

# ОСОБЕННОСТИ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

## FEATURES OF REFORMING THE HEALTH CARE SYSTEM OF UZBEKISTAN

■ **Асадов Дамин Абдурахимович**  
Доктор медицинских наук

■ **Asadov Damir Abdurakhimovich**  
Doctor of Medical Sciences

■ **Хакимов Валихан Алиханович**  
Кандидат медицинских наук

■ **Khakimov Valikhan Alikhanovich**  
Candidate of Medical Sciences

■ Центр развития профессиональной  
квалификации медицинских работников  
Министерства здравоохранения Республики  
Узбекистан

■ Centre for Professional Development of Medical  
Workers of the Ministry of Health of the Republic  
of Uzbekistan

E-mail: [hva-kaf@mail.uz](mailto:hva-kaf@mail.uz)

### Резюме

В статье анализированы главные проблемы, пути развития систем здравоохранения в условиях глобализации. Показано состояние, сущность этапов реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан. Изложены принципы, использованные при формировании концепции нынешнего этапа построения новой системы здравоохранения. Обосновано, что одним из определяющих направлений современного этапа реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан является формирование усовершенствованной модели первичной медико-санитарной помощи населению. В целях дальнейшего совершенствования медицинской помощи населению проживающему в сельской местности, предложено внедрение в существующую структуру сельских лечебно-профилактических учреждений «сельских медицинских пунктов» возглавляемых медицинской сестрой с высшим образованием

**Ключевые слова:** образование, организация здравоохранения, реформирование

### Summary

The article analyzes the main problems, ways of development of health systems in the context of globalization. The state, essence of the stages of reform of the healthcare system of the Republic of Uzbekistan is shown. The principles used in the formation of the concept of the current stage of building a new health system are outlined. It is justified that one of the defining directions of the modern stage of the reform of the health system of the Republic of Uzbekistan is the formation of an improved model of primary health care for the population. In order to further improve medical care for the population living in rural areas, it is proposed to introduce into the existing structure of rural medical institutions "rural medical centers" headed by a nurse with a higher education.

**Key words:** education, healthcare organization, reform

### Библиографическая ссылка на статью

Асадов Д.А., Хакимов В.А. Особенности формирования  
системы здравоохранения Узбекистана // Innova. - 2022. -  
№ 2 (27). - С. 11-16.

### References to the article

Asadov D.A., Khakimov V.A. Features of the reforming the  
healthcare system of Uzbekistan // Innova. - 2022. -  
No. 2 (27). - P. 11-16.

DOI:

[10.21626/innova/2022.2/02](https://doi.org/10.21626/innova/2022.2/02)

Эпоха глобализации создала условия для огромного позитивного скачка в сфере новых технологий, развитии мировой торговли и инвестиций. Нынешнее поколение людей надеется быть 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 заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, туберкулез, коронавирус и др. 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 долго наслаждаться здоровой и созидательной жизнью.

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 также является необходимым условием для поддержания здорового трудового потенциала страны, критерием эффективности государственного управления [1, 2].

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 2019 году достигла 75,1 лет против 69,3 лет в 1990 году.

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.

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 ССР. 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 не готовой переходу страны к рыночной системе экономических отношений.

В этих условиях основными направлениями реформ в здравоохранении стали:

1. Новый концептуальный и практический подход в вопросах материнства и детства, направленный на создание условий для рождения и воспитания здорового поколения;

2. 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;

3. Отказ от старых стереотипов, значительное расширение финансовых источников отрасли, в том числе за счет развития частного здравоохранения;

4. Оптимизация системы финансирования отрасли, в первую очередь, за счет концентрации бюджетных средств в первичном звене, т.е. профилактике и амбулаторно-поликлиническом лечении вместо неэффективного использования дорогостоящего коечного фонда;

5. Создание принципиально новой системы экстренной медицинской помощи населению на всех административно-территориальных уровнях.

При формировании концепции нынешнего этапа построения новой системы здравоохранения Правительство Узбекистана придерживается, в основном, следующих принципов:

1. 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;

2. На развитие человеческого потенциала не должно негативно сказываться проживание человека в сельской местности. В сегодняшней модели здравоохранения это достигнуто путем создания медицинских учреждений нового типа - пунктов семейного врача (ПСВ) и семейных поликлиник, в которых медицинскую помощь оказывает квалифицированный медицинский персонал;

3. В нынешней новой системе первичной медико-санитарной помощи за основу принято внедрение экономичных и эффективных форм медицинской помощи, создание условий для интегрального ведения пациента семейным врачом (СВ), оказывающим основной объем первичной медицинской помощи;

4. Создание абсолютно доступной на всей территории страны высококачественной и бесплатной экстренной медицинской помощи. В этих целях по всей стране от республиканского до районного уровней создана уникальная сеть хорошо оснащенных учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь в стационарных условиях и скорую медицинскую помощь;

5. 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;

6. Наряду с первичной медицинской помощью создание специализированных клиник по узким заболеваниям, оснащенных высокотехнологичным оборудованием, обеспеченных высококвалифицированными специалистами;

7. Развитие частного здравоохранения не должно препятствовать доступу населения к медицинским услугам, а за счёт здоровой конкуренции должно способствовать повышению качества медицинских услуг. Здоровье является гарантированным правом человека и, поэтому, в стране созданы и совершенствуются все формы обеспечения этого права - законодательство, общественные структуры, гарантирующие защиту прав пациентов, омбудсмен.

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

Глобальный кризис охраны здоровья населения мира заставляет внимательно изучить причины низкой эффективности финансовых вложений в инфраструктуру, услуги и кадры здравоохранения, поскольку они не обеспечивают ожидаемую от произведенных затрат эффективность. В большинстве стран мира в течение последних нескольких десятилетий основным звеном здравоохранения были и остаются больницы, оснащенные высокими технологиями и укомплектованные узкими специалистами. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), такой непропорциональный акцент создает дисбаланс в здравоохранении и обесценивает его социальную значимость, что является основной причиной неудовлетворенности предоставляемыми им медицинскими услугами.

В системах здравоохранения экономически развитых стран численность медицинских специалистов узкой направленности растет в 2-2,5 раза быстрее, чем врачей общей практики. Организация и функционирование высокоспециализированной медицинской помощи, безусловно, отвечает реальному спросу. Она необходима также для политического престижа системы здравоохранения. Однако, анализ развития глобального здравоохранения за последние 30 лет свидетельствует, что избыточное внимание к высокоспециализированной медицинской помощи привело к чрезмерному удорожанию

медицинского оборудования и лекарственных препаратов, прописыванию больным ненужных лекарств (полипрагмазия), назначению не всегда необходимых и оправданных диагностических, лечебных процедур.

Во многих случаях качество лечения и его итоговая эффективность не соответствуют затрачиваемым огромным средствам на чрезмерное развитие высокоспециализированной медицинской помощи.

Для достижения лучших результатов деятельности систем здравоохранения ВОЗ призывает вернуться к приоритетности первичной медико-санитарной помощи: «В контексте нынешних тенденций первичная медико-санитарная помощь выглядит более рациональным способом дальнейшего развития здравоохранения. Нас объединяет общая задача развития первичной медико-санитарной помощи, которая актуальна сегодня как никогда ранее».

Приоритетность первичного звена устанавливает равновесие в организации медицинской помощи населению, отводя семье центральное место в системе здравоохранения. Это крайне необходимо при наличии таких неблагоприятных тенденций современной жизни, как глобализация нездорового образа жизни, ускоренная урбанизация, старение населения, способствующие росту бремени хронических болезней - злокачественных новообразований, болезней сердца, инсульта, диабета, заболеваний почек и др., требующих частого, длительного и дорогого по стоимости лечения. При сравнении стран с одинаковым уровнем экономического развития, при одинаковых финансовых возможностях, более высокий уровень здоровья населения достигается там, где приоритетным звеном здравоохранения является первичная медико-санитарная помощь [3].

Нынешний этап реформ, проводимый в Узбекистане, предусматривает перестройку деятельности всей системы здравоохранения-совершенствование управления и финансирования отрасли, внедрение прогрессивных технологий, развитие человеческого фактора, укрепление материальной базы и технической оснащенности лечебно-профилактических учреждений.

Также одной из главных задач реформирования отечественного здравоохранения является формирование здорового образа жизни, внедрения философии охраны здоровья здорового человека, прежде всего, ответственного отношения к своему здоровью и здоровью близких каждого члена общества, а также населения в целом.

В целях достижения нового качественного уровня здравоохранения осуществляются меры по переносу акцентов с

экстенсивных методов на интенсивные, с количественных аспектов охраны здоровья населения на качественные, решению задач не столько дальнейшего наращивания средств здравоохранения, сколько повышения эффективности их использования. По оценкам ВОЗ, благодаря рациональному применению профилактических мероприятий, улучшению поведения людей и формированию здорового образа жизни, глобальное бремя болезней можно уменьшить на 70%.

В истории становления системы здравоохранения бывшего Союза фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) занимали особое место. В 50-годы прошлого столетия, когда дотла разрушенная страна испытывала невероятные экономические проблемы, одной из первоочередных задач была организация хотя бы самой примитивной системы медицинской помощи населению, особенно тем, кто пострадал в поле боя, еще не полностью оправился от ран и увечий, стал инвалидом и остро нуждался в долечивании, реабилитации и восстановлении элементарной трудоспособности, чтобы прокормить себя и истощённых выживших членов семьи.

В решении этой казалось бы невыполнимой задачи величайшую роль сыграли фельдшерско-акушерские пункты, которые в народе называли ФАПами. В 50-годы XX-столетия по всему союзу были организованы 63 тысячи ФАПов. Они не были построены, а именно организованы в 2-3, а иногда даже в одной комнате во главе с фельдшером и оказывали народу самую простую, но крайне необходимую медицинскую помощь. Народ был доволен их работой и душевным отношением.

В указанный период ФАПы решали основную долю медицинских проблем сельского населения. Если учесть, что на селе проживало 65-70% общего число населения, то нетрудно представить какую нагрузку выполняли фельдшерско-акушерские пункты.

Изучив опыт организации медицинской помощи бывшего Союза ССР, ВОЗ сделала вывод о том, что в СССР на здравоохранение тратится небольшой объем финансовых средств. Однако благодаря рациональному принципу организационной модели здравоохранения достигается всеобщий охват населения первичной медицинской помощью посредством фельдшерско-акушерских пунктов – недорогих, неприхотливых учреждений, расположенных непосредственно в местах проживания населения. Немаловажно, что персонал ФАПов, в основном, проживал в местах дислокации лечебного учреждения, т.е. ФАПы, оказывающие первую и каждодневно необходимую медицинскую помощь, имели ценное качество – доступность для населения.

Всемирная организация здравоохранения

в 1978 году провела выездную Ассамблею в Алма-Ате, которая была посвящена обеспечению всех слоев населения мира к 2000 году самой простой доступной первичной медицинской помощью. Идеология данной Ассамблеи была отражена в принятой Алма-Атинской декларации ВОЗ – «Здоровье для всех в 2000 году». Основным инструментом реализации данной идеи были рекомендованы фельдшерско-акушерские пункты. Таким образом, исполнение основной идеи Алма-Атинской декларации «Здоровье для всех в 2000 году» было возложено на первичное звено здравоохранения по образцу модели фельдшерско-акушерских пунктов. Сегодня во многих развивающихся странах Азии и Африки успешно функционируют сельские медицинские центры-прототипы бывших наших фельдшерско-акушерских пунктов. Во многих постсоветских странах, включая Российскую Федерацию, ФАПы сохранены и работают довольно эффективно [4].

Что касается Алма-Атинской декларации, то она так и осталась декларацией о благих намерениях, поскольку ключом к достижению главной цели о всеобщем охвате услугами здравоохранения является непосильное для ВОЗ ресурсное обеспечение отрасли, в частности:

1. Обеспечение для всех людей возможности получать помощь, в которой они нуждаются, в тот момент, когда это необходимо, и непосредственно там, где они проживают;

2. Первичная медико-санитарная помощь должна удовлетворять большинство медицинских потребностей людей на протяжении всей их жизни, включая профилактику и лечение заболеваний;

3. По меньшей мере половина из 8,5 млрд живущих на Земле людей не имеют доступа к основным медико-санитарным услугам;

4. Только в восьми странах из тридцати (30%) на основные медико-санитарные услуги тратятся не менее 40 долларов США на человека в год, что крайне недостаточно.

5. Дефицит работников первичного звена здравоохранения в мировом масштабе оценивается, примерно, в 18 млн человек. При нынешнем положении этот дефицит ликвидировать практически невозможно, поскольку глобальный объем подготовки кадров значительно отстаёт от темпов роста глобальной численности населения.

Все государства мира осознают, что здравоохранение является главным фактором социальной стабильности и безопасности страны, потому что эффективно организованное здравоохранение обеспечивает социальный баланс в обществе. Хотя желание многих государств по достижению всеобщего охвата населения первичной медицинской помощью, с нашей точки зрения, кажется достаточно умеренным, однако в общемировом масштабе

это желание для многих государств невыполнимо, поскольку финансовые возможности, необходимые для организации медицинской помощи населению между странами резко отличаются. Так, если в развитых странах входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) на охрану медицинской помощи населения выделяется 6-15 тысяч долларов США на одного человека в год, то в 70% стран-членах ВОЗ данный показатель составляет менее 40 долларов США.

В начальных стадиях реформ здравоохранения в Узбекистане у немалого числа идеологов и непосредственных участников данного процесса возникала мысль о нецелесообразности поголовной ликвидации более 6650 ФАПов, которые имели неплохую материально-техническую базу, состоявшийся кадровый потенциал и добрую привязанность населения. Сегодня они логично вписались бы в идеологию новой модели организации первичной медико-санитарной помощи по принципу семейной медицины.

С учетом недостаточности пунктов семейных врачей, семейных поликлиник и географической отдаленности их друг от друга (Республика Каракалпакстан, Бухарская, Навоийская, Кашкадарьинская, Сурхандарьинская, Джизакская области, отдельные регионы Сырдарьинской и Ташкентский областей) представляется целесообразным восстановить деятельность фельдшерско-акушерских пунктов и именовать их сельскими медицинскими пунктами (СМП).

При этом основными функциями персонала в отдаленных и труднодоступных сельских регионах необходимо определить следующее:

1. Медицинская сестра с высшим образованием-заведующая СМП. Общее руководство, организация профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности, осуществление административной и хозяйственной работы, ведение учетно-отчетной и статистической документации.

2. Медицинская сестра. Организация приема больных и посетителей, проведение медицинских манипуляций и вакцинации, ведение учетно-отчетной и хозяйственной документации.

3. Акушерка. Профилактическая и оздоровительная работа среди женщин фертильного возраста и беременных, организация наблюдения и при необходимости, медицинской помощи в период беременности и после родов.

4. Патронажная медицинская сестра. Осуществление систематического патронажа прикрепленного населения.

5. Провизор (фармацевт).

Обеспечение деятельности по планированию и организации лекарственного обеспечения населения.

Целесообразно, чтобы здание вновь создаваемого СМП было компактным, структурно функциональным и имело следующие кабинеты:

1. Кабинет заведующего СМП - для приема пациентов и посетителей, осмотра и физикального обследования больных.

2. Кабинет медицинской сестры - для приема посетителей, пациентов и больных, а также для работы с медицинской документацией, осуществления учетно-отчетной и статистической деятельности. При кабинете следует иметь смежное помещение для вакцинации и проведения медицинских манипуляций с отдельным входом-выходом.

3. Кабинет для ведения акушерского (антенатального) наблюдения за беременными и женщинами в послеродовом периоде с стандартным набором соответствующего инструментария.

4. Кабинет для проведения ЭКГ и других простых функционально-диагностических процедур, а также лабораторных исследований. Однако это будет требовать введения в штатное расписание одной единицы должности медицинской сестры, оснащение соответствующим оборудованием и регулярное обеспечение реагентами, расходным материалом.

6. Крайне необходимо создание аптечного пункта. При этом обеспечить её привлекательность, т.е. он должен быть соответствующим образом оборудован, иметь утвержденный министерством здравоохранения набор медикаментов по доступным ценам и там должен работать специалист, имеющий, по крайней мере, среднее специальное образование.

В странах с развитой системой здравоохранения значительное место отводится организации сестринского дела. В целом подсчитано, что корпус медицинских сестер выполняет, примерно, 70% работы лечебного учреждения.

В этом ракурсе эффективность организации деятельности среднего медицинского персонала приобретает исключительную значимость [5]. Данному вопросу уделено особое внимание в Указе Президента Республики Узбекистан ПФ-6221 от 5 мая 2021 года «О Последовательном продолжении осуществляемых в системе здравоохранения реформ и создании необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников» [6].

В частности, поручено расширить квалификационные требования к должности медицинской сестры, усилить меру ответственности за качество оказываемых

медицинских услуг, увеличить их долю в общем объеме медицинской помощи пациентам, особенно в первичном звене медико- санитарной помощи, расширить их профессиональные полномочия, в целях дальнейшего совершенствования знаний и практических навыков полностью пересмотреть учебные программы и планы подготовки медицинских сестер и развития их профессионального мастерства.

Этим же Указом Президента Республики Узбекистан семейным врачебным пунктам и семейным поликлиникам выделены с 1 июля 2021 года – 10 тысяч, с 1 января 2022 года – дополнительно 10 тысяч штатных единиц средних медицинских работников. Это позволит в значительной степени совершенствовать деятельность «медицинских бригад», а также расширить охват населения более качественными медицинскими услугами районными (городскими) многопрофильными центральными поликлиниками. В целях целевого и эффективного использования существующего потенциала специалистов – средних медицинских работников медсестринское дело включено в перечень видов деятельности (работ, услуг), которыми могут заниматься самозанятые лица. Кроме этого негосударственным медицинским организациям разрешено создавать «медицинские пункты» в составе средних медицинских работников негосударственных медицинских организаций.

#### **Заключение.**

Таким образом, одним из определяющих направлений современного этапа реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан является формирование усовершенствованной модели первичной медико-санитарной помощи населению.

Целесообразно основой новой модели первичной медико-санитарной помощи для населения проживающего в сельской местности предусмотреть внедрение в существующую структуру учреждений сельских медицинских

пунктов. Последние могут функционировать в качестве филиалов пунктов семейных врачей и семейных поликлиник в отдаленных сельских регионах.

Поскольку здоровье рассматривается руководством страны как стратегическое богатство, следовательно, и ставится задача обеспечения доступности качественной помощи каждому гражданину страны.

#### **Литература.**

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо. - 2008. - 125 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро: Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. -2013. -226 с.
3. Асадов Д.А. Рыночные отношения в здравоохранении не самоцель. -Экономическое обозрение. - 2011. - №9 (142). - с.22-26.
4. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Алма-Атинская декларация. - 1978. -3 с. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347882>.
5. Указ Президента Республики Узбекистан УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ». -Ташкент. - 2020. - 10 с. <https://lex.uz/docs/5100679>.
6. Указ Президента Республики Узбекистан УП-6221 от 5 мая 2021 года «О последовательном продолжении осуществляемых в системе здравоохранения реформ и создании необходимых условий для повышения потенциала медицинских работников». - Ташкент. – 2021. – 25 с. <https://lex.uz/docs/5411138>.