговый ВВП (млрд. сум)	302,8	559,1	976,8	1416,2	2128,7	3255,6	4925,3	7450,2	9844,0	12261,0
Сельскохозяйственное производство (в процентах от ВВП)	28,1	22,4	28,3	26,8	29,0	30,1	30,0	30,1	28,4	26,4
Промышленность (в процентах от ВВП)	17,1	17,8	15,6	14,9	14,3	14,2	14,1	14,5	15,8	17,5
Услуги (в процентах от ВВП)	34,4	36,8	36,2	36,2	36,3	37,0	38,0	37,7	37,2	37,0
Потребление частное (в процентах от ВВП)	50,6	55,2	60,8	59,6	62,1	61,9	61,5	60,2	55,6	51,9
Потребление государственное (в процентах от ВВП)	22,3	22,1	20,5	20,5	20,6	18,7	18,5	18,0	17,4	16,2
Общие внутренние инвестиции (в процентах от ВВП)	24,2	23,0	18,9	20,9	17,1	19,6	21,1	21,2	20,8	24,5
Общие внутренние сбережения (в процентах от ВВП)	27,1	22,7	18,7	19,9	17,3	19,4	20,0	21,8	27,0	31,9
Доход от налогов (в процентах от ВВП)	27,3	27,7	26,0	27,9	25,9	23,3	21,0	22,5	22,1	-
Расходы госбюджета (в процентах от ВВП)	32,6	36,4	32,5	33,0	31,0	29,0	26,7	25,8	24,1	-
Экспорт (в процентах от ВВП)	31,2	32,6	29,8	23,7	18,7	24,0	29,9	31,2	36,9	40,7
Импорт (в процентах от ВВП)	28,3	33,0	30,1	22,0	18,3	21,4	27,1	28,1	29,3	32,0

Таблица 14

Баланс природных ресурсов

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Плотность населения (на конец года; человек на 1 кв.км)	51,4	52,4	53,4	54,0	54,8	55,5	56,2	56,9	57,5	58,2
Пахотные земли (в процентах от общей земельной площади)	9,2	9,2	9,2	9,2	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1	9,1
Леса и лесопосадки (в процентах от общей земельной площади)	2,8	3,0	3,0	3,2	3,2	3,1	3,1	5,1	6,1	6,1
Орошаемые земли (процент пахотных земель)	81,6	81,6	81,5	81,4	81,6	81,6	81,6	81,6	81,6	81,5

Таблица 15

Тенденции в развитии экономики

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Годовой прирост ВВП (в процентах)	-0,9	1,7	5,2	4,3	4,3	3,8	4,2	4,0	4,2	7,4
ВВП на душу населения (годовой прирост в процентах)	-2,7	-0,2	3,3	2,6	2,8	2,4	2,9	2,7	3,0	6,2
Доход от налогов (в процентах от ВВП)	27,3	27,7	26,0	27,9	25,9	23,3	21,0	22,5	22,1	-
Прямые налоги (в процентах от всех налогов)	42,0	44,7	43,2	35,2	34,7	33,4	34,9	30,1	28,4	-
Общий дефицит бюджета (в процентах от ВВП)	2,7	1,9	0,7	0,5	0,6	0,7	0,3	0,2	0,4	-
Экспорт (в процентах от ВВП)	31,2	32,6	29,8	23,7	18,7	24,0	29,9	31,2	36,9	40,7

Таблица 16

Коммуникации

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Количество опубликованных книг на 100 000 человек)	5,2	4,3	4,8	4,1	3,6	4,2	4,3	3,8	3,5	3,7
Наличие личных автомобилей (на 100 человек)	3,5	3,4	3,5	3,7	3,8	3,9	4,0	4,0	4,0	6,0
Телефонные аппараты (на 100 человек), шт.	6,7	6,5	6,4	6,3	6,4	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6
Телефонные аппараты (на 100 сельских жителей), шт.	2,2	2,0	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
Международные и междугородные телефонные разговоры (на душу населения)	2,5	2,5	3,1	3,3	4,1	5,2	5,7	6,5	7,0	7,7

Таблица 17

Различия между городом и селом

	1997			1998			1999		
	всего	город	село	всего	город	село	всего	город	село
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	70,1	69,6	70,7	69,9	69,9	70,1	71,1	70,6	71,6
Срок обучения (лет)	11,4	13,9	9,9	11,4	13,9	9,8	11,4	14,0	9,2
Уровень грамотности	99,1	99,7	98,7	99,2	99,7	98,8	99,2	99,7	98,8
Показатель грамотности	0,991	0,997	0,987	0,992	0,997	0,988	0,992	0,997	0,988
Уровень образования	2,74	2,92	2,63	2,74	2,92	2,63	2,74	2,88	2,59
Индекс совокупной доли учащихся в начальных, средних и высших учебных заведений	70,6	80,4	65,7	70,6	80,4	65,7	70,6	80,4	65,7
Индекс достигнутого уровня образования	0,913	0,973	0,877	0,913	0,973	0,877	0,913	0,960	0,863
Реальный ВВП на душу населения (ППС $)	2105	-	-	2188	-	-	2301	-	-
Индекс ожидаемой продолжительности жизни	0,752	0,775	0,738	0,748	0,776	0,743	0,768	0,778	0,742

Продолжение таблицы 17

Различия между городом и селом

	2000			2001			2002		
	всего	город	село	всего	город	село	всего	город	село
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	70,8	70,2	71,2	71,3	70,7	71,7	71,2	70,5	71,7
Срок обучения (лет)	11,4	11,8	11,0	11,5	11,8	11,2	11,6	12,0	11,2
Уровень грамотности	99,2	99,7	98,8	99,2	99,7	98,8	99,2	99,7	98,8
Показатель грамотности	0,992	0,997	0,988	0,992	0,997	0,988	0,992	0,997	0,988
Уровень образования	2,74	2,82	2,70	2,74	2,83	2,70	2,74	2,83	2,70
Индекс совокупной доли учащихся в начальных, средних и высших учебных заведений	76,0	82,5	72,7	76,0	83,4	72,2	76,0	83,8	72,2
Индекс достигнутого уровня образования	0,913	0,940	0,901	0,913	0,943	0,899	0,913	0,944	0,899
Реальный ВВП на душу населения (ППС $)	2422	-	-	2460	-	-	2578,5	-	-
Индекс ожидаемой продолжительности жизни	0,763	0,753	0,770	0,772	0,762	0,778	0,770	0,758	0,778

Продолжение таблицы 17

Различия между городом и селом

	2003			2004		
	всего	город	село	всего	город	село
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	71,6	71,1	71,9	72,5	72,0	72,8
Срок обучения (лет)	11,6	12,0	11,3	11,7	12,1	11,5
Уровень грамотности	99,2	99,7	98,8	99,3	99,4	99,3
Показатель грамотности	0,992	0,997	0,988	0,993	0,994	0,993
Уровень образования	2,76	2,79	2,73	2,75	2,90	2,68
Индекс совокупной доли учащихся в начальных, средних и высших учебных заведений	77,3	80,0	75,3	76,5	91,1	69,4
Индекс достигнутого уровня образования	0,919	0,931	0,909	0,917	0,967	0,893
Реальный ВВП на душу населения (ППС $)	2668,1	-	-	2834,8	-	-
Индекс ожидаемой продолжительности жизни	0,777	0,768	0,782	0,792	0,783	0,797

Таблица 18

Диспропорции между сельской и городской местностью

(100 – паритет между сельской и городской местностью)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Постоянное население	160,2	162,1	163,7	165,0	166,4	168,1	169,7	171,3	173,1	174,8
Уровень роста населения	227,3	176,9	161,5	180,0	200,0	242,9	214,3	266,7	375,0	266,7
Ожидаемая продолжительность жизни	101,3	101,9	101,6	100,3	101,4	101,4	101,4	101,7	101,1	101,1
Средний размер семьи	107,7	118,0	127,7	129,8	129,8	130,4	128,3	131,8	122,2	124,4
Рабочая сила	115,5	108,9	109,0	109,0	104,9	115,6	123,8	123,5	123,5	123,9
Население старше трудоспособного возраста	111,1	112,4	113,5	114,5	116,2	117,4	118,2	119,4	120,0	120,1
Смертность от широко распространенных болезней (система кровообращения)	68,8	65,8	65,0	71,7	67,2	67,6	68,4	63,7	70,6	72,1
Смертность от злокачественных новообразований	39,9	40,2	41,0	42,7	44,3	46,5	47,3	42,6	48,9	49,5
Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 60-64 лет	103,6	104,2	104,1	100,2	101,7	100,6	100,6	101,8	99,1	98,3
Занятые в общей численности занятых	115,4	108,8	108,8	108,8	104,7	115,5	123,5	123,3	123,3	123,6
Уровень безработицы	126,1	116,9	2р.	177,6	165,4	131,5	183,7	155,0	192,0	2,2р.
Обеспеченность жилья:										
водопроводом	46,9	45,4	58,8	58,4	68,9	73,7	76,9	78,3	89,1	89,5
канализацией	10,6	9,0	9,0	8,6	8,7	8,9	8,4	8,1	9,0	9,1

Примечание:

Данные выражены в отношении к среднему уровню городской местности, индекс которого равен 100. Чем больше число, тем больше диспропорция, чем ближе число к 100, тем меньше диспропорция, превышающая 100, указывает на то, что средний уровень в сельской местности выше среднего уровня в городской местности.

Таблица 19

Объемы производства ВВП на душу населения по регионам

	Реальный ВВП на душу населения (ППС $)					В процентах к среднереспубликанскому значению				
	2000	2001	2002	2003	2004 *	2000	2001	2002	2003	2004 x)
Республика Узбекистан **	2422,0	2460,0	2578,5	2668,1	2834,8	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Северный Узбекистан	1627,6	1493,2	1490,6	1624,9	1573,3	0,672	0,607	0,578	0,609	0,555
Каракалпакстан	1324,8	1237,4	1214,5	1400,8	1270,0	0,547	0,503	0,471	0,525	0,448
Хорезмская	1969,1	1781,0	1799,8	1870,3	1907,8	0,813	0,724	0,698	0,701	0,673
Центральный Узбекистан	2206,4	2233,7	2333,5	2502,7	2477,6	0,911	0,908	0,905	0,938	0,874
Бухарская	2666,6	2666,6	2645,5	2830,9	3041,7	1,101	1,084	1,026	1,061	1,073
Джизакская	1552,5	1655,6	1805,0	2150,5	2131,8	0,641	0,673	0,700	0,806	0,752
Навоийская	3419,9	3537,5	4177,2	4701,2	4844,7	1,412	1,438	1,620	1,762	1,709
Самаркандская	1799,5	1768,7	1835,9	1825,0	1729,2	0,743	0,719	0,712	0,684	0,610
Сырдарьинская	2412,3	2509,2	2320,7	2521,4	2080,7	0,996	1,020	0,900	0,945	0,734
Южный Узбекистан	1872,2	1968,0	2044,8	2668,9	1984,4	0,773	0,800	0,793	0,778	0,700
Кашкадарьинская	1981,2	2076,2	2158,2	2249,2	2140,3	0,818	0,844	0,837	0,843	0,755
Сурхандарьинская	1736,6	1830,2	1902,9	1859,7	1791,6	0,717	0,744	0,738	0,697	0,632
Восточный Узбекистан	2487,4	2477,2	2485,7	2537,4	2639,2	1,027	1,007	0,964	0,951	0,931
Андижанская	2019,9	2140,2	2114,4	2049,1	2114,8	0,834	0,870	0,820	0,768	0,746
Наманганская	1625,2	1567,0	1598,7	1614,2	1513,8	0,671	0,637	0,620	0,605	0,534
Ферганская	2557,6	2273,0	2312,9	2233,2	2168,6	1,056	0,924	0,897	0,837	0,765
Ташкентская	2724,8	2755,2	2820,9	2929,6	2970,9	1,125	1,120	1,094	1,098	1,048
г. Ташкент	3393,2	3601,4	3545,4	3884,6	4524,3	1,401	1,464	1,375	1,456	1,596

* Предварительные данные

** Включая нераспределенные по регионам данные:
Узбекэнерго;
внешней торговли;
отраслей, оказывающих гос. услуги коллективного характера;
по налогам на импорт, включая НДС;
по субсидиям на продукты.

Приложения к основным таблицам

Демография и занятость населения

Таблица 20

Индекс развития человеческого потенциала по регионам

	Ожидаемая продолжительность жизни			Индекс ожидаемой продолжительности жизни			Индекс ВВП				
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004 x)
Республика Узбекистан	71,2	71,6	72,5	0,770	0,777	0,792	0,532	0,535	0,542	0,548	0,558
Республика Каракалпакстан	68,2	69,3	70,3	0,720	0,738	0,755	0,431	0,420	0,417	0,440	0,424
области:											
Андижанская	71,3	71,5	72,4	0,772	0,775	0,790	0,502	0,511	0,509	0,504	0,509
Бухарская	72,8	72,7	73,4	0,797	0,795	0,807	0,548	0,548	0,547	0,558	0,570
Джизакская	73,6	74,3	75,9	0,810	0,822	0,833	0,541	0,547	0,429	0,512	0,511
Кашкадарьинская	73,1	74,0	74,5	0,802	0,817	0,825	0,482	0,506	0,513	0,520	0,511
Навоийская	71,0	71,8	72,5	0,767	0,780	0,792	0,532	.0,595	0,623	0,643	0,648
Наманганская	71,9	71,8	72,9	0,782	0,780	0,798	0,465	0,459	0,463	0,464	0,453
Самаркандская	71,2	71,9	72,5	0,770	0,782	0,792	0,482	0,480	0,486	0,485	0,476
Сурхандарьинская	73,6	73,4	74,9	0,810	0,807	0,832	0,477	0,485	0,492	0,488	0,482
Сырдарьинская	69,3	69,5	70,0	0,738	0,742	0,750	0,531	0,538	0,525	0,539	0,507
Ташкентская	70,2	70,5	71,0	0,753	0,758	0,767	0,551	0,553	0,557	0,564	0,566
Ферганская	72,0	72,1	73,2	0,783	0,785	0,803	0,541	0,522	0,524	0,518	0,513
Хорезмская	71,4	71,3	72,4	0,773	0,772	0,790	0,497	0,481	0,482	0,537	0,536
г. Ташкент	69,6	70,1	70,7	0,743	0,752	0,762	0,588	0,598	0,596	0,611	0,636

x) Предварительные данные

Продолжение таблицы 20

Индекс развития человеческого потенциала по регионам

	Уровень образования					ИРЧП				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Республика Узбекистан	2,74	2,74	2,74	2,76	2,75	0,736	0,740	0,742	0,747	0,756
Республика Каракалпакстан	2,73	2,74	2,73	2,73	2,71	0,690	0,684	0,682	0,696	0,694
области:										
Андижанская	2,74	2,74	2,74	2,75	2,75	0,727	0,732	0,731	0,732	0,739
Бухарская	2,74	2,72	2,72	2,73	2,72	0,748	0,750	0,750	0,754	0,761
Джизакская	2,75	2,72	2,72	2,72	2,70	0.755	0.754	0,715	0,747	0,748
Кашкадарьинская	2,75	2,74	2,74	2,75	2,74	0,733	0.740	0,743	0,757	0,750
Навоийская	2,77	2,76	2,78	2,79	2,79	0,737	0,761	0,772	0,784	0,790
Наманганская	2,73	2,74	2,73	2,75	2,75	0,715	0,718	0,718	0,720	0,723
Самаркандская	2,75	2,75	2.74	2,75	2,74	0,720	0,722	0,723	0,728	0,727
Сурхандарьинская	2,72	2,74	2,74	2,75	2,75	0,725	0,736	0,738	0,737	0,744
Сырдарьинская	2,68	2,69	2,68	2,69	2,68	0,716	0,724	0,719	0,726	0,717
Ташкентская	2,68	2,68	2,68	2,68	2,68	0.732	0.733	0,734	0,738	0,742
Ферганская	2,76	2,76	2,77	2,78	2,77	0,744	0,741	0,743	0,743	0,746
Хорезмская	2,75	2,75	2,74	2,76	2,76	0,724	0,723	0,723	0,743	0,749
г. Ташкент	2.86	2,89	2,92	2,96	2,96	0,763	0,769	0,771	0,783	0,795

Таблица 21

Плотность населения и процент сельского населения по регионам (на начало года)

	2001		2002		2003	
	плотность населения (человек на кв.км)	сельское население в % к общему числу	плотность населения (человек на кв.км)	сельское население в % к общему числу	плотность населения (человек на кв.км)	сельское население в % к общему числу
Республика Узбекистан	55,5	62,8	56,2	63,0	56,9	63,3
Республика Каракалпакстан	9,2	51,6	9,3	51,1	9,3	51,0
области:						
Андижанская	529,2	70,0	536,5	70,0	544,2	70,1
Бухарская	35,8	69,2	36,2	69,5	36,7	69,8
Джизакская	47,0	69,9	47,7	70,0	48,3	70,2
Кашкадарьинская	77,5	74,7	78,9	74,9	80,3	75,1
Навоийская	7,2	59,7	7,2	59,9	7,2	60,1
Наманганская	264,8	62,5	268,7	62,5	272,9	62,5
Самаркандская	161,8	73,2	164,2	73,5	166,5	73,8
Сурхандарьинская	88,3	80,3	89,8	80,4	91,5	80,5
Сырдарьинская	152,0	68,0	153,7	68,2	155,3	68,5
Ташкентская	291,1	59,9	292,3	60,1	293,8	60,3
Ферганская	404,4	71,1	409,2	71,2	414,6	71,4
Хорезмская	221,3	76,5	224,9	76,8	228,4	77,1

Продолжение таблица 21

Плотность населения и процент сельского населения по регионам (на начало года)

	2004		2005	
	плотность населения (человек на кв.км)	сельское население в % к общему числу	плотность населения (человек на кв.км)	сельское население в % к общему числу
Республика Узбекистан	57,5	63,5	58,2	63,7
Республика Каракалпакстан	9,4	51,3	9,4	51,3
области:				
Андижанская	551,2	70,2	559,2	70,4
Бухарская	37,1	70,0	37,5	70,3
Джизакская	48,9	70,1	49,5	70,0
Кашкадарьинская	81,8	75,2	83,3	75,2
Навоийская	7,3	60,2	7,3	60,3
Наманганская	275,3	62,5	281,0	62,7
Самаркандская	168,7	74,1	171,2	74,3
Сурхандарьинская	92,9	80,6	94,5	80,7
Сырдарьинская	156,3	68,6	157,2	68,7
Ташкентская	294,8	60,5	296,2	60,6
Ферганская	419,6	71,6	425,8	71,8
Хорезмская	231,6	77,4	235,3	77,6

Таблица 22

Численность населения от 15 лет и старше трудоспособного возраста по состоянию на 1 января 2005 года (тысяч человек)

	Всего			Город			Село		
	оба пола	жен-щины	муж-чины	оба пола	жен-щины	муж-чины	оба пола	жен-щины	муж-чины
Население в возрасте 15 лет и старше	17310,7	8775,8	8534,9	6725,1	3439,4	3285,7	10585,6	5336,4	5249,2
Уровень грамотности (удельный вес неграмотного населе-ния к населению 16 лет и старше разность от 100 %)	0,69	0,85	0,52	0,64	0,85	0,40	0,72	0,85	0,59
Показатель грамотности	0,993	0,992	0,995	0,994	0,992	0,996	0,993	0,992	0,994

Таблица 23

Средний размер семьи (человек) *

	2000			2001			2002		
	всего	город	село	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	5,4	4,6	6,0	5,3	4,6	5,9	5,1	4,4	5,8
Республика Каракалпакстан	6,3	5,9	6,7	6,1	5,9	6,3	5,9	5,6	6,2
области:									
Андижанская	5,6	5,2	5,9	5,7	5,4	5,8	5,6	5,1	5,8
Бухарская	5,3	4,7	5,6	5,0	4,5	5,3	4,7	3,9	5,2
Джизакская	6,2	5,1	6,8	6,0	5,4	6,3	6,0	5,1	6,5
Кашкадарьинская	5,7	5,3	5,9	5,5	4,8	5,9	5,6	5,1	5,9
Навоийская	4,7	4,2	5,3	4,4	4,0	4,9	4,5	4,1	5,0
Наманганская	5,9	6,1	5,9	5,9	6,1	5,7	5,7	5,8	5,7
Самаркандская	5,6	4,6	6,3	5,3	4,5	5,9	4,9	3,5	5,8
Сурхандарьинская	6,2	5,2	6,5	6,2	5,9	6,3	5,9	5,7	6,0
Сырдарьинская	5,3	4,4	5,8	5,4	4,5	6,0	5,5	4,9	5,8
Ташкентская	4,6	3,4	5,9	4,8	3,8	5,9	4,7	3,7	5,7
Ферганская	5,4	4,4	5,9	5,4	4,5	5,9	5,2	4,5	5,5
Хорезмская	5,9	5,7	6,0	6,0	5,0	6,3	5,6	4,5	5,9
г. Ташкент	4,0	4,0	-	4,1	4,1	-	3,8	3,8	-

Продолжение таблицы 23

Средний размер семьи (человек) *

	2003			2004		
	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	5,1	4,5	5,5	5,1	4,5	5,6
Республика Каракалпакстан	6,6	6,4	6,8	6,6	6,4	6,8
области:						
Андижанская	5,4	5,5	5,4	5,5	5,5	5,5
Бухарская	4,7	4,8	4,7	4,7	4,8	4,7
Джизакская	6,4	5,5	6,8	6,4	5,6	6,9
Кашкадарьинская	5,6	5,1	5,8	5,7	5,1	5,9
Навоийская	4,9	4,4	5,3	4,9	4,5	5,3
Наманганская	5,3	5,7	5,1	5,4	5,8	5,2

Самаркандская	5,0	4,0	5,5	5,0	4,0	5,5
Сурхандарьинская	5,6	5,3	5,7	5,7	5,4	5,8
Сырдарьинская	5,1	4,0	5,8	5,1	4,0	5,8
Ташкентская	4,9	4,0	5,7	4,9	4,0	5,8
Ферганская	4,7	4,2	5,0	4,8	4,2	5,0
Хорезмская	5,9	5,3	6,1	6,0	5,4	6,2
г. Ташкент	3,7	3,7	-	3,7	3,7	-

* По данным выборочных обследований домашних хозяйств

Таблица 24

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)

	2000	2001	2002	2003	2004
Все население					
оба пола	70,8	71,3	71,2	71,6	72,5
женщины	73,2	73,6	73,5	73,8	74,7
мужчины	68,4	68,9	68,9	69,4	70,3
Городское население					
оба пола	70,2	70,7	70,5	71,1	72,0
женщины	73,5	74,0	73,6	74,3	75,1
мужчины	66,8	67,3	67,3	67,9	68,9
Сельское население					
оба пола	71,2	71,7	71,7	71,9	72,8
женщины	72,9	73,3	73,3	73,4	74,4
мужчины	69,6	70,1	70,2	70,5	71,2

Таблица 25

Общие коэффициенты рождаемости и смертности по регионам

	Число родившихся на 1 000 населения			Число умерших на 1 000 населения		
	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан						
2000	21,3	17,7	23,5	5,5	6,6	4,8
2001	20,4	17,1	22,4	5,3	6,4	4,6
2002	21,0	17,4	23,1	5,4	6,6	4,7
2003	19,8	16,5	21,7	5,3	6,4	4,7
2004	20,8	17,7	22,6	5,0	6,1	4,4
Республика Каракалпакстан						
2000	24,0	22,1	25,8	5,6	5,7	5,5
2001	21,7	19,5	23,8	5,9	6,0	5,7
2002	21,8	19,4	24,1	5,9	6,0	5,9
2003	20,6	18,4	22,8	5,6	5,6	5,5
2004	22,4	21,4	23,5	5,2	5,2	5,2
области:						
Андижанская						
2000	19,9	19,5	20,1	5,2	6,3	4,8
2001	19,6	19,4	19,8	5,0	6,1	4,5
2002	20,3	18,5	21,0	5,2	6,3	4,7
2003	18,7	16,8	19,5	5,2	5,9	4,8

2004	20,0	17,6	21,1	4,9	6,2	4,3
Бухарская						
2000	20,0	15,9	21,8	4,7	5,1	4,5
2001	20,2	15,5	22,3	4,5	5,2	4,3
2002	20,1	15,6	22,0	4,6	5,3	4,3
2003	18,8	15,8	20,2	4,6	5,4	4,3
2004	19,4	15,1	21,2	4,5	5,1	4,2
Джизакская						
2000	24,3	18,9	26,7	4,4	4,2	4,4
2001	23,5	18,3	25,8	4,3	4,2	4,4
2002	23,4	17,7	25,8	4,4	4,3	4,4
2003	21,8	17,5	23,6	4,2	4,0	4,3
2004	22,7	18,9	24,4	4,0	3,8	4,1
Кашкадарьинская						
2000	26,3	21,3	28,0	4,4	4,6	4,3
2001	24,2	19,8	25,7	4,4	4,5	4,4
2002	23,9	19,3	25,4	4,4	4,6	4,3
2003	23,5	19,3	24,9	4,1	4,4	4,0
2004	22,7	19,0	24,0	4,0	4,2	3,9
Навоийская						
2000	19,4	16,8	21,1	5,3	6,0	4,9
2001	19,1	16,4	20,9	5,1	5,5	4,8
2002	19,5	17,2	21,0	5,3	5,9	4,8
2003	18,9	17,0	20,2	5,0	5,6	4,6
2004	20,0	18,4	21,2	4,9	5,5	4,5
Наманганская						
2000	21,0	20,6	21,2	5,1	5,5	4,8
2001	20,6	23,7	18,8	4,7	5,3	4,4
2002	21,4	23,1	20,4	4,9	5,5	4,5
2003	20,0	20,2	19,8	5,0	5,4	4,7
2004	20,6	18,2	22,0	4,7	4,6	4,7
Самаркандская						
2000	22,7	16,6	25,0	5,3	6,2	4,9
2001	22,5	15,8	25,0	5,0	6,1	4,6
2002	22,9	16,6	25,2	5,1	6,2	4,8
2003	21,4	15,3	23,6	4,9	5,8	4,6
2004	22,0	17,0	23,7	4,7	5,6	4,4
Сурхандарьинская						
2000	25,5	19,3	27,1	4,6	4,7	4,6
2001	22,8	17,9	24,0	4,3	4,5	4,3
2002	24,4	18,0	25,9	4,3	4,6	4,2
2003	22,5	17,6	23,7	4,3	4,5	4,3
2004	22,1	18,1	23,1	4,0	4,4	3,9
Сырдарьинская						

	Число родившихся на 1 000 населения			Число умерших на 1 000 населения		
	всего	город	село	всего	город	село
2000	22,0	19,0	23,5	5,4	7,0	4,7
2001	21,4	19,2	22,4	5,3	6,9	4,6
2002	22,8	20,5	24,0	5,3	6,7	4,7
2003	20,5	18,5	21,4	5,2	7,0	4,4
2004	21,2	20,0	21,8	5,0	6,5	4,2
Ташкентская						
2000	18,5	16,2	20,0	6,4	8,0	5,4
2001	18,0	15,4	19,8	6,3	7,7	5,3
2002	18,7	16,1	20,5	6,5	7,8	5,6
2003	17,9	15,2	19,6	6,4	7,7	5,5
2004	19,7	17,3	21,2	6,2	7,5	5,3
Ферганская						
2000	19,7	17,3	20,8	5,3	6,4	4,9
2001	18,8	15,8	20,0	5,0	6,1	4,6
2002	20,0	16,9	21,3	5,2	6,3	4,7
2003	18,8	15,7	20,0	5,2	6,2	4,8
2004	21,1	18,3	22,3	4,8	5,7	4,5
Хорезмская						
2000	24,0	19,9	25,3	5,2	6,3	4,8
2001	22,3	18,1	23,6	4,9	6,0	4,5
2002	22,5	18,5	23,7	4,9	6,4	4,4
2003	20,8	17,4	21,9	5,0	5,9	4,7
2004	22,5	18,9	23,5	4,6	5,5	4,3
г. Ташкент						
2000	14,5	14,5	-	8,5	8,5	-
2001	14,0	14,0	-	8,2	8,2	-
2002	14,7	14,7	-	8,6	8,6	-
2003	14,5	14,5	-	8,3	8,3	-
2004	16,0	16,0		8,0	8,0	

Таблица 26

Уровень безработицы по регионам *

	2000			2001			2002		
	всего	город	село	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,4
Республика Каракалпакстан	1,7	1,9	1,4	1,7	1,6	1,7	1,5	1,5	1,4
области:									
Андижанская	0,3	0,1	0,4	0,3	0,1	0,4	0,3	0,1	0,4
Бухарская	0,3	0,1	0,3	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,2
Джизакская	0,3	0,1	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
Кашкадарьинская	0,3	0,2	0,3	0,3	-	0,4	0,2	-	0,3
Навоийская	1,0	0,6	1,3	0,5	0,4	0,7	0,6	0,4	0,8
Наманганская	0,5	0,3	0,6	0,3	0,2	0,4	0,3	0,1	0,4
Самаркандская	0,4	0,3	0,5	0,5	0,2	0,6	0,5	0,3	0,6
Сурхандарьинская	0,2	-	0,2	0,2	-	0,2	0,2	0,1	0,2
Сырдарьинская	0,4	0,3	0,4	0,7	0,5	0,8	0,4	0,2	0,5
Ташкентская	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ферганская	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,1	0,3
Хорезмская	0,5	0,7	0,4	0,8	0,2	1,1	1,0	0,9	1,0
г. Ташкент	0,3	0,3	-	0,3	0,3	-	0,2	0,2	-

* Официально зарегистрированная безработица

Продолжение таблицы 26

Уровень безработицы по регионам *

	2003			2004		
	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	0,3	0,2	0,4	0,4	0,2	0,5
Республика Каракалпакстан	1,1	1,2	1,0	1,0	0,7	1,4
области:						
Андижанская	0,2	-	0,2	0,2	0,1	0,2
Бухарская	0,1	-	0,1	0,1	0,0	0,2
Джизакская	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2	0,4
Кашкадарьинская	0,2	-	0,3	0,3	0,1	0,4
Навоийская	0,6	0,4	0,7	0,9	0,5	1,2
Наманганская	0,4	0,2	0,6	0,3	0,2	0,4
Самаркандская	0,3	0,1	0,5	0,3	0,1	0,5
Сурхандарьинская	0,3	0,1	0,4	0,2	0,2	0,2
Сырдарьинская	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Ташкентская	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Ферганская	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Хорезмская	1,3	0,2	1,8	1,6	0,8	1,9
г. Ташкент	0,2	0,2	-	0,2	0,2	-

* Официально зарегистрированная безработица

Таблица 27

Удельный вес занятых в городе и селе от общей численности занятых

	2000			2001			2002		
	всего	город	село	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	100,0	46,4	53,6	100,0	44,7	55,3	100,0	44,8	55,2
Республика Каракалпакстан	100,0	54,2	45,8	100,0	52,1	47,9	100,0	51,8	48,2
области:									
Андижанская	100,0	39,1	60,9	100,0	34,5	65,5	100,0	35,0	65,0
Бухарская	100,0	41,5	58,5	100,0	38,2	61,8	100,0	37,1	62,9
Джизакская	100,0	38,3	61,6	100,0	38,0	62,0	100,0	39,0	61,0
Кашкадарьинская	100,0	26,6	73,4	100,0	27,7	72,3	100,0	30,0	70,0
Навоийская	100,0	51,2	48,8	100,0	50,3	49,7	100,0	47,9	52,1
Наманганская	100,0	42,2	57,8	100,0	41,5	58,5	100,0	43,0	57,0
Самаркандская	100,0	38,5	61,5	100,0	37,0	63,0	100,0	36,7	63,3
Сурхандарьинская	100,0	28,5	71,5	100,0	28,1	71,9	100,0	28,4	71,6
Сырдарьинская	100,0	38,1	61,9	100,0	38,4	61,6	100,0	36,6	63,4
Ташкентская	100,0	49,0	51,0	100,0	47,7	52,3	100,0	49,5	50,5
Ферганская	100,0	39,5	60,5	100,0	36,0	64,0	100,0	33,5	66,5
Хорезмская	100,0	31,3	68,7	100,0	27,7	72,3	100,0	28,4	71,6

Продолжение таблицы 27

Удельный вес занятых в городе и селе от общей численности занятых

	2003			2004		
	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	100,0	44,8	55,2	100,0	44,7	55,3
Республика Каракалпакстан	100,0	51,8	48,2	100,0	51,8	48,2
области:						
Андижанская	100,0	35,0	65,0	100,0	35,0	65,0
Бухарская	100,0	37,1	62,9	100,0	36,4	63,6
Джизакская	100,0	39,1	60,9	100,0	39,0	61,0
Кашкадарьинская	100,0	30,0	70,0	100,0	30,0	70,0
Навоийская	100,0	47,9	52,1	100,0	47,9	52,1
Наманганская	100,0	43,0	57,0	100,0	42,9	57,1
Самаркандская	100,0	36,7	63,3	100,0	36,7	63,3
Сурхандарьинская	100,0	28,4	71,6	100,0	28,4	71,6
Сырдарьинская	100,0	36,6	63,4	100,0	36,6	63,4
Ташкентская	100,0	49,5	50,5	100,0	49,5	50,5
Ферганская	100,0	33,5	66,5	100,0	33,5	66,5
Хорезмская	100,0	28,4	71,6	100,0	28,4	71,6

2. Экономика

Таблица 28

Структура валового внутреннего продукта (в процентах)

	2000	2001	2002	2003	2004
ВВП - всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Добавленная стоимость	87,5	88,1	87,4	86,3	85,9
в том числе:					
промышленность	14,2	14,1	14,5	15,8	17,5
сельское хозяйство	30,1	30,0	30,1	28,4	26,4
строительство	6,0	5,8	4,9	4,7	4,8
сфера услуг	37,0	38,0	37,7	37,2	37,0
из нее:					
торговля	10,8	11,7	11,0	10,1	9,6
транспорт и связь	7,7	7,5	8,2	9,4	10,2
прочие отрасли	18,7	19,0	18,7	17,9	17,4
Чистые налоги, включая налог на импорт	12,5	11,9	12,6	13,7	14,1
Отношение внешнеторгового оборота к ВВП	45,4	57,0	59,3	66,2	72,7
в том числе:					
экспорт	24,0	29,9	31,2	36,9	40,7
импорт	21,4	27,1	28,1	29,3	32,0

Таблица 29

Доля малого предпринимательства в валовом региональном продукте за 2004 год (в процентах к ВВП, ВРП)

	Всего	В том числе:	
		малые предприятия и микрофирмы	индивидуальный бизнес
Республика Узбекистан	35,6 *	18,6	9,2
Республика Каракалпакстан	42,9	29,8	7,1
области:			
Андижанская	37,8	13,4	13,3
Бухарская	38,0	21,2	7,6
Джизакская	59,0	34,8	10,1
Кашкадарьинская	37,6	21,8	7,4
Навоийская	20,8	10,0	4,7
Наманганская	42,5	19,9	9,7
Самаркандская	49,3	20,5	13,2
Сурхандарьинская	43,5	22,8	7,7
Сырдарьинская	57,3	36,0	7,1
Ташкентская	33,8	17,1	7,0
Ферганская	40,0	21,0	9,4
Хорезмская	42,5	20,0	8,7
г. Ташкент	56,1	40,5	15,6

* Включая дехканские хозяйства

Таблица 30

Распределение численности занятых на малых предприятиях и микрофирмах по отраслям

	2004		
	тыс. человек	в процентах к итогу	в процентах к 2003
Всего	1219,2	100,0	135,4
из них:			
промышленность	138,8	11,4	103,7
сельское хозяйство	738,0	60,5	162,7
строительство	64,2	5,3	105,4
транспорт	10,3	0,8	107,6
торговля и общественное питание	100,2	8,2	105,0

Таблица 31

Новый частный сектор и неформальный сектор

	2000	2001	2002	2003	2004
Доля населения занятого в новом частном секторе в общей занятости (в процентах)	47,8	49,8	51,4	53,7	57,2
Доля населения занятого в неформальном секторе в общей занятости (в процентах)	41,3	44,5	46,2	48,6	51,9
Доля неформального сектора в ВВП (в процентах)	34,9	33,9	33,1	31,4	30,1

Таблица 32

Структура инвестиций в основной капитал по отраслям экономики и источникам (в процентах)

	2000	2001	2002	2003	2004
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
в том числе:					
производственного назначения	57,5	63,1	59,5	63,6	66,0
из них:					
промышленность	29,7	38,9	32,9	29,0	29,0
сельское и лесное хозяйство	5,7	5,5	6,7	5,0	4,3
непроизводственного назначения	42,5	36,9	40,5	36,4	34,0
Освоено из государственного бюджета	29,2	21,5	23,9	16,4	14,4

Таблица 33

Ввод в действие объектов социально-культурного назначения

	Общеобразо-вательне школы, (тыс. ученических мест)	Дошкольные учреждения (тыс. мест)	Больницы (тыс. коек)	Поликлиники (тыс. посещений в смену)	Клубы и дома культуры (тыс. мест)
2000					
всего	17,3	-	0,7	8,3	0,2
город	0,1	-	0,4	0,5	-
село	17,2	-	0,3	7,8	0,2
2001					
всего	26,9	-	0,8	13,5	-
город	1,6	-	0,4	0,4	-
село	25,3	-	0,4	13,1	-
2002					
всего	19,3	0,1	0,3	16,8	0,4
город	1,6	-	0,1	0,2	-
село	17,7	0,1	0,2	16,6	0,4
2003					
всего	22,4	-	0,2	16,1	…
город	2,0	-	-	1,0	…
село	20,4	-	0,2	15,1	…
2004					
всего	19,9	0,2	0,2	12,6	0,4
город	2,3	0,2	0,2	0,5	-
село	17,6	-	-	12,1	0,4

3. Образование

Таблица 34

Охват детей дошкольными учреждениями (процент детей соответствующего возраста)

	2000	2001	2002	2003	2004
Всего	18,2	19,4	19,9	19,2	19,3
Город	35,3	36,0	35,5	35,3	35,7
Село	10,6	12,0	12,9	12,1	12,1

Таблица 35

Численность и прием в средние специальные и высшие учебные заведения

	2000	2001	2002	2003	2004
Численность учащихся в ССПУЗах, тыс.	324,1	446,1	545,9	684,0	697,5
Доля женщин, в процентах	49,0	47,1	46,1	46,3	53,0
Численность студентов в ВУЗах, тыс.	183,6	207,2	232,3	254,4	263,6
Доля женщин, в процентах	37,8	38,7	38,9	38,8	40,7

4. Здравоохранение

Таблица 36

Число лиц, приходящихся на 1 врача, медсестру и больничную койку

	2000			2001			2002		
	на 1 врача	на 1 мед-сестру	на 1 боль-ничную койку	на 1 врача	на 1 мед-сестру	на 1 боль-ничную койку	на 1 врача	на 1 мед-сестру	на 1 боль-ничную койку
Республика Узбекистан	305	96	179	309	95	179	314	96	173
Республика Каракалпакстан	347	95	212	350	93	211	353	93	171
области:									
Андижанская	321	96	158	326	97	162	331	99	162
Бухарская	313	82	202	303	83	208	300	83	213
Джизакская	431	108	198	437	107	201	463	110	204
Кашкадарьинская	363	100	203	376	98	198	389	98	179
Навоийская	330	93	214	332	91	209	333	90	190
Наманганская	343	99	168	354	100	170	359	99	151
Самаркандская	308	114	181	312	114	185	317	118	190
Сурхандарьинская	393	111	233	400	108	207	417	108	211
Сырдарьинская	361	83	155	365	85	153	391	84	151
Ташкентская	389	96	212	398	98	214	409	101	215
Ферганская	397	90	163	407	89	166	407	86	167
Хорезмская	337	103	199	342	103	196	348	102	183
г. Ташкент	125	76	121	124	77	121	125	77	116

Продолжение таблицы 36

Число лиц, приходящихся на 1 врача, медсестру и больничную койку

	2003			2004		
	на 1 врача	на 1 медсестру	на 1 больничную койку	на 1 врача	на 1 медсестру	на 1 больничную койку
Республика Узбекистан	318	96	174	334	98	182
Республика Каракалпакстан	357	96	167	392	98	169
области:						
Андижанская	330	99	164	360	105	167
Бухарская	281	81	215	290	83	216
Джизакская	463	109	205	474	111	209
Кашкадарьинская	390	97	179	432	99	190
Навоийская	335	90	191	338	93	191
Наманганская	365	96	151	399	98	155
Самаркандская	319	118	190	333	118	192
Сурхандарьинская	420	106	213	451	106	224
Сырдарьинская	404	85	155	420	86	157
Ташкентская	411	102	220	446	104	222
Ферганская	409	85	170	424	90	211
Хорезмская	343	102	184	358	105	198
г. Ташкент	133	79	117	131	77	118

Таблица 37

Коэффициент смертности по причинам и по регионам

	2000				2001			
	от всех причин	от болезней системы кровообращения	от злокачественных новообразований	от болезней органов дыхания	от всех причин	от болезней системы кровообращения	от злокачественных новообразований	от болезней органов дыхания
Республика Узбекистан	548,0	288,5	38,8	63,5	528,9	282,3	37,4	55,1
Республика Каракалпакстан	559,6	180,9	40,0	120,1	586,0	191,8	44,4	107,5
области:								
Андижанская	521,6	293,6	30,8	63,7	495,5	276,9	27,1	61,6
Бухарская	469,7	263,2	31,7	42,5	454,6	257,5	30,5	38,6
Джизакская	435,8	190,7	30,0	61,3	434,1	190,7	29,6	57,9
Кашкадарьинская	439,6	204,7	22,3	74,6	443,0	212,6	21,4	69,5
Навоийская	534,7	267,3	50,0	43,8	510,7	254,3	49,8	38,9
Наманганская	508,0	266,8	27,8	91,2	474,0	256,4	25,8	63,6
Самаркандская	527,0	285,1	32,7	63,0	499,7	280,5	28,8	53,5
Сурхандарьинская	464,2	220,1	25,4	74,5	443,8	219,8	27,5	60,5
Сырдарьинская	542,4	276,6	44,6	40,0	530,7	276,5	35,3	36,2
Ташкентская	644,6	363,5	49,4	42,8	625,6	358,8	48,7	35,5
Ферганская	534,4	279,7	30,9	55,3	504,2	274,9	31,4	43,0
Хорезмская	520,0	291,4	29,9	77,4	488,6	286,9	28,6	69,1
г. Ташкент	845,1	522,8	97,7	32,2	819,6	495,3	94,1	35,3

Продолжение таблицы 37

Коэффициент смертности по причинам и по регионам

	2002				2003			
	от всех причин	от болезней системы крово-обраще-ния	от злока-чественных ново-образо-ваний	от болезней органов дыхания	от всех причин	от болезней системы крово-обраще-ния	от злока-чествен-ных ново-образо-ваний	от болезней органов дыхания
Республика Узбекистан	540,2	296,3	37,3	54,5	529,7	289,7	37,2	49,0
Республика Каракалпакстан	591,2	213,8	34,0	122,7	557,0	188,9	39,6	114,9
области:								
Андижанская	519,1	299,6	30,8	52,4	517,1	246,9	34,2	42,1
Бухарская	458,4	258,0	33,8	37,6	463,2	261,6	32,4	42,9
Джизакская	440,1	207,6	32,2	50,5	423,2	204,9	30,6	46,9
Кашкадарьинская	435,4	231,2	17,4	59,9	411,8	225,0	20,6	43,0
Навоийская	525,2	268,9	51,0	33,7	499,9	261,6	46,7	32,9
Наманганская	489,0	287,2	26,6	60,6	497,6	300,8	28,0	56,6
Самаркандская	513,0	284,3	25,8	56,9	489,9	263,3	27,8	50,4
Сурхандарьинская	428,6	216,8	23,5	52,2	434,4	234,7	23,3	50,4
Сырдарьинская	530,5	282,6	43,8	40,8	519,4	286,6	36,4	38,7
Ташкентская	650,2	366,2	50,1	45,7	641,4	379,3	48,3	37,7
Ферганская	516,9	294,4	32,9	44,3	519,7	306,8	29,6	43,8
Хорезмская	489,5	286,9	30,8	59,7	497,8	296,4	27,7	46,7
г. Ташкент	863,8	523,9	97,1	40,2	832,9	492,7	95,8	40,0

Продолжение таблицы 37

Коэффициент смертности по причинам и по регионам

	2004			
	от всех причин	от болезней системы кровообраще-ния	от злокачествен-ных новообразо-ваний	от болезней органов дыхания
Республика Узбекистан	502,1	274,0	36,6	42,9
Республика Каракалпакстан	523,9	183,3	41,2	91,7
области:				
Андижанская	485,9	219,1	29,3	35,5
Бухарская	450,1	245,5	34,9	44,6
Джизакская	399,4	199,2	30,6	38,3
Кашкадарьинская	398,5	230,6	20	39
Навоийская	487,6	255,0	43,6	26,4
Наманганская	467,7	279,5	26,4	52
Самаркандская	474,2	287,9	26,2	46,8
Сурхандарьинская	399,2	227,6	23,4	38,3
Сырдарьинская	496,7	265,5	37,4	35,9
Ташкентская	617,3	338,3	49,1	26,8
Ферганская	481,6	271,1	31,6	44,6
Хорезмская	457,7	274,5	29,1	43,2
г. Ташкент	796,1	460,6	92	35,4

Таблица 38

Коэффициенты младенческой смертности

(число детей, умерших в возрасте до одного года на 1 000 родившихся)

	2000			2001			2002		
	всего	город	село	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	18,9	22,4	17,3	18,3	21,2	17,0	16,7	19,9	15,3
Республика Каракалпакстан	20,5	23,0	18,5	22,3	26,2	19,3	19,9	24,0	16,7
области:									
Андижанская	15,2	22,4	12,1	15,1	21,0	12,6	13,6	18,3	11,7
Бухарская	19,0	23,3	17,6	18,0	23,0	16,5	15,1	20,3	13,5
Джизакская	16,2	18,7	15,5	17,0	18,8	16,5	13,9	14,7	13,7
Кашкадарьинская	19,0	20,1	18,7	18,8	19,3	18,6	17,2	18,4	16,9
Навоийская	18,4	25,0	14,8	17,4	21,2	15,5	14,1	16,6	12,7
Наманганская	18,8	26,7	14,2	17,9	20,2	16,2	16,8	20,6	14,2
Самаркандская	16,0	17,1	15,8	15,9	18,6	15,3	15,1	17,0	14,6
Сурхандарьинская	20,7	24,9	19,9	18,5	22,0	17,8	15,8	20,0	15,1
Сырдарьинская	20,4	21,5	20,0	19,7	19,1	19,9	18,0	18,6	17,8
Ташкентская	19,6	20,2	19,3	17,1	17,6	16,9	16,8	17,5	16,4
Ферганская	19,3	21,0	18,7	19,9	21,0	19,5	18,2	18,7	18,0
Хорезмская	24,6	46,0	19,4	19,9	32,8	16,8	19,3	31,8	16,4
г. Ташкент	19,5	19,5	-	20,8	20,8	-	20,9	20,9	-

Продолжение таблицы 38

Коэффициенты младенческой смертности

(число детей, умерших в возрасте до одного года на 1 000 родившихся)

	2003			2004		
	всего	город	село	всего	город	село
Республика Узбекистан	16,4	20,5	14,5	15,4	18,9	13,8
Республика Каракалпакстан	18,3	20,1	16,9	18,4	22,0	15,2
области:						
Андижанская	13,8	18,9	11,9	14,0	20,2	11,8
Бухарская	14,9	22,0	12,5	14,0	16,5	13,2
Джизакская	13,9	18,3	12,5	12,0	11,1	12,3
Кашкадарьинская	14,7	16,7	14,1	14,0	14,3	13,9
Навоийская	15,7	20,5	13,0	12,6	16,2	10,5
Наманганская	15,8	20,1	13,1	14,0	17,1	12,5
Самаркандская	13,7	14,6	13,5	12,2	12,0	12,2
Сурхандарьинская	14,7	18,5	14,0	11,6	16,1	10,8
Сырдарьинская	17,9	18,5	17,7	18,1	17,4	18,4
Ташкентская	15,2	16,6	14,5	15,6	16,8	15,0
Ферганская	20,0	24,6	18,5	20,1	23,1	19,2
Хорезмская	18,9	26,1	17,2	17,1	26,9	14,8
г. Ташкент	24,9	24,9	-	22,6	22,6	-

5. Экология

Таблица 39

Выброшено вредных веществ в атмосферу (тыс. тонн в год)

	2000	2001	2002	2003	2004
Ташкент	12,7	10,9	10,5	11,6	9,7
Андижан	9,7	8,7	9,5	8,9	6,3
Навои	28,1	27,9	23,5	24,2	23,9
Самарканд	7,0	6,6	5,9	5,5	5,1
Алмалык	99,3	98,8	97,3	99,3	107,7
Ангрен	116,3	91,7	101,8	93,1	99,0
Бекабад	7,2	13,0	13,4	9,1	8,7
Чирчик	5,7	5,2	4,9	4,1	7,6
Коканд	3,7	3,8	3,3	3,4	1,3
Фергана	47,1	44,1	46,6	41,5	38,4
Маргилан	0,1	0,1	0,1	0,1	0,02
Нукус	4,1	4,4	3,1	2,8	3,4
Ургенч	3,7	6,8	6,6	6,1	4,4
Бухара	3,3	3,1	2,1	1,8	2,2
Джизак	0,8	0,8	0,8	0,7	0,9
Карши	2,4	2,2	1,7	5,7	3,1
Наманган	3,4	4,5	4,1	4,0	1,2
Термез	0,6	1,0	0,3	1,6	09
Гулистан	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5