



Реформа здравоохранения в Узбекистане: Какая роль отведена международному сообществу?

Себастьян Перуз

Программа по Центральной Азии, IERES, Университет Джорджа Вашингтона
Член Международного партнерства за права человека (МППЧ)

Спустя почти четверть века неоспоримой власти под руководством Ислама Каримова, который превратил Узбекистан в одну из самых авторитарных стран мира, приход нового правительства в 2016 году под председательством Шавката Мирзиёева породил надежду. Президент Мирзиёев объявил о крупных экономических и социальных реформах и инициировал некоторые политические изменения, которые улучшили, хотя и в ограниченной степени, положение в области прав человека. Одним из приоритетных секторов, объявленных Мирзиёевым, была система здравоохранения, которая при его предшественнике пришла в упадок из-за недостаточного инвестирования, неудовлетворительного состояния медицинской инфраструктуры, серьезной нехватки квалифицированного медицинского персонала, коррупции, а также широкого распространения инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, вспышка дизентерии и гепатита. В целях реформирования всего сектора здравоохранения в период с 2017 по 2019 год было принято не менее 160 законодательных актов, касающихся системы здравоохранения, в том числе касательно улучшения доступа к недорогостоящему медицинскому обслуживанию и лекарственным препаратам в модернизированных или новых медицинских учреждениях, укомплектованных более квалифицированным медицинским персоналом. Следует отметить, что после многих лет репрессий при бывшем президенте Каримове, которые препятствовали диалогу между правительством и местными заинтересованными сторонами, включая медицинских работников и пациентов, с приходом президента Мирзиёева у гражданского общества появилась возможность выразить свое мнение и оценки, необходимые для реального улучшения системы здравоохранения страны, том числе посредством интернета.

Вместе с тем, несмотря на прогресс, достигнутый в результате реформ, имеются данные, свидетельствующие о том, что значительная часть медицинского сектора по-прежнему находится в неудовлетворительном состоянии, доступ к здравоохранению ограничен для той части населения, которая не может позволить себе услуги частных медицинских учреждений, в то время как ситуация еще более усугублена широко распространенной коррупцией среди медицинского персонала государственных медицинских учреждений, который взимает оплату за официально бесплатные медицинские услуги.

Недавняя ситуация с пандемией COVID-19 выявила основные недостатки системы здравоохранения. Несмотря на относительно небольшое число активных случаев инфицирования в июле 2020 года, составившее 8000 человек, *работники медицинских учреждений выразили обеспокоенность* по поводу того, что система здравоохранения работает в полную силу и может не выдержать кризиса. По информации с мест, а также из социальных сетей, многие рядовые граждане Узбекистана ставят под сомнение реализацию заявлений и инициатив правительства, а также готовность Президента Мирзиёева перейти от принципа принятия решений «сверху вниз» к реальному диалогу с местными заинтересованными сторонами.

Отсутствие мощной и эффективной системы здравоохранения может серьезно препятствовать развитию Узбекистана в целом, и его попыткам достичь наивысшего достижимого уровня здоровья своих граждан, что, по данным Всемирной организации здравоохранения, «является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального

положения». В то время как правительство и местные заинтересованные стороны несут ответственность за проведение фундаментальных реформ, необходимых для решения проблем, с которыми сталкивается система здравоохранения, международные доноры могли бы внести реальный вклад в улучшение ситуации, зачастую при более скромных на сегодняшний день инвестиционных возможностях. Несмотря на несомненную сложность работы с авторитарными режимами, некоторые инициативы могли бы обеспечить конкретную поддержку и оказать прямое и позитивное воздействие на местное население, в том числе посредством осуществления целевых программ по оказанию помощи и укреплению потенциала местного гражданского общества. Например, независимые профсоюзы могли бы содействовать проведению правительственных реформ и, что самое важное, в качестве специалистов защищать интересы сотрудников медицинских учреждений.

Значительное ослабление системы здравоохранения при Каримове

При бывшем президенте страны Каримове, система здравоохранения пришла в упадок: объем инвестиций в сектор здравоохранения существенно сократился - *с 6,8% ВВП в 1995 году до 5,12% в 2005 году*, и впоследствии лишь незначительно повысился, достигнув *5,6 % в 2012 году и 5,9% в 2016 году*. Это привело к серьезному ухудшению системы, унаследованной Узбекистаном с советских времен, которая, несмотря на свои многочисленные недостатки, обеспечила населению всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, значительную сеть медицинских учреждений, таких как больницы, а также обеспечивала контроль за распространением многих инфекционных заболеваний. Недостаточные инвестиции в систему здравоохранения со времен обретения независимости привели *к существенному ухудшению состояния медицинских учреждений, а также негативно отразились на положении медицинских работников*, о чем свидетельствуют низкая заработная плата и все более сложные условия труда. С момента обретения независимости доступ населения к медицинскому обслуживанию стал более затрудненным: хотя большинство населения по-прежнему имеет право на бесплатное медицинское обслуживание, они вынуждены платить за базовое медицинское обслуживание или лекарства в зачастую обветшалых медицинских учреждениях, не имеющих надлежащего оборудования и подготовленного персонала. В стране также наблюдается рост инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, брюшной тиф, дизентерия, холера, туберкулез; заболеваемость туберкулезом в Узбекистане особенно высока (*70 на 100000*), *по сравнению с Россией (54 на 100000) и Европейским союзом (10 на 100000)*. Согласно местным неофициальным источникам, ВИЧ и гепатит распространяются при переливании крови, в том числе с использованием непроверенной крови родственников или друзей пациентов.

После обретения страной независимости несколько ключевых показателей в области здравоохранения также ухудшились. Оптимистические показатели состояния здоровья и предполагаемые улучшения в системе здравоохранения, о которых говорили подконтрольные государству СМИ при Каримове, широко оспаривались медицинским персоналом, местным населением и международным сообществом. В то время как официальная статистика свидетельствует о том, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин в 2012 году составляла 70,7 года для мужчин и 75,5 года для женщин, данные Всемирного банка указывали *64,8 года для мужчин*



и 71,5 года для женщин. Наследие режима Каримова по-прежнему тяжело сказывается на состоянии системы здравоохранения. Данные, опубликованные правительством президента Мирзиёева, указывают на ряд тревожных показателей состояния здоровья: в 2018 году уровень смертности детей до одного года составил *19 случаев смертей на 1000* новорожденных (значительно выше, чем например в Казахстане, где показатели составляют 9, в Российской Федерации 6, в Соединенных Штатах и странах ЕС - менее 5 смертей на 1000 новорожденных в возрасте до одного года); в то же время уровень смертности детей в возрасте до 5 лет составил *21 случаев смерти на 1000 живорождений* (по сравнению с 10 в Казахстане, 7 в России и менее чем 5 в странах ЕС), а коэффициент *материнской смертности составил 29 случаев смерти на 10000 живорождений* (по сравнению с 10 в Казахстане и 17 в России в 2017 году), что является одним из самых высоких в странах бывшего СССР.

Не обошлось также без скандалов, которые негативно отразились на системе здравоохранения, включая сообщения о сотнях детей, которые были случайно инфицированы ВИЧ *во второй половине 2000-х годов* в результате повторного использования нестерилизованного медицинского оборудования, а также сообщения о принудительной стерилизации женщин в рамках неофициальной политики контроля за рождаемостью. Правительство Каримова осуществляло строгий контроль за информацией, касающейся системы медицинского обслуживания, а в 2010 году даже *было принято законодательство*, запрещающее врачам выезжать за границу в явной попытке заставить их замолчать.

Реформирование системы медицинского обслуживания

После вступления в должность, Шавкат Мирзиёев поставил совершенствование системы здравоохранения одной из основных целей Стратегии развития Узбекистана на 2017-2021 годы. В рамках этой новой общей стратегии правительство взяло на себя обязательство обеспечить доступность и качество медицинских услуг и улучшить показатели в области здравоохранения путем проведения реформ во многих областях, включая оказание первичной медико-санитарной помощи, неотложной медицинской помощи, и медицинской помощи уязвимым лицам.

Данные цели были официально закреплены в многочисленных программах и законодательных актах, в частности в принятом в декабре 2018 года в Указе Президента Республики Узбекистан *«О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан»*, на основе которого была утверждена *«Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы»* и *«Программа реализации концепции развития системы здравоохранения в Республике Узбекистан на 2019-2021 годы»*.

Упомянутые указы, концепции и программы предусматривают целый ряд мер, направленных на ряд областей медицинского сектора, включая повышение качества медицинских услуг; повышение подотчетности медицинского персонала; развитие использования новых медицинских технологий; осуществление программ профилактического скрининга; развитие генетических и специализированных медицинских услуг, особенно для женщин и детей; создание системы охраны здоровья матери и ребенка. В фармацевтическом секторе правительство стремится сократить расходы и расширить производство лекарств и оборудования. Особое внимание уделяется профессиональной подготовке путем модернизации программ медицинской подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, а также расширению подготовки административного персонала в медицинских учреждениях в соответствии с международными стандартами. Наконец, правительство намерено решить проблему недостаточного финансирования системы здравоохранения путем приватизации и постепенного введения обязательного медицинского страхования с 1 января 2021 года.

Наряду с новыми программами и стратегиями правительство выступило с рядом конкретных инициатив, направленных на удовлетворение некоторых из наиболее насущных потребностей страны. Например, в ответ на острую нехватку семейной медицины, особенно за пределами крупных городов, были построены около *793 сельских семейных поликлиник*, при финансовой помощи *Азиатского банка развития и других учреждений*. Для решения конкретных вопросов были также предприняты другие инициативы. Поскольку рак шейки матки является вторым наиболее распространенным видом рака среди женщин всех возрастов в Узбекистане, в стране началась вакцинация девочек от вируса папилломы человека (ВПЧ). В сфере охраны здоровья матери и ребенка, Постановлением Президента *«О государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний у детей на 2018-2022 годы»* предусматривается расширение возможностей ранней диагностики генетических синдромов у детей; а также массового обследования младенцев на предмет выявления наследственных заболеваний.

Правительство также инициировало развитие телемедицины, запустив в 2018 году *Единую телемедицинскую сеть (ЕТС)*, которую должны внедрить все медицинские учреждения страны. ЕТС предназначена для развития технологий в сфере телемедицины и предоставления врачам возможности общаться с пациентами в отдаленных районах. Президент Мирзиёев также содействовал развитию частного сектора здравоохранения, который пользуется популярностью среди широкой общественности. Около половины населения Республики Узбекистан считает необходимым создание частных медицинских учреждений, более трети населения считает частную медицину наиболее надежным источником медицинской помощи по сравнению *с 30 процентами населения, которые отдают предпочтение государственной медицине*; в то время как 32 процента считают, что их выбор зависит от тяжести заболевания. Другими словами, многие обращаются в государственные структуры для лечения, которое считается незначительным, но предпочитают обращаться в частные клиники для решения более серьезных проблем со здоровьем. Правительством был инициирован ряд мер по стимулированию частного сектора. Например, в апреле 2017 года президент Мирзиёев подписал указ, в соответствии с которым количество видов услуг, которые могут оказывать частные клиники, было увеличено с 50 до 129. В дополнении, частные медицинские организации освобождены от налогов и обязательных отчислений в государственные целевые фонды до 1 января 2022 года, что способствовало открытию за последние два года 1650 новых частных медицинских учреждений.

И наконец, заметным изменением по сравнению с эпохой Каримова является открытость правительства президента Мирзиёева к обсуждению некоторых деликатных тем, что подтверждается «Концепцией стратегии развития Республики Узбекистан до 2035 года», опубликованной НПО Буюк Келаджак, где признается, что такие вопросы, как коэффициент младенческой смертности, ранее недооценивались, и содержится тонко завуалированная критика непрозрачности статистики в эпоху Каримова. Кроме того, относительно быстрая реакция узбекского правительства на кризис, связанный с пандемией Covid-19, которая включала в себя *распространение информации о болезни* среди населения, создание линии экстренной медицинской помощи и строительство временных больниц, значительно контрастировали с политикой отрицания других авторитарных режимов в Евразии, таких как *Таджикистан* и Туркменистан, или, чуть дальше, в Беларуси.

Воздействие реформ и ситуация в сфере здравоохранения на сегодняшний день

Вместе с тем до настоящего времени позитивное воздействие стратегий, реформ и инициатив проявляются медленно, и сообщения о проблемах, с которыми ежедневно приходится сталкиваться медицинским работникам и пациентам, резко контрастируют с обещаниями государства. Многие объекты, построенные при советской эпохе, до сих пор не отремонтированы, например в Намангане, одном из крупнейших городов страны, где находится *поликлиника*, обслуживающая 20000 жителей города и Уйчинского района, используется только один из трех этажей, так как два других находятся в непригодных условиях.

Согласно информации, полученной из достоверных источников, во многих больницах ощущается нехватка койко-мест, что зачастую приводит к *плачевным ситуациям*, подобных той, которая произошла в *больнице в Кашкадарьинской области*, где несколько женщин-пациентов с тяжелыми заболеваниями (кровотечение и обезвоживание), пришлось лечить в коридорах. Также имеют место случаи, когда *пациентов размещают* в медицинских учреждениях не на основе той или иной имеющейся патологии, а исходя от наличия мест в отделениях. Еще более сложная ситуация сложилась в сельских или изолированных районах, таких как *Каракалпакстан*, где в больницах регулярно происходят перебои в электроснабжении и отсутствуют генераторы, что ставит под угрозу жизнь пациентов.

Помимо этого, также серьезной и широко распространенной проблемой в больницах и медицинских центрах является отсутствие современного медицинского оборудования. Оборудование многих врачей состоит только из аппарата измерения артериального давления и стетоскопов. Некоторые *больничные лаборатории* (например, в Намангане) оснащены лишь 30-40% необходимого оборудования и вынуждены работать с устаревшим оборудованием советской эпохи. Некоторые больницы, построенные в советское время, в том числе в таких крупных городах, как *Бухара*, не имеют необходимого оборудования для рентгенографии, ЭКГ или УЗИ, и таким образом, не в состоянии обеспечить некоторые из самых элементарных медицинских услуг. Это вынуждает пациентов, нуждающихся в такого рода обследованиях, преодолевать большие расстояния, чтобы обратиться в другие государственные или частные больницы, что сопряжено с определенными расходами, которые находящиеся в неблагоприятном положении группы населения не могут себе позволить. Узбекские власти признают, что инвестиции в оборудование остаются низкими, в частности из-за нехватки бюджетных средств и *отсутствия государственного потенциала*. В результате, как признается в стратегии на период до 2035 года, не все граждане могут получить доступ к необходимому лечению, профилактика заболеваний остается неудовлетворительной, а некоторые люди могут получить медицинскую помощь только в случае чрезвычайной ситуации, угрожающей их жизни.

Серьезная нехватка квалифицированного медицинского персонала

Как и во многих странах Центральной Азии, в Узбекистане ощущается серьезная нехватка врачей, специалистов и медсестер. С 2010 года число врачей на 10000 жителей *сократилось на 18%*, что привело к возникновению трудностей в некоторых регионах, включая больницы, с недостаточным штатом врачей общей практики и акушерок, и где полностью отсутствуют такие специалисты, как кардиологи, специалисты, занимающиеся лечением заболеваний уха, носа и горла (ЛОР), травматологи и т.д. По данным Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, существует необходимость для привлечения *дополнительных 3000 врачей общей практики и 10000 других специалистов по всей стране*, включая педиатров, терапевтов, анестезиологов, акушеров-гинекологов, психиатров, рентгенологов, хирургов и стоматологов. Необходимо также набрать несколько тысяч медсестер, в том числе по меньшей мере *2000 для одного только города Ташкента*. Еще более сложная ситуация сложилась в некоторых областях, таких, как Сурхандарья, Кашкадарья и Джиззах, где на 10000 жителей приходится около *16-17 медицинских работников по*

сравнению с 20,5 в среднем по стране. Для сравнения, пороговый показатель в 4,45 единиц врачебного, сестринского и акушерского персонала на 1000 населения *был определен ЦУР* в качестве ориентировочной минимальной плотности, отражающей потребность в медицинских работниках.

Кадровые проблемы обусловлены тяжелыми условиями труда и низким уровнем заработной платы. По сообщениям некоторых ОГО, условия труда медицинских работников нарушают их права, закрепленные в трудовом законодательстве Узбекистана. При средней заработной плате *100-150 долларов США для врачей и 60-70 долларов США для другого медицинского персонала*, заработная плата медицинского персонала остается значительно ниже средней заработной платы по стране (235 долларов США) и недостаточна для обеспечения достойного уровня жизни.

Кроме того, еще одним препятствием по-прежнему является коррупция. Многие претенденты на работу не могут или не хотят платить предполагаемые взятки для получения должности, которые могут составить несколько сотен долларов. Укоренившаяся коррупция в процессах набора персонала сдерживает потенциальных кандидатов и опасно смещает процесс отбора в пользу кандидатов, обладающих финансовыми средствами, а не необходимыми навыками.

Это привело к значительной утечке мозгов. Например, в период с 2017 по 2019 год в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи в Ташкенте, находящемся под контролем государства, *242 квалифицированных врача* перешли на работу в частные клиники или выехали за рубеж. Многие эмигрировали в Казахстан и Россию, где, несмотря на сложные условия и заниженную заработную плату, врачи находят лучшие условия работы и оплаты труда, чем в Узбекистане.

Трудности с медицинской подготовкой

Еще одной серьезной проблемой в Узбекистане является качество медицинского образования. Многие больницы укомплектованы *молодыми и неопытными врачами, некоторые из которых плохо обучены* методам лечения или использованию современных лекарств. Эта проблема была признана Министерством здравоохранения, которое определило высокие показатели младенческой смертности и трудности, связанные с охраной здоровья матери и ребенка, низким качеством услуг, предоставляемых недостаточно квалифицированным медицинским персоналом.

Нынешнее правительство приняло меры по улучшению подготовки кадров. С 2019 года в *медицинских университетах были введены новые дисциплины*, чтобы компенсировать отсутствие таких специальностей, как клиническая психология, биомедицинская инженерия и сертификация по управлению современными лекарствами. Кроме того, в то время как при Каримове зарубежные поездки для студентов и медицинских специалистов были в значительной степени запрещены, в том числе на *основании закона, принятого в 2010 году*, 18 сентября 2019 года правительство подписало *постановление* о финансировании учебных программ по повышению квалификации медицинских работников за рубежом. С 2017 года в России подготовлено *более 600 узбекских специалистов*.



Был также принят ряд конкретных мер по решению проблемы нехватки врачей в областях. В 2018 году в городе Термез было открыто отделение *Ташкентской медицинской академии* с целью компенсировать нехватку врачей в Сурхандарьинской области. За 2019/2020 учебный год в региональные медицинские вузы поступило около *4500* абитуриентов, которые по окончании обучения получают государственные субсидии при условии работы *в регионе их происхождения*.

Однако, несмотря на эти государственные инициативы, сохраняются значительные проблемы в плане развития навыков и потенциала медицинского персонала. Медицинским учебным центрам не хватает *новых учебных материалов и новаторских методов*. Немногие учебники по медицине переведены на узбекский язык, а знание русского языка снизилось, особенно в областях и там, где английский язык в целом не преподается, что является серьезным препятствием как для профессиональной подготовки, так и для повышения квалификации. В результате лишь незначительное число медицинских работников имеет возможность воспользоваться онлайн-курсами на русском или английском языке. Кроме того, даже профессиональная подготовка подрывается системной коррупцией. По результатам *опроса, проведенного в 2019 году, в котором приняло участие 34000 жителей страны*, о распространении коррупции в высших учебных заведениях, участники поставили Ташкентскую медицинскую академию на четвертое место по уровню коррупции в стране. Непрозрачные критерии отбора и система экзаменов в медицинских университетах препятствуют продвижению компетентных кадров в пользу более состоятельных в финансовом отношении кандидатов, что снижает качество услуг, предоставляемых в медицинских учреждениях. И наконец, студенты-медики, как и во многих других секторах, вынуждены участвовать в сборе хлопка, что ежегодно сокращает время занятий.

Факторы, препятствующие доступу: издержки и коррупция

Высокая стоимость медицинских услуг является серьезным препятствием для сотен тысяч семей в Узбекистане. В то время как официальные данные свидетельствуют о том, что население оплачивает около 40% всех медицинских расходов, как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях, согласно докладу НПО Буюк Келаджак, реальная цифра может быть *ближе к 70-80%*.

Например, пациенты, которым необходимо хирургическое вмешательство, должны приобрести некоторые виды оборудования, необходимого для проведения операции и послеоперационного ухода, такие как шприцы, капельницы, катетеры и медикаменты. Несмотря на то, что официально медицинские услуги являются бесплатными, пребывание в стационаре в течение 8-10 дней обходится пациенту в среднем от *300 до 600 долларов США*, что является непомерно большой суммой для многих жителей страны, где среднемесячная заработная плата в 2019 году составляла *235 долларов США без выплаты налогов*, а размер социальных выплат для таких уязвимых групп, как престарелые люди, составляет в среднем всего лишь 70 долларов США в месяц. Таким образом, для сотен тысяч жителей Узбекистана стоимость якобы бесплатной медицинской помощи является серьезным препятствием для доступа к ней.

Фактически, большая часть платежей, которые физические лица должны платить за официально бесплатное медицинское обслуживание, являются незаконными и составляют часть широко распространенной системы коррупции среди медицинского персонала, обусловленной низкой заработной платой, что подталкивает их на поиск альтернативных источников дохода. Низкая заработная плата также подпитывает теневую экономику; имеются сообщения о том, что некоторые *врачи заключают контракты с фармацевтическими компаниями* и получают вознаграждение за назначение определенных медикаментов. Кроме того, зачастую коррупция становится причиной, когда врачи нарушают клятву Гиппократова, отказывая в лечении пациентам, которые не в состоянии оплатить расходы. В 2018-2019 годах *50 медицинских работников* были привлечены к ответственности за несвоевременное предоставление медицинской помощи.

Препятствия на пути реформы

Неудовлетворительное состояние медицинской инфраструктуры, медицинского персонала и доступа пациентов свидетельствует о том, что заявленные реформы еще не оправдали ожиданий. Тем не менее, ответственность за это лежит не только на нынешнем руководстве. Во-первых, многие трудности с которыми сталкивается медицинский сектор, включая ухудшение некоторых показателей состояния здоровья (таких, как смертность среди детей в возрасте до пяти лет, которая упала с 15,4 в 2016 году до 21 в 2018 году), являются результатом долгосрочного недоинвестирования, которое имело место задолго до прихода к власти президента Мирзиёева и оказало значительное негативное воздействие на систему здравоохранения. Во-вторых, многие реформы, начатые президентом Мирзиёевым, такие, как плановая модернизация больниц, совершенствование медицинской подготовки, или кампании

по лечению конкретных заболеваний, вероятно, дадут видимые результаты, отраженные в медицинских показателях, только через несколько лет. В-третьих, кризис пандемии COVID-19 и его экономические последствия, вероятно, также будут препятствовать осуществлению запланированных реформ и инвестиций в сектор здравоохранения.

Многие реформы системы здравоохранения, такие как модернизация устаревшей медицинской инфраструктуры, масштабные закупки медицинского оборудования, обещанное повышение заработной платы медицинским работникам, потребуют значительного государственного финансирования. Однако фактически, государственные расходы на здравоохранение сократились с приходом новой власти: в то время как за последний год правления президента Каримова в 2016 году расходы на здравоохранение на душу населения составляли 135 долларов США, за первый год правления Мирзиёева в 2017 году они снизились до 92,8 доллара США, и до 68,2 доллара США в 2018 году. В 2018 году расходы государства выросли до *72,6 доллара США и, по оценкам, достигли 83,6 доллара США в 2019 году*. Несмотря на недавнее увеличение, показатель 2019 года остается ниже, чем расходы на конец периода правления Каримова. Аналогичная тенденция наблюдается в отношении доли расходов на здравоохранение по сравнению с ВВП, которая ежегодно снижалась при президенте Мирзиёеве: *с 5,2 процента в 2016 году до 4,3 процента в 2019 году*. Правительство объявило, что оно увеличит расходы *почти на 2 миллиарда долларов США в 2020 году, что на 23 процента больше, чем в 2019 году*. Однако для того, чтобы процесс реформ был устойчивым, необходимо будет продолжать увеличивать расходы в течение последующих нескольких лет, так как последствия кризиса пандемии COVID-19 могут еще больше осложнить эту задачу.



Приверженность государства борьбе с коррупцией имеет важное значение для совершенствования системы здравоохранения. Правительство президента Мирзиеева ввело объявленную антикоррупционную программу - сначала путем *увольнения в 2017 году около 40 коррумпированных медицинских работников. Более ста медицинских работников* были привлечены к ответственности и осуждены за коррупцию в 2018 и 2019 годах.

Однако причины для беспокойства по поводу реализации данной политики сохраняются. Коррупция с давних времен распространена в судебной системе Республики Узбекистан, в то время как слабое разделение властей в Узбекистане делает суды в значительной степени зависимыми от исполнительной власти. Кроме того, показатель вынесения обвинительных приговоров чрезвычайно высок - 99 процентов в 2016 году - и с тех пор вряд ли существенно изменился. Таким образом, для лиц, обвиняемых в коррупции, вряд ли смогут обеспечить справедливое судебное разбирательство. Во-вторых, эти обвинительные приговоры не устраняют одну из коренных причин, обуславливающих широко распространенную практику оплаты услуг медицинского персонала пациентами практически на всех этапах лечения. Коррупция среди медицинского персонала вряд ли уменьшится до тех пор, пока существенно не улучшатся оплата труда и условия жизни медработников. Сами политические власти признали, что, несмотря на усилия правительства по решению этой проблемы, коррупция в секторе здравоохранения за последние два года возросла. Исследование, проведенное Узбекским центром изучения общественного мнения «Ижтимои Фикр», показало, что число респондентов, считающих систему здравоохранения коррумпированной, возросло с 34% в 2017 году до *43% в 2019 году*.

С другой стороны, авторитарные меры, такие как увольнение административного персонала в связи с жалобами на медицинские учреждения, ставят под сомнение их эффективность.

Нехватка коек в больницах привела к некоторым тяжелым ситуациям, например, *в больнице в Кашкадарье*, где рожениц пришлось размещать на полу в коридоре. Согласно существующей информации, подобные ситуации продолжают уже на протяжении многих лет. До тех пор, пока медицинские учреждения не получат достаточного государственного финансирования для расширения и модернизации, простая замена директора больницы вряд ли повысит ее потенциал или качество обслуживания.

Наконец, несмотря на большую открытость президента Мирзиеева в решении некоторых деликатных вопросов, касающихся сферы здравоохранения, информация о медицинском секторе остается в значительной степени непрозрачной, что является очевидным препятствием на пути ее совершенствования. Согласно результатам мониторинга, проведенного *Ассоциацией по правам человека в Центральной Азии*, и некоторым местным источникам, данные о смертности могут быть значительно занижены; например, засекречена информация о коэффициентах материнской смертности в Каракалпакстане, Хорезме и Сурхандарье. Кроме того, уязвимые группы населения, включая заключенных и инвалидов, могут не получать надлежащего лечения, а причины их смерти зачастую скрываются. Отсутствует информация о профессиональных заболеваниях, и не реализована программа поддержки

пострадавшим. Наконец, *правительством Каримова был составлен список регионов*, где экологические условия представляют опасность для здоровья населения; на сегодняшний день данный список остается засекреченным, что, соответственно, препятствует изучению экологической ситуации в регионах и ее воздействия на здоровье местного населения.

Усиление роли гражданского общества?

Важным испытанием намерения правительства улучшить систему здравоохранения является его готовность выйти за рамки авторитарных мер и начать реальный, равноправный диалог с местными заинтересованными сторонами, включая медицинских работников, пациентов и организации гражданского общества (ОГО). Эти основные участники играют ключевую роль в определении и решении конкретных проблем и потребностей, о которых местные, региональные или национальные административные сотрудники могут не знать. Для правительства это означает предоставление местным заинтересованным сторонам и ОГО большей независимости, и учет их мнений в процессах принятия решений. При бывшем президенте Каримове регулирование системы здравоохранения являлось исключительно прерогативой правительства и, следовательно, значительно ограничивало возможности для диалога и сотрудничества с гражданским обществом, которое рассматривалось не в качестве партнера, а как угроза безопасности режима. Это привело к значительным правовым ограничениям и давлению на национальные ОГО, включая закрытие многих из них, «гонгоизацию» других (когда НПО финансируются и контролируются администрацией), а также изгнание многих международных НПО. В этой связи, многие медицинские работники обеспокоены тем, что реформы, проводимые с момента обретения независимости, *основываются на исполнительных указах, принятых без консультаций с основными местными заинтересованными сторонами.*

В целом, президент Мирзияев инициировал неоспоримые политические перемены. По его инициативе были освобождены несколько видных политических заключенных и журналистов-диссидентов эпохи Каримова, были представлены возможности для более открытого распространения информации в средствах массовой информации, включая некоторую критику, что было бы почти невозможно при Каримове. Однако надежды на демократизацию так и не оправдались. Политические, экономические и социальные реформы, начатые с 2017 года, в том числе в медицинском секторе, продемонстрировали в меньшей степени готовность новых политических властей к политической либерализации, чем то, что можно назвать модернизацией или умеренностью авторитаризма. Таким образом, политика заключалась в поощрении программ экономического развития и улучшении социального обеспечения с целью компенсировать все еще в значительной степени недемократические принципы, смягчить стремление людей к большим свободам, *отложить проведение подлинно демократических реформ, и тем самым гарантировать безопасность режима.* Этот сценарий иллюстрируется ограниченными масштабами политического развития, проведением парламентских выборов в 2019 году, которые, по заключению ОБСЕ, «еще не продемонстрировали подлинной конкуренции и полного соблюдения процедур в день выборов», а также отсутствием в стране реальных оппозиционных политических партий.

Тем не менее, некоторые реформы и инвестиции, начатые с 2017 года, открыли перспективы для развития в интересах населения. Реформы, проводимые президентом Мирзиевым, в некоторой степени возродили гражданскую активность. Узбекским врачам удалось создать *социальную медиа-платформу*, которая предоставляет новости медицины в Узбекистане, электронные книги, охватывающие различные области медицинской экспертизы, обсуждение медицинских фактов и клинических случаев. В связи с этим для ОГО был принят ряд позитивных мер: для некоторых ОГО был упрощен процесс регистрации с использованием онлайн-процесса; были снижены регистрационные сборы; ОГО более не требуется получать разрешение правительства на проведение мероприятий, при этом необходимо заблаговременно проинформировать власти. Согласно официальной статистике, в настоящее время *в Узбекистане зарегистрировано более 9000 ОГО*, в том числе 211 ОГО, работающих в сфере здравоохранения.

И все же, помимо данных цифр, условия для развития ОГО и автономных инициатив по-прежнему серьезно ограничены. Большое число ОГО, о которых сообщает правительство, может быть завышено, поскольку оно включает все подразделения политических партий, профсоюзов и региональных отделений ОГО, которые действуют в различных частях страны. Например, Общество инвалидов Узбекистана имеет 150 отделений, все из которых считаются отдельными ОГО.

Государство сохраняет контроль над ОГО через все еще длительный *процесс регистрации, который может занимать от семи до десяти месяцев (по сравнению с менее чем одним часом для регистрации компании), а также обременительных бюрократических требований*, которые наиболее негативно влияют на деятельности



независимых, неподконтрольных государству ОГО. Кроме того, после регистрации ОГО сталкиваются с формальными и неформальными препятствиями, поскольку финансирование по-прежнему строго контролируется, и любая деятельность ОГО, на осуществление которой предоставляется более *450 США из-за рубежа*, должна быть утверждена Министерством юстиции, что существенно ограничивает независимость ОГО в таких секторах, как здравоохранение, где инвестиции являются дорогостоящими. Кроме того, местные независимые активисты гражданского общества продолжают подвергаться репрессиям за свою деятельность со стороны сотрудников милиции и других правоохранительных органов.

Сектор здравоохранения по-прежнему остается чувствительной темой, в решении которой местные НПО с трудом могут принять участие. Например, согласно существующей информации, некоторым группам, которые хотели распределять благотворительную помощь в виде медицинского оборудования, не удалось пройти процесс регистрации. Кроме того, кризис пандемии COVID-19 выявил пределы вновь обретенной открытости. В Уголовный кодекс Республики Узбекистан, были введены новые меры, запрещающие распространение ложной информации о пандемии COVID-19 и других инфекционных заболеваниях, которые включают *значительные штрафы или тюремное заключение сроком до трех лет*. Данные меры представляют собой прямую угрозу для ОГО, занимающихся вопросами здравоохранения, и могут способствовать распространению информации, которая может рассматриваться как слишком чувствительная или критическая для политической власти и руководства системы здравоохранения. Также отсутствует общедоступная информация о том, как оказывается помощь лицам, чьи болезни еще не поддаются лечению в Узбекистане, и какие социальные и благотворительные программы могут быть для них доступны.

В целом, медицинская информация по-прежнему поступает главным образом из официальных источников, при этом ОГО располагают ограниченными возможностями для предоставления информации или проведения анализа в секторе здравоохранения. Кроме того, гражданское общество не участвует в оценке выполнения правительством его международных обязательств, таких, в частности, определенных ВОЗ. Однако, несмотря на авторитаризм и ограничения в отношении гражданского общества, международное сообщество призвано сыграть важную роль в содействии совершенствованию системы здравоохранения, которая влияет на повседневную жизнь тысяч людей и, следовательно, на развитие страны.

Дополнительные меры, которые необходимо принять международному сообществу

Именно от правительства Узбекистана в сотрудничестве с местными заинтересованными сторонами, включая медицинский персонал и пациентов, зависит решение проблем, с которыми сталкивается система здравоохранения. Крайне важно, чтобы международное сообщество признало серьезность ситуации в сфере здравоохранения в Узбекистане и открыло более широкие возможности для сотрудничества с местными заинтересованными сторонами в целях более эффективного решения данной ситуации.

Основываясь на многочисленных исследованиях и оценках иностранной помощи за последние три десятилетия, проведенных учеными, специализирующимися на вопросах развития, возможно, лучше отказаться от грандиозных планов предоставления помощи, которые, как правило, предусматривают проведение универсальных реформ. То, что некоторые специалисты в области развития называют «большим толчком», обещающим великие дела, слишком часто разрабатывался внешними планировщиками, которым не хватало знаний о существующих проблемах на местах. Проблемы сектора здравоохранения, как и многие другие проблемы в Узбекистане, представляют собой сложный клубок политических, социальных, исторических, институциональных и технологических факторов, и их решения, вероятно, будут более эффективными, если они будут основаны на национальном подходе. Вместо продвижения «большого толчка» извне, помощь посредством более скромных по масштабу и менее дорогостоящих проектов с большей вероятностью принесет конкретные результаты для наиболее уязвимых групп населения. Данный подход также позволит наладить прямые контакты с местными заинтересованными сторонами и тем самым будет способствовать тому, что они более открыто будут делиться своими озабоченностями и ожиданиями в отношении местных медицинской учреждений и системы здравоохранения. Кроме того, более скромные проекты позволяют вовлекать в них большее число субъектов, таких как ОГО или другие предприятия, в рамках программ корпоративной социальной ответственности. Наконец, в то время как в Узбекистане трудно отслеживать средства, выделяемые на поддержку национальных программ, более локализованная помощь также снижает риск того, что выделяемые ресурсы будут присвоены хищниками высокого уровня в стране, где несмотря на усилия правительства, коррупция остается серьезной проблемой.

Рекомендации

Приведенный ниже перечень рекомендаций не является исчерпывающим. Несмотря на то, что некоторые из рекомендаций были представлены ранее, было сочтено целесообразным включить их, поскольку, несмотря на их эффективность на местах, они не были реализованы в достаточной степени. Все рекомендации могут быть предметом дальнейшего обсуждения, и их осуществление будет зависеть от способности заинтересованных сторон адаптировать их к местным условиям. Однако, исходя из того, что международное сообщество должно принимать более активное и разностороннее участие, учитывая при этом значительные риски и трудности, связанные с оказанием помощи в авторитарных и коррумпированных странах, все они стремятся открыть возможности для оказания более широкой поддержки населению, которое серьезно пострадало вследствие нехватки ресурсов в стране, а также авторитарного характера ее политической системы.

А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБЩЕЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Поддержка развития организаций гражданского общества. ОГО являются важным связующим звеном с медицинской ситуацией на местах и голосами, имеющими решающее значение для разработки эффективной политики реформ, однако их деятельность по-прежнему в значительной степени остается ограниченной. Иностранные субъекты могут содействовать развитию данных организаций путем

поощрения дальнейших реформ, направленных на предоставление большей независимости ОГО, призывая правительство Узбекистана соблюдать свои международные обязательства. Иностранные субъекты могут также способствовать прозрачному процессу распространения информации о своей деятельности, в том числе путем развития связей с другими организациями, имеющими схожие интересы. Наконец, привлечение внимания к малым и зачастую изолированным ОГО также является средством защиты; авторитарным правительствам, как правило, труднее заставить замолчать ОГО, которые известны и имеют связи за пределами своей страны.

2. Содействие доступу к информации на территории Узбекистана. Сбор и распространение информации, полученной от медперсонала, пациентов и членов их семей, имеют важное значение для обхода цензуры и информирования о будущих изменениях. Этого можно добиться путем оказания помощи ОГО и журналистам в сборе и распространении информации. Например, в Южной Африке была разработана программа «Электронное здравоохранение» с целью поощрения журналистов, проводящих расследования, к подготовке своих собственных материалов и использованию социальных сетей посредством основного и технического обучения. Журналисты рассказывают о медицинском персонале и людях, которые редко освещаются. Несмотря на ограничения свободы выражения мнений в Узбекистане, многие журналисты и граждане по-прежнему пытаются распространять альтернативную информацию и, по всей вероятности, готовы пройти обучение для обмена информацией по социальным вопросам.
3. Поддерживать диалог между правительством и местными заинтересованными сторонами. Необходимо улучшить связь между представителями государственных органов, медицинским персоналом и населением. Нынешнее правительство, несмотря на свой относительный авторитаризм и сохраняющийся контроль над гражданским обществом, является более открытым для диалога, что предоставляет новые возможности для международного сообщества. Иностранные субъекты, и особенно представители дипломатических миссий, благодаря их регулярному взаимодействию со многими субъектами как внутри правительства, так и за его пределами, могут способствовать расширению диалога вокруг реформ, которые должны основываться главным образом на консультациях с местными заинтересованными сторонами.
4. Повышение осведомленности о состоянии медицинского сектора в Узбекистане на международном уровне. О ситуации в области здравоохранения в Узбекистане мало известно за пределами дипломатических кругов и международных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения. Иностранные субъекты могут внести свой вклад путем распространения информации, полученной от местных ОГО и журналистов, и привлечения внимания к ситуации в Узбекистане, с тем чтобы увеличить объем помощи и обязательств страны.
5. Координация инициатив доноров. В связи с открытием страны различные государства и международные организации возобновили свою деятельность в секторе здравоохранения. Необходимо избегать дублирования в секторе,

имеющем столь существенные потребности. Координация усилий доноров также дает возможность развивать сотрудничество между международными субъектами в целях более эффективного содействия развитию медицинского сектора в Узбекистане в сотрудничестве с местными заинтересованными сторонами.

V. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ

6. Содействие развитию местных медицинских учреждений среднего размера. Немногие доноры, будь то государства или организации гражданского общества, могут предоставить значительные финансовые средства, необходимые для строительства крупных больниц. Глобальный экономический кризис, вызванный пандемией COVID-19, еще больше усугубит данную проблему. Однако большинство доноров могли бы участвовать в модернизации местных медицинских учреждений, например, путем поставки крайне необходимого медицинского и специального оборудования, такого как генераторы, в которых остро нуждаются многие больницы, где регулярно сталкиваются с перебоями в электроснабжении.
7. Сосредоточить внимание на устойчивости. Необходимо обеспечить существующие медицинские центры и больницы большим количеством медицинского оборудования. Вместе с тем иностранная помощь в развитии инфраструктуры часто подвергается критике за предоставление оборудования без обеспечения его последующего надлежащего использования. Кроме того, обеспечение устойчивости требует надлежащей подготовки персонала, который будет использовать новое оборудование, а также его техническое обслуживание после поставки.
8. Увеличить объем помощи за пределами столицы. С момента обретения независимости вся иностранная помощь, направленная на развитие медицинской инфраструктуры в стране в целом, была в основном сосредоточена в столице и нескольких крупных городах. Необходимо уделять больше внимания развитию медицинских учреждений в регионах, в частности в изолированных районах, где медицинские учреждения находятся в особо плачевном состоянии.

C. ПОДДЕРЖКА МЕСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

9. Продвижение медицинского образования среди населения путем расширения доступа узбекских студентов к зарубежным медицинским учебным заведениям. Данная инициатива подразумевает не только предоставление финансирования для получения медицинской степени за рубежом, но и участие в стажировках в рамках непрерывного образования или профессиональной подготовки по специальностям, которых не хватает в стране.
10. Развитие электронного обучения в медицинском секторе. Данную инициативу можно продвигать с помощью онлайн-курсов, переведенных на узбекский или русский языки на учебных платформах, предназначенных для целевой аудитории, например, такой как постсоветское пространство. В рамках этих курсов можно было бы уделить приоритетное внимание конкретному обучению в тех областях, где ощущается нехватка кадров, включая психическое

здоровье, паллиативную медицину и реабилитацию. Поддержке местного электронного обучения может также способствовать субсидирование подписки на существующие платформы для местных врачей или персонала, которые могут быть не в состоянии оплатить регистрационные взносы.

11. Содействие публикации медицинских пособий на узбекском языке. Иностранные субъекты могли бы субсидировать перевод на узбекский язык учебников, в которых ощущается особая нехватка в стране.
12. Развивать обучение медицине на английском языке. Большинство медицинских работников в Узбекистане имеют поверхностные знания английского языка, и существует необходимость в совершенствовании их знаний. Повышение уровня владения английским языком позволит специалистам-медикам участвовать в онлайн-курсах за пределами русскоязычного постсоветского пространства, получать доступ к медицинским исследованиям, большая часть которых публикуется на английском языке, а также принимать участие в основных съездах и других мероприятиях медицинского сектора. Медицинское образование на английском языке можно было бы развивать с помощью онлайн-курсов или языковых курсов, например, при поддержке вышедших на пенсию врачей.
13. Направить в Узбекистан врачей и специалистов для оказания содействия в подготовке местного персонала. Некоторые страны, в частности Россия, уже направляют в Узбекистан медицинских инструкторов. Высококвалифицированный медицинский персонал из других стран мог бы внести свой вклад в обучение или обновление местных знаний о новых медицинских методах и использовании оборудования.
14. Поддержка медицинских учебных заведений. Необходимо оказывать содействие улучшению условий обучения, учебников, лабораторного оборудования и учебных курсов (как на местах, так и за рубежом) для преподавательского состава с устаревшими методами обучения.
15. Содействовать улучшению связей между медицинскими работниками Узбекистана и международным медицинским сообществом путем создания возможностей для взаимодействия с медицинскими работниками за рубежом, например, путем субсидирования участия врачей в крупных медицинских конференциях. Отсутствие средств является существенным препятствием для участия узбекского медицинского персонала в зарубежных конвенциях.