

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY ÜZBEGISZTÁN EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## Tartalom

Politikai, gazdasági háttér .....	2
Demográfia .....	3
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás .....	4
Egészségügyi ellátórendszer .....	5
Humán erőforrás.....	5
Gyógyszer ellátás .....	6
Reformok .....	6
Források .....	7

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## Politikai, gazdasági háttér

Üzbegisztán Közép-Ázsiában fekszik, területe 447 400 km<sup>2</sup>. 1991-ben, a Szovjetunió összeomlásával nyerte el függetlenségét. Államformája elnöki köztársaság. Az ország területe 12 tartományra és egy autonóm köztársaságra (Karakalpakisztáni köztársaság) tagolódik.

A legfőbb hatalom az elnök kezében van, aki az állam és a végrehajtó hatalom feje egy személyben. Az elnöki tisztséget 1990 óta Iszlám Abduganijevics Karimov tölti be.

A törvényhozó hatalmat az üzbég Parlament (Oliy Majlis) gyakorolja. A testület kétkamarás: Törvényhozó Kamarából és Szenátusból áll. Mindkét kamara tagjait öt évre választják. A Törvényhozó Kamarának 120 tagja van, akiket a területi választókerületek szerint választanak. A 100 tagú Szenátusba mind a 12 tartomány, az autonóm köztársaság, valamint Taskent város 6-6 tagot delegál, 16 tagot pedig az Elnök nevez ki.<sup>1</sup>

Üzbegisztán gazdasága növekedésének mértéke évi hét-nyolc százalék. A GDP növekedés 2011-ben 8,3 százalék volt, amelyet többnyire a fiskális ösztönzés és a belföldi fogyasztás mozgatott. 2011-ben az egy főre jutó reál GDP vásárlóerő-paritáson 3287,36 amerikai dollár. (WHO-HFA 2013. július) Exportcikkei (réz, arany, földgáz, gyapot) kedvező világkereskedelmi feltételei, a kormány makrogazdasági politikája, a nemzetközi pénzügyi piacoktól való nagyobb mértékű függetlensége eredményeképpen a globális válság hatásai alig érintik az országot. Folyó fizetési mérleg egyenlege erőteljes többletet mutat. Az import nő, ami főként az ipari modernizációra irányuló kormányprogram következménye. Üzbegisztán 2012 elején írta alá a FÁK szabadkereskedelmi egyezményt, amely megszüntette a termékeire kiszabott vámokat. Bár Üzbegisztán valószínűleg nem lép be a vámunióba, a vámok megszűnése növelni fogja termékei versenyképességét a FÁK piacokon.

Az állami tulajdonjog és a gazdaságba való beavatkozás továbbra is meghatározó tényező az országban. A hatóságok nemrégiben megújították a privatizációs programot, amely egy közel 500 vállalkozásból álló listát tartalmaz, ebben többségi vagy kisebbségi tulajdonrészt ajánlhatnak magán és külföldi befektetőknek. A program várható eredményei a korábban meg nem valósult privatizációs bejelentések miatt bizonytalanok. Az energia szektor állami ellenőrzés alatt van, és csak az utóbbi időben indult el egy, a szektor hatékonyságának növelésére irányuló program.

	2009	2010	2011 (becslés)	2012 (becslés)
GDP növekedés	8,1	8,5	8,3	7,5
Infláció	10,6	12,1	13,3	11,5
Központi költségvetés egyenlege/GDP	2,8	4,9	9	3
Folyó fizetési mérleg egyenlege/GDP	2,2	6,2	5,8	4,7
Nettó közvetlen külföldi befektetés (millió US\$)	842	1628	1467	1094
Államadósság /GDP	15	14,8	13,3	na

Forrás: EBRD

<sup>1</sup> The Government Portal of the Republic of Uzbekistan. <http://www.gov.uz/en/govauthorities/>

## Demográfia

A lakosság száma 2012-ben 28 541 ezer fő volt. 2012-ben az élveszületési ráta 21,82 ezrelék, a halálozási ráta 2011-es adat szerint 6,7 ezrelék. A teljes termékenységi arányszám a korábbi évtizedekhez képest jelentősen csökkent (1970: 5,7; 1980: 4,8), de 2000-es évek eleje óta stagnál, 2012-ben 2,34 volt. (WHO-HFA; WHO European Region: Uzbekistan statistics summary)

Üzbegisztánban magas a 15 év alattiak aránya (2012-ben 28,9 százalék), bár az utóbbi évtizedekben kismértékű csökkenést mutat, a 60 év feletti arányában pedig csekély mértékű növekedés figyelhető meg (2012-ben 6,38 százalék).

A születéskor várható élettartam 2011-ben mindkét nemre 68 év (WHO, 2013). (A tényleges várható élettartam ennél alacsonyabb lehet, Közép-Ázsiában a csecsemő- és gyermekhalandóságra vonatkozó hivatalos statisztikák a valós adatokat alulbecslik: Ahmedov et al., 2007.) Az öt év alatti gyermekek halálozási rátája 2011-ben 49 ezrelék, az anyai halálozás 2010-ben 28/100 ezer élveszületésre. (WHO, 2013) A halálozások és az elveszített életévek döntő többségét a krónikus megbetegedések okozzák (2008-ban az elveszített életévek 55 százalékát nem fertőző betegségek, 34 százalékát fertőző betegségek okozták.) (WHO, 2013). A korstandardizált halálozási adatok 100 ezer főre a kardiovaszkuláris megbetegedések és diabétesz esetében 568, a daganatos betegségek esetében 113, a krónikus légzőszervi megbetegedések esetében 28. A fertőző megbetegedések közül a tuberkulózis, valamint a HIV/AIDS képezik a legnagyobb problémát: a prevalencia és a halálozási adatok mindkét megbetegedés esetében növekvő tendenciát mutatnak. (WHO European Region: Uzbekistan statistics summary) A tuberkulózis prevalenciája 2011-ben 100 ezer főre 177 volt. (WHO, 2013) A környezetegészségügy területén számos probléma tapasztalható. A vízellátás, beleértve az ivóvíz-ellátást is, gondot okoz. Különösen a vidéki területén jelent problémát a vízforrások hiánya, ill. szennyezettsége. Országszerte a háztartások több mint 30 százaléka számára nem áll rendelkezésre biztonságos ivóvíz. A levegő szennyezettsége jelentős mértékben hozzájárul a levegőben terjedő betegségek terjedéséhez.

## Az egészségügyi rendszer általános jellemzői

A szovjet időszak alatt Üzbegisztán egészségügyi rendszere a Szemasko modellt követte, amely központosított tervezést és irányítást jelentett, az ellátás eredményei és minősége helyett a nagyszámú orvosra és kórházi ágyra összpontosított. Az ország 1991-es függetlenné válása óta ez a kommunista örökség meghatározó tényező maradt Üzbegisztán egészségpolitikájának és gyakorlatának alakulásában (WHO, 2008). Így Üzbegisztán is azok közé a szovjet utódállamok közé tartozik (Azerbajdzsánnal, Fehéroroszországgal, Tádzsikisztánnal, Türkmenisztánnal és Ukrajnával együtt), ahol az egészségügy szovjet rendszerének jellemző jegyei továbbélnek. Az egészségügyre fordított állami pénzeszközök drasztikus csökkentése által hagyott űrt a kiterjedt out-of-pocket kifizetések töltik ki. (Balabanova et al., 2012)

A szabályozás és a finanszírozás tekintetében az ország elnökének és a parlamentnek felelős miniszterek kabinetje az egészségügyi rendszer legfőbb felelőse. Az adminisztratív felelősség az egészségügyi minisztériumé és a tartományi (oblaszt) és körzeti (rajon) egészségügyi hatóságoké, a pénzügyminisztérium és annak területi egységei pedig a finanszírozási tervek gyakorlati megvalósításáért felelnek. Az egészségügyi rendszer középszintű irányítói (a tartományi és körzeti egészségügyi hatóságok) a központilag elrendelt szabályozás végrehajtói. A decentralizáció többnyire a költségvetési felelősségek regionális szintre történő delegálásában mutatkozik meg.

A nagy részben privatizált fogászati és a gyógyszer ellátás kivételével a legtöbb egészségügyi szolgáltatást az állami szektor nyújtja.

## **Finanszírozás**

### **Egészségügyi kiadások**

Az összes egészségügyi kiadás GDP-n belüli aránya a WHO becslése szerint 2011-ben 5,4 százalék, az egy főre jutó egészségügyi kiadás 189,5 nemzetközi \$ PPP.

### **Forrásgyűjtés**

Az állami kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 51,4 százalék (2011). A magán kiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül 48,6 százalék (2011), az out-of-pocket kiadások aránya az összes magán egészségügyi kiadás arányában 90,2 százalék (WHO European Region: Uzbekistan statistics summary).

A szovjet időkben az egészségügyi kiadások állami forrásból származtak, a rendszer ingyenes volt a betegek számára, ez az átmeneti időszakban drasztikusan megváltozott. Az egészségügyi rendszer állami forrásokkal megegyező nagyságrendű pénzügyi forrásává vált a közvetlen készpénz fizetés (formális és informális). A készpénzfizetést először a járóbeteg ellátás gyógyszereire, a kórházi élelmezésre alkalmazták, majd fokozatosan az egészségügyi, orvosi szolgáltatásokra is kiterjesztették. Az állami finanszírozás többnyire a különböző befolyt adókból ered. Az állami kiadások számottevő részét (80 százalék fölötti arány) a helyi szintű – tartományi, körzeti és városi – költségvetésből biztosítják. (WHO, 2008) A reformok és az infrastruktúra erősítésére széles körűen használnak külső pénzügyi támogatásokat.

Országos szintű pooling hiányában a helyi bevétel-teremtési potenciálban fennálló jelentős változatosság miatt nagyarányú földrajzi egyenlőtlenségek állnak fenn a finanszírozásban. (Rechel, B. et al, 2012)

1996-ban vezették be az állam által garantált alapjuttatási csomagot azzal a céllal, hogy hatékonyabbá tegyék a korlátozott források felhasználását. Az alapcsomag az alapellátást, a sürgősségi ellátást, a társadalmilag jelentős és veszélyes betegségek gyógyítását és a lakosság bizonyos csoportjainak speciális ellátását tartalmazza.

### **Forrásallokáció**

Hagyományosan a vidéki alapellátási egységeket fix költségvetés és a korábbi kiadások szerint fizették. A reform során új fejkvóta mechanizmust vezettek be, a tartományi önkormányzatok határozzák meg a fejkvóta rátákat, korra és nemre történő igazítással. Hasonló fejkvóta kísérleteket kezdtek megvalósítani a városi alapellátás és a poliklinikák számára is. A kísérletben részt nem vevő városi területek ellátóit a hagyományos prospektív költségvetés alapján térítik.

A kórházi ellátásban folyamatban vannak kísérletek az esetalapú fizetési rendszer bevezetésére.

## Egészségügyi ellátórendszer

### Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Az egészségügy reformja elsősorban az alapellátást érintette. Az átalakításra két fő kezdeményezés történt. Az első program, az 1998–2005-ig tartó „Egészség 1” nevű projekt a Világbank közreműködésével, a vidéki alapellátás nyújtásának, finanszírozásának és irányításának új mechanizmusaira vezetett be modellkísérleteket. Az új szemlélet többnyire az általános praxis/családorvoslás alapú klinikai gyakorlatot tartalmazta, a fejkvóta alapú fizetésével kísérve. A másik alapellátási kezdeményezés, amely az „Egészség 2” nevű Világbank projektet és az Ázsiai Fejlesztési Bank által támogatott „Nő és gyermek egészségfejlesztési projektet” tartalmazta (2005–2010), a vidéki alapellátási reformokat országos szinten kívánta megvalósítani és hasonló modellkísérleteket létrehozni a városi alapellátásban is, valamint az anya- és gyermekegészségügy fejlesztésére összpontosított.

Az alapellátás különbözőképpen történik a vidéki és a városi területeken. Vidéken az alapellátást hagyományosan a felcserek és szülésznők rendelői, a falusi járóbeteg rendelők (itt már orvosok dolgoztak) és a helyi kórházak járóbeteg rendelői nyújtották. A vidéki struktúrát az alapellátás reformja eredményeképpen kétpilléres rendszer váltja fel, amely orvos által vezetett vidéki alapellátási egységekből és a körzeti kórházak járóbeteg rendelőiből áll. A városi területeken az alapellátás és a szakellátás meghatározott szolgáltatásait poliklinikák nyújtják, amelyek 10 ezertől 80 ezerig terjedő lakosság számára biztosítanak ellátást. Ezek általában nagyobb létesítmények, 10 vagy a fölötti létszámmal, belgyógyással, gyermekorvossal és más szakorvosokkal. Az alapellátás reformja a városi területen a poliklinikák háziorvosi poliklinikákká alakítását célozta.

### Fekvőbeteg-ellátás

Vidéken a kórházi ellátást tartományi kórházak, körzeti kórházak és körzetközponti kórházak nyújtják. A városi területeken a kórházi ellátást tartományi és városi kórházak nyújtják. Terciális ellátás nagy kórházakban és országos szintű intézetekben érhető el. A tartomány szinten több betegség kategóriát és lakossági csoportot különböző kórházakban kezelnek, pl. léteznek gyermekkórházak, TBC kórházak, neurológiai és pszichiátriai kórházak, sürgősségi kórházak stb.

A szakellátás szintjén a reformkezdeményezések korlátozottak. A sürgősségi szolgáltatások átalakítása a legjelentősebb reformok közé tartozik, intézményei jelenleg jobb felszereltséggel rendelkeznek, mint a többi egészségügyi intézmény. A sürgősségi ellátás térítésmentes, így a más ellátást igénybe venni nem képes betegek is hozzáférhetnek a szolgáltatásokhoz.

A kórházi ágyak száma 100 ezer főre 439 (2011), kevesebb, mint fele a szovjet időkben mért aránynak, az aktív ágyak száma 100 ezer főre 359,26 (2010). (WHO-HFA)

### Humán erőforrás

2011-ben az orvosok 1000 főre vetített száma 2,3, kevesebb, mint a szovjet érában (1990: 3,38), az ápolók és szülésznők 1000 főre vetített száma 12,1, növekvő mértékű. (WHO HFA)

## Gyógyszer ellátás

A függetlenség után a gyógyszerek termelését és forgalmazását majdnem teljes egészében privatizálták, a kormány szerepe a szabályozás. Üzbegisztán 1998-ban fogadott el egy alapvető gyógyszerlistát, amely a WHO modelljén alapul és kb. 240 terméket tartalmaz. Az árszabályozást 20 alapvető gyógyszerre terjesztették ki.

## Reformok

Az üzbég egészségügyi rendszer sokat változott az 1991-es függetlenné válása óta. Az egészségügyi szektor reformjának első fő lépése az 1996-ban elfogadott egészségfejlesztési törvény volt, amelyet az 1998-as elnöki rendelet követett az egészségügyi rendszer reformjáról, amelyben a nemzeti egészségügyi rendszer modelljének megvalósítását célozták<sup>2</sup>. Bár előrelépés történt az egészségügyi szolgáltatások különböző rétegeinek átalakításában, ahol az alapellátásra került a hangsúly, a rendszer még számos problémával terhelt.

- Az egészségügyi reformok fontos eleme volt az állam által garantált, térítésmentes juttatási csomag meghatározása, amelyből azonban kimaradt számos alapvető szolgáltatás, köztük a másodlagos és terciális ellátás, és a járóbeteg ellátás gyógyszerei (az állami egészségügyi intézmények szolgáltatásainak betegek által fizetendő árai felső határát az egészségügyi minisztérium szabályozza). Mindez számos visszassághoz vezetett, ilyen pl. a jobban felszerelt és ingyenes sürgősségi ellátásra nehezedő teher.
- Az ellátás különböző szintjeinek koordinálása gyakorlatilag nem létezik. Hiányzik a háziorvosok ösztönzése a betegek problémáinak megoldásában, ugyanakkor a készpénzfizetés (formális és informális) jelentős akadályt képez a másodlagos és terciális egészségügyi szolgáltatások és a gyógyszerek igénybevételeiben.
- Számottevő különbségek állnak fenn a megyék között az egy főre jutó egészségügyi kiadások tekintetében, így nagyok az ellátórendszer területi különbségei. Sok vidéki orvosi rendelő, kórház küszködik alapvető felszereltség- és munkaerőhiánnyal, helyenként olyan minimális feltételeket is nélkülöznek, mint az energia. Ezáltal jelentősek a különbségek az ellátáshoz való hozzáférésben is.
- Az üzbég egészségügyi rendszer fő kihívása a minőségfejlesztés, ennek orvoslására jelenleg történnek kezdeményezések. Több kezdeményezés történt a klinikai gyakorlat javítására, ezek közül a legfontosabb a Bizonyítékon Alapuló Orvoslás Központjának elindítása, amely az első ilyen központ Közép-Ázsiában. Már több klinikai irányelv készült itt nemzetközi ajánlások alapján. A problémák megoldását az átláthatóság hiánya és a megbízhatatlan adatok is akadályozzák. (WHO, 2008; WHO, 2011)

A WHO jelentős támogatást nyújt az üzbég kormánynak az egészségügyi rendszer fejlesztésében. Hat stratégiai beavatkozási területet határozott meg:

---

<sup>2</sup> Здоровоохранение <http://www.gov.uz/ru/foreign/healthcare/>

- Az egészségügyi rendszer teljesítményének erősítése a lakosság főbb egészségügyi problémáinak megfelelően, az egészségügyi minisztérium kapacitásának megerősítése a rendszer teljesítményének mérésében, az alapellátás minőségének javításában és a humán erőforrás fejlesztésében.
- A védőnői szolgálat javítása a neonatális, gyermek és serdülőkori egészségügyi szakpolitikák javításával; a terhes nők számára nyújtott szolgáltatások javítása.
- A fertőző betegségek ellenőrzésének és menedzsmentjének javítása megfelelőbb felügyeleti rendszereken keresztül, fenntartható immunizálási rendszerek, a TBC betegek jobb esetmenedzsmentje, a HIV/AIDS kezelésének és megelőzésének megnövelt kapacitása.
- A nem fertőző betegségek megelőzése és menedzsmentje a jobb mentális egészségügyi és addikció elleni szakpolitikák segítségével; az egészséges étrend elősegítése.
- A környezet biztonságának fejlesztése országos élelmiszer- és vízbiztonsági stratégiák kidolgozásával.
- A klímaváltozás egészségre gyakorolt hatásának tekintetbe vétele és egy országos stratégia kidolgozása a klímaváltozáshoz való alkalmazkodásra. (WHO, 2011)

## Források

- Ahmedov, M., Rechel, B., Alimova, V., Azimov, R.: Primary health care reform in Uzbekistan. [Int J Health Plann Manage.](#) 2007 Oct-Dec;22(4):301-18.
- Asadov, D.A., Aripov, T. Y.: The quality of care in post-soviet Uzbekistan: are health reforms and international efforts succeeding? *Public Health* 123 (2009) 725–728  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350609002686>
- Balabanova et al.: Health Care Reform in the Former Soviet Union: Beyond the Transition. *Health Services Research* 47:2 (April 2012)
- EBRD: Uzbekistan country assessment  
<http://www.ebrd.com/pages/research/publications/flagships/transition/uzbekistan.shtml>
- Rechel, B. et al.: Lessons from two decades of health reform in Central Asia. *Health Policy and Planning* 2012;27:281–287
- The Government Portal of the Republic of Uzbekistan. <http://www.gov.uz/en/govauthorities/>
- WHO Country Cooperation Strategy: Uzbekistan 2011  
[http://www.who.int/entity/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_uzb\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_uzb_en.pdf)
- WHO European Region: Uzbekistan statistics summary (2002 - present):  
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-UZB>
- WHO HiT profile in brief: Uzbekistan 2008  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/98895/E90673sum.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/98895/E90673sum.pdf)



- WHO-HFA
- WHO: Usbekistan: health profile, 2013
- World Bank: Uzbekistan Overview <http://www.worldbank.org/en/country/uzbekistan/overview>
- Здравоохранение <http://www.gov.uz/ru/foreign/healthcare/>