

Оригинальная статья

УДК 614.2:616-082(575.1)

Стратегические аспекты приоритетного реформирования высокотехнологичной специализированной медицинской помощи в регионах Республики Узбекистан

А. У. Мирзаев¹, М. Э. Ахмедов², Д. О. Бердиев^{2,3}, Ю. А. Морозова^{3,4}

¹Фонд Навоийского горно-металлургического комбината, Навои, Узбекистан

²Навоийский областной многопрофильный медицинский центр, Навои, Узбекистан

³Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Москва, Россия

¹mirzaev-69@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8216-5444>

²murod_murod1977@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-4856-9309>

³doctordilshod@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-6362-6870>

⁴morozova.u24@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0524-6937>

Аннотация: Статья посвящена исследованию стратегии модернизации и реформирования сферы высокотехнологичной специализированной медицинской помощи (ВМП) в индустриальных регионах Республики Узбекистан на примере Навоийской области. Актуальность работы обусловлена необходимостью преодоления импортозависимости в сфере высоких медицинских технологий и снижения экономического ущерба от заболеваемости в капиталоемких секторах промышленности. Методологическую основу исследования составили теория стратегирования академика В. Л. Квинта, ставящая в приоритет человеческие ценности, а также концепция стандартизации качества жизни. Объектом является научно-инновационная система здравоохранения Республики Узбекистан. Использовались статистические методы. В ходе работы проанализирована динамика финансирования здравоохранения Узбекистана по паритету покупательной способности (ППС) и демографические маркеры ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). На материалах Навоийского областного многопрофильного медицинского центра (НОММЦ) изучены результаты внедрения прецизионного диагностического оборудования на сумму 5,61 млн долларов. Построена медико-экономическая модель оценки предотвращенного ущерба на примере сотрудников Навоийского горно-металлургического комбината (АО «НГМК»), занятых во вредных условиях труда. Расчеты показали, что инвестиции в ВМП полностью окупаются менее чем за один операционный год за счет сбережения человеческого капитала и сокращения сроков временной нетрудоспособности работников на 20 %. Проведен кросс-национальный сравнительный макроэкономический анализ корпоративных моделей здравоохранения Узбекистана, России и Китая. Интеграция ведомственной медицины промышленного гиганта АО «НГМК» с государственными учреждениями выступает стратегическим драйвером повышения качества жизни и долголетия населения всей области.

Ключевые слова: стратегия, здравоохранение, реформирование, золотодобывающая промышленность, высокотехнологичная медицинская помощь, качество жизни, экономический ущерб, окупаемость инвестиций, международное сопоставление, стандартизация качества

Цитирование: Мирзаев А. У., Ахмедов М. Э., Бердиев Д. О., Морозова Ю. А. Стратегические аспекты приоритетного реформирования высокотехнологичной специализированной медицинской помощи

в регионах Республики Узбекистан // Стратегирование: теория и практика. 2026. Т. 6. № 3. С. 315–336.
<https://doi.org/10.21603/2782-2435-2026-6-3-315-336>; <https://elibrary.ru/RLLERV>

Поступила в редакцию 10.06.2026. Прошла рецензирование 07.07.2026. Принята к печати 17.07.2026.

original article

Strategizing the Priority Reform of High-Tech Specialized Medical Care in Uzbekistan

Alisher U. Mirzaev¹, Murod E. Akhmedov², Dilshod O. Berdiev^{2,3}, Yulia A. Morozova^{3,4}

¹Navoi Mining and Smelting Works Fund, Navoi, Republic of Uzbekistan

²Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, Navoi, Republic of Uzbekistan

³Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

¹mirzaev-69@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8216-5444>

²murod_murod1977@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-4856-9309>

³doctordilshod@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-6362-6870>

⁴morozova.u24@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0524-6937>

Abstract: High-tech specialized medical care in the industrial regions of Uzbekistan requires an advanced modernization strategy. Using the Navoi region as a case study, this research attempted to strategize import substitution in medical technologies and alleviate the economic burden of morbidity in capital-intensive sectors. The study relied on Professor Vladimir L. Kvint's theory of strategizing with its priority for human values, as well as the concept of quality-of-life standardization and statistical methods. The analysis of healthcare system of Uzbekistan focused on its scientific, innovative, and financing potential (purchasing power parity), as well as demographic markers such as life expectancy. In addition, it provided a cross-national macroeconomic comparison of corporate healthcare models in Uzbekistan, Russia, and China. Based on the fact that the Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center implemented precision diagnostic equipment worth \$5.61 million, the authors designed a medical-economic model to assess the prevented damage for hazardous-duty workers at the Navoi Mining and Smelting Works. Investments in high-tech specialized medical care were fully recouped in less than one operational year, as temporary disability periods were reduced by 20%. By integrating its departmental medicine with state institutions, the Navoi Mining and Smelting Works successfully improves the quality of life and longevity throughout the entire region.

Keywords: strategy, healthcare, reforming, gold mining industry, high-tech specialized medical care, quality of life, economic damage, return on investment, international comparison, quality standardization

Citation: Mirzaev AU, Akhmedov ME, Berdiev DO, Morozova YuA. Strategizing the Priority Reform of High-Tech Specialized Medical Care in Uzbekistan. *Strategizing: Theory and Practice*. 2026;6(3):315–336. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/2782-2435-2026-6-3-315-336>; <https://elibrary.ru/RLLERV>

Received 10.06.2026. Reviewed 07.07.2026. Accepted 17.07.2026.

乌兹别克斯坦共和国各地区优先改革高科技专科医疗服务的战略方面

阿利舍尔·乌米尔佐科维奇·米尔扎耶夫¹, 穆罗德·埃尔基诺维奇·阿赫梅多夫², 迪尔肖德·奥奇洛维奇·贝尔迪耶夫^{2,3}, 尤利娅·亚历山德罗夫娜·莫罗佐娃^{3,4}

¹ 纳沃伊采矿冶金联合体基金会，乌兹别克斯坦共和国纳沃伊

² 纳沃伊州多学科医疗中心, 乌兹别克斯坦共和国纳沃伊

³ 莫斯科罗蒙诺索夫国立大学, 俄罗斯莫斯科

¹mirzaev-69@mail.ru: <https://orcid.org/0000-0002-8216-5444>

²murod murod1977@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-4856-9309>

³doctordilshod@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-6362-6870>

⁴ morozova.u24@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0524-6937>

摘要: 本文以纳沃伊州为例,研究了乌兹别克斯坦共和国工业地区高科技专科医疗服务(HTMC)领域现代化和改革的战略。研究的现实意义在于,必须克服在高医疗技术领域的进口依赖,并减少资本密集型工业部门因发病率造成的经济损失。研究的方法论基础是 V. L. 昆特院士的战略化理论(该理论将人的价值置于优先地位)以及生活质量标准化概念。研究对象是乌兹别克斯坦共和国的科学创新医疗保健系统。研究使用了统计方法。在研究过程中,分析了乌兹别克斯坦按购买力平价(PPP)计算的医疗保健融资动态以及预期寿命(LE)的人口统计指标。利用纳沃伊州多学科医疗中心的数据,分析了引进价值 561 万美元精密诊断设备的效果。以在有害工作条件下工作的纳沃伊采矿冶金联合体(“NGMK”股份公司)员工为例,构建了评估可避免损失的医学经济模型。计算表明,由于人力资本的节省和员工暂时性伤残期限缩短 20%,对高科技医疗保健的投资在不到一个运营年度内即可完全收回。对乌兹别克斯坦、俄罗斯和中国的企业医疗保健模式进行了跨国比较宏观经济分析。将工业巨头“NGMK”股份公司的部门医疗与国家机构整合,是提高整个地区人口生活质量和寿命的战略驱动力。

关键词: 战略, 医疗保健, 改革, 黄金开采业, 高科技医疗服务, 生活质量, 经济损失, 投资回报率, 国际比较, 质量标准化

收稿日期: 2026年6月10日。通过评审日期: 2026年7月7日。接受出版日期: 2026年7月17日。

ВВЕДЕНИЕ

На фоне демографического бума, связанного с ростом рождаемости при сохранении высокого уровня продолжительности жизни в Узбекистане, приоритетным направлением системы здравоохранения страны остается повышение уровня здоровья населения за счет пролонгации политики доступности и повышения качества оказания медицинской помощи населению. В сентябре 2023 года была одобрена Стратегия развития Узбекистана до 2030 года (так называемая Народная Стратегия) («Узбекистан–2030»)¹, которая обозначила новый этап в макроструктурном планировании, нацеленный на повышение качества жизни, развитие инфраструктуры, рост наукоемкой экономики и обеспечение технологического суверенитета. Научно-инновационный процесс – основа современного

развития любой сферы, требующая колоссальных и все возрастающих инвестиций. Борьба за продление полноценной, здоровой жизни является фундаментальным вызовом человечества, находящим прямое отражение в действующих стратегических документах.

В условиях постиндустриальной трансформации и глобальных макроэкономических вызовов особую значимость приобретает методология долгосрочного планирования. Объективная валидность и верность теории стратегирования академика В. Л. Квинта наглядно подтверждаются способностью данной концепции превентивно учитывать тектонические сдвиги и глобальные тенденции как в высокотехнологичных отраслях здравоохранения (MedTech, диагностика с использованием искусственного

¹ Стратегия развития Узбекистана до 2030 г. (так называемая Народная Стратегия) («Узбекистан–2030»). URL: www.uzbekistan2030.uz (дата обращения: 08.06.2026).

интеллекта (ИИ-диагностика), роботизированная хирургия), так и в традиционных капиталоемких секторах промышленности, включая горную металлургию^{2,3}. Международная практика доказывает, что технологическое лидерство крупнейших медико-производственных корпораций мира напрямую зависит от глубины их научно-стратегического планирования^{4,5}. То же самое верно и для сферы практического здравоохранения. В целом стратегический вектор развития любой социально-экономической системы должен опираться на концептуальное положение теории В. Л. Квинта: первичность человеческих ценностей и осознание здоровья как ключевого нематериального актива государства.

В современной экономической науке утверждается тезис о превалировании стремления к качеству жизни и системному обеспечению его стандартов. Как обосновано в фундаментальных трудах академика В. В. Окрепилова, управление качеством жизни должно выступать сквозным критерием эффективности макро- и микроэкономических процессов⁶. Стандартизация медицинских услуг и доступность высокотехнологичной медицинской помощи служат значимым индикатором социального прогресса и устойчивого развития территорий. При этом качество жизни можно рассматри-

вать как отдельный самостоятельный показатель здоровья, а его исследование в процессе лечения играет не меньшую, а в долгосрочной перспективе – большую роль в оценке динамики заболевания^{7,8,9}.

Переход к опережающей модели регионального реформирования высокотехнологичной медицинской помощи требует преодоления инерционных сценариев и системных ошибок, свойственных традиционному планированию^{10,11}. Согласно новейшим исследованиям отечественной школы стратегирования, эффективная модернизация индустриальных регионов должна опираться не на конъюнктурное решение накопившихся проблем, а на целенаправленный поиск и реализацию принципиально новых стратегических возможностей и OTSW-анализ¹². В условиях шестого технологического уклада сбережение человеческого потенциала выступает экзистенциальной задачей и главным фактором глубокой технологической трансформации¹³. Именно инвестиции в здоровье и интеллектуальный капитал работников формируют устойчивые конкурентные преимущества промышленных предприятий нового типа (Индустрия 4.0). Кроме того, в рамках концепции сбалансированного пространственного планирования интеграция крупных медицинских центров с ведомственной инфраструктурой позволяет

² Квint В. Л., Окрепилов В. В. Качество жизни и ценности в национальных стратегиях развития // Вестник Российской академии наук. 2014. Т. 84. № 5. С. 412–425. <https://doi.org/10.7868/S0869587314050107>

³ Квint В. Л., Новикова И. В., Алимуратов М. К. Согласованность глобальных и национальных интересов с региональными стратегическими приоритетами // Экономика и управление. 2021. Т. 27. № 11. С. 900–909. <https://doi.org/10.35854/1998-1627-2021-11-900-909>

⁴ Морозова Ю. А. Основные приоритеты стратегирования научноинновационной системы российского здравоохранения // Стратегирование: теория и практика. 2025. Т. 5. № 3. С. 349–364. <https://doi.org/10.21603/2782-2435-2025-5-3-349-364>

⁵ Kramer D. B., Xu S., Kesselheim A. S. Regulation of medical devices in the United States and European Union // The New England Journal of Medicine. 2012. Vol. 366. № 9. P. 848–855. <https://doi.org/10.1056/NEJMHle1113918>

⁶ Окрепилов В. В. Совершенствование механизмов улучшения качества жизни в условиях экономической интеграции // Экономическое возрождение России. 2024. № 2(80). С. 46–53. <https://doi.org/10.37930/1990-9780-2024-2-80-46-53>

⁷ Евсина О. В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 1(1). С. 119–133. <https://elibrary.ru/QBFLGF>

⁸ Николаев Е. Л. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // Вестник Чувашского университета. 2014. № 2. С. 310–315. <https://elibrary.ru/SJKDXV>

⁹ Шевченко Ю. Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. 2003. № 1–2. С. 6.

¹⁰ Сасаев Н. И., Квint В. Л. Стратегирование промышленного ядра национальной экономики // Экономика промышленности. 2024. Т. 17. № 3. С. 245–260. <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2024-3-1349>

¹¹ Хворостяная А. С., Квint В. Л. Разработка и реализация региональной стратегии: основные этапы и приоритеты // Север и рынок: формирование экономического порядка. 2025. Т. 28. № 3(89). С. 25–34. <https://doi.org/10.37614/2220-802X.3.2025.89.002>

¹² Квint В. Л., Середюк И. В. Стратегическая оценка соответствия открытых диффузных агломераций глобальным, национальным и региональным трендам (на примере агломераций Кемеровской области – Кузбасса) // Экономика промышленности. 2025. Т. 18. № 1. С. 7–23. <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2025-1-1435>

¹³ Оценка человеческого потенциала в стратегировании промышленных регионов России / В. Л. Квint [и др.] // Экономика промышленности. 2025. Т. 18. № 4. С. 459–471. <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2025-4-1564>

эффективно парировать риски пространственного и социального неравенства на всей стратегируемой территории¹⁴.

Разработку и имплементацию региональных стратегий охраны здоровья целесообразно опереть на строгий учет демографических трендов и предиктивный анализ структуры заболеваемости^{15,16}. Особую остроту данный вызов приобретает в развивающихся экономиках Центральной Азии. Переход к страховым моделям финансирования и борьба с бременем неинфекционных патологий требуют от государств кардинальной перестройки инфраструктуры лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ)¹⁷.

Для преодоления сохраняющейся импортозависимости в сфере высоких медицинских технологий и хирургического инструментария требуется создание эффективных ГЧП-платформ и вовлечение ресурсов крупнейших промышленных холдингов^{18,19}.

Реализация проектов государственно-частного партнерства (ГЧП) в сфере здравоохранения представляет собой комплексный стратегический процесс, эффективность которого зависит от баланса между социальными обязательствами государства и коммерческими интересами бизнеса^{20,21}. Отечественные исследователи, в первую очередь, акцентируют внимание на барьерах внедрения и региональной специфике механизмов ГЧП в Российской

Федерации. Отмечается существенный разрыв между декларативным запросом со стороны государственных структур и реальной динамикой развития проектов²². Главными ограничивающими факторами выступают избыточная бюрократизация, высокая зависимость решений от политического руководства, низкая расчетная доходность инициатив, а также институциональные риски, связанные с интеграцией частных операторов в жесткую систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Для преодоления этих барьеров необходимы стратегический анализ на всех уровнях управления, системная цифровизация процессов и создание гибких нормативно-правовых условий взаимодействия с фондами страхования²³. На примере столичного региона подчеркивается, что медицинские услуги являются специфическим сектором социальной сферы, где стандартные рыночные формы привлечения инвестиций могут быть неприемлемы, если они нарушают государственные гарантии доступности и качества медицинской помощи населению²⁴. Международный опыт и глобальный анализ, представленные в зарубежной литературе, расширяют понимание ГЧП через призму институционального контроля, прозрачности контрактов и долгосрочной устойчивости систем здравоохранения. ГЧП изначально эволюционировало как ответ на дефицит бюджетных ресурсов и неэффектив-

¹⁴ Хворостяная А. С., Квинт В. Л. Разработка и реализация региональной стратегии...

¹⁵ Алиева Д. Ш. Структура заболеваемости среди населения Г. Ташкента // Вестник Науки и Творчества. 2016. № 5(5). С. 33–36. <https://elibrary.ru/WBWJOB>

¹⁶ Ахмедов Д., Кучера Т. Перспективы демографического развития Республики Узбекистан на период 2018–2050 гг. // Фонд ООН в области народонаселения в Узбекистане. Прага – Ташкент. 2019. 63 с.

¹⁷ Асадов Д. А., Горбунова И. Г., Муталова З. Д. Анализ здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2012 году // Организация и управление здравоохранением. 2013. № 6. С. 42–52.

¹⁸ О мерах по развитию государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения: Постановление Президента Республики Узбекистан от 7 мая 2019 г. № ПП-4290 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан. 17.04.2019. № 07/19/4290/2959.

¹⁹ Российский рынок медицинского оборудования: текущее состояние, импортозамещение и перспективы // Консалтинговая группа «Деловой Профиль». URL: <https://delprof.ru/press-center/open-analytics/rossiyskiy-rynok-meditsinskogo-oborudovaniya-tekushchee-sostoyanie-importozameshchenie-i-perspektivy/> (дата обращения: 08.06.2026).

²⁰ Григорьева Н. С., Соболев С. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: пример города Москвы // Уровень жизни населения регионов России. 2021. Т. 17. № 3. С. 327–338. <https://doi.org/10.19161/Ispr.2021.17.3.3>

²¹ Nishtar S. Public-private “partnerships” in health – a global call to action // Health Research Policy and Systems. 2004. Vol. 2. № 1. P. 5. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-2-5>

²² Смышляев А. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в Российской Федерации: история успеха или история неудач? // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2024. Т. 12. № 3. С. 386–396. <https://doi.org/10.23888/HMJ2024123386-396>

²³ Алжиенко В. Л., Косинова Н. Н. Стратегический анализ института государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // Фармация и фармакология. 2017. Т. 5. № 4. С. 380–400. <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2017-5-4-380-400>

²⁴ Григорьева Н. С., Соболев С. А. Государственно-частное партнерство...

ность государственного сектора, однако масштабное внедрение этой модели порождает серьезные этические и правовые вызовы²⁵. Успех долгосрочных контрактов напрямую зависит от соблюдения принципов прозрачности, общности целей и выравнивания стимулов между партнерами²⁶. При этом в госпитальном секторе применение моделей ГЧП должно носить строго индивидуальный характер (case by case) и оцениваться по многомерным критериям, включающим анализ управленческой среды и постоянный мониторинг результатов²⁷. Важным аспектом является влияние формы собственности на клинические исходы и качество ухода. Сравнительные исследования показывают, что государственные медицинские организации зачастую демонстрируют более высокое структурное качество, выраженное в стабильности и укомплектованности штата, в то время как частные операторы превосходят их в качестве процессов и индивидуализации ухода²⁸. Современный этап развития ГЧП характеризуется усложнением его внутренней структуры: классические двусторонние альянсы между бизнесом и научными институтами трансформируются в многосторонние консорциумы с привлечением страховых компаний, ИТ-корпораций и пациентских сообществ, что требует разработки качественно новых глобальных принципов оценки эффективности итоговых социальных результатов²⁹. В то же время, несмотря на популярность модели, в академическом поле все еще отмечается дефицит глубоких эмпирических и концептуальных исследований медицинского ГЧП³⁰.

В связи с вышеизложенным целью работы является обоснование медико-экономической целе-

сообразности модернизации и реформирования инфраструктуры регионального здравоохранения во взаимодействии с важнейшим экономико-образующим предприятием (на примере нейрохирургической службы Навоийской области Узбекистана и деятельности по охране здоровья работников АО «Навоийский горно-металлургический комбинат», Узбекистан) для снижения экономического ущерба от заболеваемости работников и повышения общего качества жизни граждан.

Исследование базируется на интеграции системного, предиктивного и медико-статистического анализа социально-экономических процессов в региональном здравоохранении. Методологическую основу работы составила теория стратегирования академика В. Л. Квинта, согласно которой здоровье человека рассматривается как ключевой долгосрочный стратегический ресурс и первичный элемент национального богатства, требующий опережающего инвестирования. В качестве сквозного критерия оценки эффективности макроструктурного планирования и модернизации инфраструктуры лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) использованы подходы академика В. В. Окрепилова.

Республикой Узбекистан был сформирован комплекс источников: Конституция Республики Узбекистан, профильные указы Президента и постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан, регулирующие гарантированные объемы медицинской помощи (ГОВМП) и развитие государственно-частного партнерства (ГЧП); официальные базы данных и статистические сборники Агентства статистики при Президенте Республики Узбекистан (в части динамики ожидаемой продолжительности жизни), а также База данных показателей мирового

²⁵ Nishtar S. Public-private “partnerships” in health...

²⁶ Abass L. A., Usuemera P., Ibikunle O. E. Public-private partnerships to enhance healthcare access and affordability // *International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation*. 2024. Vol. 5. № 4. P. 1327–1344. <https://doi.org/10.54660/IJMRGE.2024.5.4.1327-1344>

²⁷ Rodrigues N. Public-private partnerships model applied to hospitals – a critical review // *Healthcare*. 2023. Vol. 11. № 12. P. 1723. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121723>

²⁸ Hjelmar U., Bhatti Y., Petersen O. Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes // *Social Science & Medicine*. 2018. Vol. 216. P. 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.029>

²⁹ Vruet R. L. A. de, Vlieger J. S. B. de, Crommelin D. J. A. Editorial: public-private partnerships as drivers of innovation in healthcare // *Frontiers in Medicine*. 2019. Vol. 6. P. 114. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00114>

³⁰ Roehrich J., Lewis M. A., George G. Are Public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review // *Social Science & Medicine*. 2014. Vol. 113. P. 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>

развития Всемирного банка (World Development Indicators) по общим и государственным расходам на здравоохранение на душу населения по паритету покупательной способности в международных долларах; годовые отчеты Навоийского областного многопрофильного медицинского центра по официальной форме «Ф-12-tib shakli» за пятилетний период, а также статистические сборники Министерства здравоохранения Республики Узбекистан о деятельности ЛПУ; инвестиционные обзоры и ESG-отчеты АО «Навоийский горно-металлургический комбинат» (Узбекистан), ПАО «Полюс» и ОК «РУСАЛ» (Россия), а также Zijin Mining Group (Китай).

Оценка медико-экономической целесообразности инвестиций осуществлена методом математического моделирования на основе укрупненной когорты из 1 тыс. сотрудников горно-металлургического кластера, занятых во вредных условиях труда. Подход включал расчет прямых финансовых потерь предприятия по оплате листов временной нетрудоспособности (ВН) и косвенного ущерба производства (недополученного валового регионального продукта от простоя линий) с применением международного коэффициента 3,0 к средней дневной ставке рабочего. Количественная оценка окупаемости капитальных затрат (ROI) на закупку 92 видов инновационного медицинского оборудования произведена через сопоставление объемов инвестиций с величиной ежегодно предотвращенного экономического ущерба. Кросс-национальный макроэкономический анализ выполнен с помощью сравнительного сопоставления ключевых параметров ведомственных моделей сбережения здоровья: базовой модели медицины, объема подушевых вложений, кратности их превышения над бюджетом страны и доли затрат на охрану труда от фонда оплаты труда (ФОТ).

Развитие высокотехнологичной медицинской помощи и динамика финансирования здравоохранения в Республике Узбекистан

Основой закона любого государства чаще всего является Конституция. В соответствии со статьей 40 Конституции Республики Узбекистан установлено, что «каждый имеет право на квалифицированное медицинское обслуживание». Статья 18 гарантирует, что «все граждане Республики Узбекистан имеют одинаковые права и свободы и равны перед законом без различия пола, расы, национальности, языка, религии, социального происхождения, убеждений, личного и общественного положения»³¹.

Высокотехнологичная медицинская помощь, как неотъемлемая часть специализированной помощи, в соответствии с Постановлением Кабинета Министров № 832 от 30.09.2019 «О порядке формирования перечня гарантированных объемов медицинской помощи, покрываемых за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан», оказывается гражданам при заболеваниях, требующих «...применения новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники»³².

Статья 31 «Закона об охране здоровья граждан» № 265-1 от 29.08.1996 определяет, что специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих лицензию на указанный вид деятельности. Стандарты и порядок оказания специализированной медицинской помощи определяются Министерством Здравоохранения Республики Узбекистан³³.

³¹ Конституция Республики Узбекистан: (принята 8 декабря 1992 года) // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

³² О порядке формирования перечня гарантированных объемов медицинской помощи, покрываемых за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 832 от 30.09.2019 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

³³ Об охране здоровья граждан: Закон Республики Узбекистан № 265-1 от 29.08.1996 г. // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

Согласно статье 7 «Закона об охране здоровья граждан» № 265-1 от 29.08.1996 «в Республике Узбекистан действует единая система здравоохранения, которая представляет собой совокупность государственной, частной и других систем здравоохранения»³⁴. Соответственно, право проведения высокотехнологичных манипуляций при наличии соответствующей лицензии, помещения специалистов и оборудования предоставлено как государственным, так и частным медицинским учреждениям. Условия лицензирования медицинской деятельности, порядок получения и отзыва лицензий осуществляется в соответствии с Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка лицензирования медицинской деятельности» № 405 от 21.06.2017³⁵.

За последние годы в ходе реформирования здравоохранения, как отмечалось в Постановлении Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 от 20.06.2017 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» в стране была создана принципиально новая система оказания высокотехнологичной специализированной медицинской помощи³⁶.

Анализ макроэкономических показателей Агентства статистики при Президенте Республики Узбекистан и Всемирного банка демонстрирует стремительный рост реального финансирования сектора за последнее десятилетие^{37,38}. Общие расходы на здравоохранение на душу населения в пере-

счете по паритету покупательной способности увеличились с 411,8 международных долларов в 2015 году до 749,0 международных долларов к 2022–2024 годам. Совокупный объем расходов государства и населения на медицину стабильно удерживается на уровне около 7,36 % от ВВП страны³⁹.

Динамика распределения государственного и частного (включая личные средства граждан) финансирования по ППС на душу населения выглядит следующим образом. Государственные расходы выросли в эквиваленте ППС со 143,1 международных долларов на человека в 2015 году до 292,1 международных долларов в рамках реализации госпрограмм⁴⁰. Прямые ассигнования госбюджета на здравоохранение увеличились с 9,4 трлн сумов в 2018 году до 36,0 трлн сумов в 2024 году⁴¹. В 2015 году доля личных трат населения составляла около 65,6 % от общего объема финансирования медицины. К 2024 году, на фоне опережающего государственного субсидирования льготных категорий граждан, подушевые частные расходы в относительном выражении снизились до 61,0 %, хотя в абсолютном долларовом эквиваленте ППС выросли до 456,9 международных долларов, подкрепляя активную диверсификацию и рост платного сектора⁴².

Параллельно росту финансовых вложений в сектор здравоохранения отмечается выраженное улучшение демографических показателей. По официальным данным Агентства статистики при Президенте Республики Узбекистан, ожидаемая продолжительность жизни постоянного населения страны увеличи-

³⁴ Об охране здоровья граждан...

³⁵ О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка лицензирования медицинской деятельности: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 405 от 21.06.2017 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

³⁶ О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017–2021 годы: Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 от 20.06.2017 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

³⁷ Динамика демографических показателей и ожидаемой продолжительности жизни постоянного населения Республики Узбекистан: статистический бюллетень // Агентство статистики при Президенте Республики Узбекистан. Ташкент, 2025. URL: <https://stat.uz> (дата обращения: 10.06.2026).

³⁸ Current health expenditure per capita, PPP (current international \$) - Uzbekistan // World Bank : DataBank (World Development Indicators). URL: [worldbank.org](https://data.worldbank.org) (дата обращения: 10.06.2026).

³⁹ Там же.

⁴⁰ Там же.

⁴¹ Динамика демографических показателей и ожидаемой продолжительности жизни постоянного населения Республики Узбекистан: статистический бюллетень // Агентство статистики при Президенте Республики Узбекистан. Ташкент, 2025. URL: <https://stat.uz> (дата обращения: 10.06.2026).

⁴² Current health expenditure per capita...

лась с 73,6 года в 2015 году до 75,1 года в 2024 году. Несмотря на кратковременное незначительное снижение в 2020 году из-за глобальной пандемии COVID-19 (до 73,4 года), в последующие годы показатели продемонстрировали устойчивое и ускоренное восстановление, достигнув исторического максимума⁴³.

Основную роль в оказании ВМП играют Республиканские специализированные научно-практические медицинские центры (РСНПМЦ) экстренной и неотложной помощи, хирургии, кардиологии, нейрохирургии, микрохирургии глаза, урологии, акушерства и гинекологии, педиатрии, эндокринологии, терапии и медицинской реабилитации, дерматологии и венерологии, фтизиатрии и пульмонологии, травматологии и их филиалы этих центров в областях. В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-3071 от 20.06.2017 все центры оснащены современным оборудованием и укомплектованы высококвалифицированными врачами и средним медицинским персоналом⁴⁴. РСНПМЦ являются основными координирующими, лечебными, научно-и организационно-методическими организациями, регулирующими оказание специализированной помощи на территории всей страны.

В соответствии с Постановлениями Президента Республики Узбекистан № ПП-2863 от 01.04.2017 «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения»⁴⁵ и № ПП-3450 от 29.12.2017 «О создании дополнительных условий по дальнейшему развитию частных медицинских организаций»⁴⁶ в стране проведена широкомасштабная работа по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения, направленная на создание благоприятных условий для деятельности частных медицинских организаций, совершенствование системы

регулирования и лицензирования их деятельности, стимулирование увеличения объемов и видов оказываемых услуг, в том числе специализированных и высокотехнологичных. Многие частные центры создавались на основе привлечения иностранного капитала, технологий и специалистов⁴⁷.

В деятельности частных центров было изначально предусмотрено, что вновь вводимые высокотехнологичные методы лечения и диагностики, особенно предполагающие проведение хирургических вмешательств, допускаются исключительно при наличии соответствующего медицинского оборудования, высококвалифицированного медицинского персонала и строгом соблюдении санитарных норм и правил.

В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-2863 от 01.04.2017 «О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения» основными направлениями и задачами дальнейшего развития частного сектора здравоохранения было «всемерное стимулирование увеличения объемов и видов услуг частных медицинских организаций с широким применением современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения, направленных на оказание квалифицированной медицинской помощи широким слоям населения, в том числе социально уязвимым категориям граждан»⁴⁸.

Кроме того, был определен перечень отдельных видов медицинской деятельности, связанных с повышенным уровнем риска для жизни, здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия населения, запрещенных для частных медицинских организаций. В который, кроме диагностики и лечения инфекционных, особо опасных и карантинных заболеваний, бешенства, туберкулеза, лепры, ЗППП, требующих принятия особых профилакти-

⁴³ Динамика демографических показателей...

⁴⁴ О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи...

⁴⁵ О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения: Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-2863 от 01.04.2017 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

⁴⁶ О создании дополнительных условий по дальнейшему развитию частных медицинских организаций: Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-3450 от 29.12.2017 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

⁴⁷ Там же.

⁴⁸ О мерах по дальнейшему развитию частного сектора здравоохранения...

ческих и противоэпидемических мер, психических расстройств, были внесены: аборт, трансплантация органов, а также их заготовка, организация донорства крови, заготовка и переработка крови, ее компонентов и препаратов и проведение различных видов медицинской экспертизы, осуществление которой предусмотрено только государственными учреждениями.

В результате количество частных медицинских организаций с 2017 года увеличилось на 440 организаций, общее количество которых достигло 4 тыс. Ведущим в этом смысле центром в стране созданным на основе сотрудничества с специалистами их Южной Кореи является центр ООО АКФА Medline – это крупнейший частный многопрофильный медицинский центр в Средней Азии с современным оборудованием для диагностики, лечения и проведения сложных кардиохирургических, нейрохирургических, ортопедических операций при участии высококвалифицированного медицинского персонала.

Все Центры в соответствии с «Правилами оказания Республиканскими специализированными медицинскими центрами высококвалифицированной специализированной медицинской помощи населению на платной основе с соблюдением стандартов качества диагностики и лечения; опубликованными в приложении 1 к Постановлению Кабинета Министров Республики Узбекистан от 08.06.2004 № 264»⁴⁹, осуществляют прием пациентов и лечение больных, нуждающихся в высококвалифицированной специализированной медицинской помощи, с использованием современного диагностического и лечебного оборудования.

Центрами оказывается медицинская помощь по следующим основным направлениям: консультативный прием населения; лабораторно-диагностические услуги; амбулаторная помощь; стационарная помощь; реабилитационная помощь. При оказании вышеперечисленных видов медицинской помощи

могут также оказываться сопутствующие услуги медицинского сервиса⁵⁰.

Несмотря на некоторые недочеты в деятельности в данных центрах, за последние пять лет проведено более 150 тыс. оперативных вмешательств, в том числе более 80 тыс. высокотехнологичных, в практику внедрены сложные и уникальные методики лечения.

На базе этих центров, при участии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, начиная с 2018 года создаются единые, постоянно обновляемые электронные базы данных пациентов, нуждающихся в получении соответствующих специализированных медицинских услуг, в том числе ВМП по различным патологиям, с отдельным учетом льготного контингента. А с 2019 года действует электронная программа, позволяющая осуществлять дистанционную запись на прием к врачу во всех специализированных центрах, областных филиалах, районных (городских) медицинских объединениях.

Основные виды ВМП как в государственных РСНПМЦ, так и в частных лечебно-диагностических центрах осуществляются на платной основе. Общие правила и методика формирования тарифов на оказываемые медицинские услуги с учетом обеспечения уровня рентабельности Республиканских центров, необходимого для постоянного обновления материально-технической базы, обеспечения лекарственными средствами и необходимыми расходными материалами, запасными частями к медицинскому оборудованию, а также условий оплаты труда работников разрабатываются Министерством здравоохранения совместно с Министерством финансов и Государственным комитетом Республики Узбекистан по содействию приватизированным предприятиям.

Однако в соответствии с Указом Президента Республики Узбекистан от 30.10.2017 за № УП- 5216 «О внесении изменений и дополнений в некоторые

⁴⁹ О вопросах организации деятельности Республиканских специализированных научно-практических медицинских центров: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 264 от 08.06.2004 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

⁵⁰ Там же.

акты Президента Республики Узбекистан» установлен перечень льготной категории лиц, которым лечебно-профилактическая помощь в РСНПМЦ и их филиалах оказывается за счет Государственного бюджета Республики Узбекистан⁵¹.

К данной категории относятся: инвалиды с детства; круглые сироты; инвалиды I и II групп; инвалиды и участники войны 1941–1945 годов; не работающие пенсионеры по возрасту; участники трудового фронта войны 1941–1945 годов; инвалиды из числа лиц, принимавших участие в ликвидации аварии Чернобыльской АЭС; воины-интернационалисты; лица из малообеспеченных семей, получающих материальную помощь в органах самоуправления граждан; лица призывного возраста (18–27 лет) по направлению призывных комиссий, а также дети до 18 лет, беременные, больные с эндокринными заболеваниями, заболеваниями, передающимися половым путем, туберкулезом, онкопатологией с патологией по соответствующим перечням, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Узбекистан⁵².

В Проекте Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан № ID-3710 от 20.06.2019 «О гарантированных объемах бесплатной медицинской помощи, покрываемых за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан» указывается, что стационарная и консультативно-поликлиническая, специализированная и ВМП в рамках гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи за счет Государственного бюджета Республики Узбекистан (ГОБМП) осуществляются по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или профильных специалистов для льготных категорий населения согласно принятым нормативно-правовым актам, а по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления.

Стационарная ВМП в рамках ГОБМП осуществляется в соответствии с национальными стандартами и клиническими протоколами, утвержденными

Министерством здравоохранения, включает в себя диагностику и лечение основного и сопутствующего заболевания и его осложнений. Стационарная помощь в рамках ГОБМП осуществляется в больничных палатах без предоставления дополнительных сервисных услуг (телевизор, телефон, заказное питание и т. д.). Этот вид помощи включает: осмотры, консультации специалистов, в том числе с использованием телемедицинских коммуникаций; лабораторные и инструментальные исследования в соответствии с национальными стандартами и клиническими протоколами в области здравоохранения; медицинские услуги (за исключением платных), лекарственное обеспечение в соответствии с лекарственными формулярами по медицинским показаниям; обеспечение препаратами крови и ее компонентов по медицинским показаниям; предоставление возможности находиться в медицинской организации матери (отцу) или иному лицу, непосредственно осуществляющему уход за ребенком в возрасте до трех лет, а также тяжело больными детьми старшего возраста, нуждающихся по заключению врачей в дополнительном уходе, с выдачей листа о временной нетрудоспособности; обеспечение кормящей матери ребенка до одного года жизни бесплатным питанием в медицинской организации на весь период пребывания по уходу за ребенком; раннюю и продолженную медицинскую реабилитацию согласно национальным стандартам и клиническим протоколам, утвержденным Министерством здравоохранения, включая позднюю – для детей и льготных категорий граждан; создание необходимых условий для игр, отдыха и проведения воспитательной работы в детских стационарных медицинских организациях.

Перечень медицинских учреждений, оказывающих специализированную и высокотехнологичную помощь в рамках ГОБМП, утвержден Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан от 21.05.2009 № 145 «О вопросах организации деятельности республиканских специа-

⁵¹ О внесении изменений и дополнений в некоторые акты Президента Республики Узбекистан: Указ Президента Республики Узбекистан № УП-5216 от 30.10.2017 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

⁵² Там же.

лизированных научно-практических медицинских центров»⁵³; Указом Президента Республики Узбекистан от 30.10.2017 № УП-5216 «О внесении изменений и дополнений в некоторые акты Президента Республики Узбекистан»⁵⁴ и др.

Министерством здравоохранения Республики Узбекистан ежеквартально устанавливаются квоты на предоставление льготных бесплатных медицинских услуг в размерах от имеющегося коечного фонда, его оборачиваемости и пропускной мощности поликлиник. До 20–30 %, а в специализированных центрах, оказывающих помощь детям, до 100 % от имеющегося коечного фонда и пропускной мощности поликлиник РНПМЦ отводятся для больных, страдающих различными патологиями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения за счет государственного бюджета. Распределение квот по регионам осуществляется путем рассмотрения заявок Министерства здравоохранения Республики Каракалпакстан, органов управления здравоохранением областей и г. Ташкента.

Учитывая то, что часть специализированной и ВМП оказывается в других ЛПУ, а также в целях упорядочения оказания бесплатных медицинских услуг населению, приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 161 от 31.05.2010 и Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 696 от 05.09.2017 «Об утверждении положения о порядке оказания медицинской помощи в медицинских организациях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан» определен список лечебно-профилактических учреждений, оказывающих гарантированную государ-

ством бесплатную медико-санитарную помощь⁵⁵. К этим учреждениям относятся: учреждения зоны первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (районные, городские и сельские семейные поликлиники; центральные районные и городские многопрофильные поликлиники, районные и городские медицинские объединения), учреждения экстренной и скорой медицинской помощи; учреждения охраны материнства и детства (детские больницы, санатории, поликлиники, центры, учреждения родовспоможения, центры «Мать и дитя», скрининг-центры, подростковые центры); учреждения для лечения больных с социально значимыми и инфекционными заболеваниями⁵⁶. Однако в вышеперечисленных учреждениях разрешено оказание некоторых видов платных медицинских услуг (кроме экстренной и скорой медицинской помощи).

В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан № ПП-640 от 21.05.2007 для развития сферы сервисных услуг приказом МЗ № 305 от 14.10.2009 в ЛПУ системы Минздрава внедрены дополнительные сервисные платные услуги, которые оказываются больным по их желанию⁵⁷.

При оказании платных услуг населению в соответствии с Законом Республики Узбекистан «О защите прав потребителей» № 221-1 от 26.04.1996 и в целях повышения информированности населения, приказом Минздрава во всех лечебно-профилактических учреждениях организованы стенды, содержащие перечень и объем медицинских услуг, прейскурант цен на оказываемые платные услуги, аналогичная информация представлена и на интернет-сайтах ЛПУ⁵⁸.

Все учреждения здравоохранения, оказывающие платные медицинские услуги, имеют специальное

⁵³ О вопросах организации деятельности республиканских специализированных научно-практических медицинских центров...

⁵⁴ О внесении изменений и дополнений в некоторые акты Президента Республики Узбекистан...

⁵⁵ Об утверждении положения о порядке оказания медицинской помощи в медицинских организациях системы Министерства здравоохранения Республики Узбекистан за счет средств Государственного бюджета Республики Узбекистан: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан № 696 от 05.09.2017 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

⁵⁶ Об утверждении положения о порядке оказания медицинской помощи...

⁵⁷ О мерах по дальнейшему развитию сферы сервисных услуг: Постановление Президента Республики Узбекистан № ПП-640 от 21.05.2007 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

⁵⁸ О защите прав потребителей: Закон Республики Узбекистан № 221-1 от 26.04.1996 // Национальная база данных законодательства Республики Узбекистан Lex.uz. URL: lex.uz (дата обращения: 10.06.2026).

разрешение на оказание платных услуг, выдаваемое Минздравом или его территориальными управлениями. При обращении пациентов за медицинской помощью в эти учреждения с ними обязательно должен быть заключен договор и выдана квитанция о внесении оплаты за лечение.

Рассматривая правовые аспекты оказания специализированной и ВМП, необходимо остановиться на таком вопросе, как права пациента, к которым в соответствии с «Законом об охране здоровья граждан» можно отнести: права пациента (статья 24), право граждан на информацию о состоянии здоровья (статья 25), согласие на медицинское вмешательство (статья 26), отказ от медицинского вмешательства (статья 27), право на соблюдение врачебной тайны (статья 45). Следует отметить, что если при оказании платных услуг сохраняется законное право пациента на «свободный выбор врача и лечебного учреждения», то при оказании бесплатных услуг это право нивелируется системой отбора и направления пациентов на госпитализацию или в консультативные поликлиники РСНПМЦ.

Права пациентов специализированных Центров республики, кроме общих прав, описанных в выше-названных статьях, включают в себя (при невыполнении центрами сроков и качества исполнения услуг по заключенным с пациентами договорам на оказание медицинской помощи) право на: назначения по своему усмотрению нового срока оказания услуг; требования исполнения услуг другими специалистами; расторжения договора и возмещения убытков. Претензии и споры, возникающие между пациентами и Центрами, рассматриваются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Республики Узбекистан.

Директора Центров, а также причастные работники Центров несут дисциплинарную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность за факты нанесения по их вине вреда здоровью пациентов или летального исхода в соответствии с действующим законодательством.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сказать, что:

- в Узбекистане создана разветвленная система оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи;
- в республике создана достаточная нормативно-правовая база оказания ВМП, но требующая постоянного обновления и доработки в соответствии с изменениями реального времени;
- высокотехнологичная медицинская помощь в республике оказывается как на платной, так и на бесплатной основе в различных государственных и частных ЛПУ, начиная от районного до республиканского уровня;
- оказание ВМП пациенту за счет разных источников ее финансирования (самофинансирование пациентом или за счет средств государственного бюджета) имеет различные последствия для пациента в экономической и временной сфере;
- право пациента на «свободный выбор врача и лечебного учреждения» отсутствует при оказании бесплатных услуг ввиду действующей системы отбора и направления пациентов на госпитализацию или в консультативные поликлиники РСНПМЦ.

Высокотехнологичная медицинская помощь – это медицинская помощь при лечении сложных заболеваний с применением инновационных высокотехнологичных методов и методик, в результате которых достигаются положительные медицинские, социальные и экономические эффекты. Развитию этого вида помощи, как части специализированной помощи в настоящее время в Узбекистане уделяется особое внимание.

В Навоийской области за последнее десятилетие на уровне государственных учреждений сложилась определенная система оказания специализированной помощи, в оказании которой участвуют Областной многопрофильный медицинский центр (ОММЦ), детский областной многопрофильный медицинский центр, Навоийский филиал Республиканского центра онкологии и радиологии, Навоийский областной центр фтизиатрии и пульмонологии, Навоийская областная офтальмологическая больница, специализированные диспансеры и другие учреждения.

ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом настоящего исследования выступает научно-инновационная система здравоохранения Республики Узбекистан, рассматриваемая как сложная многоуровневая структура, интегрирующая государственные механизмы финансирования и потенциал частного сектора. Методологическая основа работы построена на сочетании сравнительного анализа и описательного метода. В рамках сравнительного подхода оценивались динамика подушевых расходов на здравоохранение по паритету покупательной способности, изменения нормативно-правовой базы и показатели ожидаемой продолжительности жизни в ретроспективе, что позволило выявить устойчивые тренды модернизации отрасли. Описательный метод применялся для систематизации этапов инфраструктурной модернизации и характеристики текущего состояния высокотехнологичной медицинской помощи. Проведенный анализ показал, что в Узбекистане сформирована сбалансированная система, успешно сочетающая государственное финансирование и частный потенциал; принятые стратегические решения, выразившиеся в реформировании нормативной базы, опережающем росте расходов и комплексной модернизации, обеспечивают планомерное повышение качества жизни граждан, объективным подтверждением чему служит неуклонный рост ожидаемой продолжительности жизни. Данные выводы закладывают основу для оценки эффективности реализации прав граждан на квалифицированную помощь и опреде-

ления перспектив долгосрочного демографического и социально-экономического прогресса республики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В Республике Узбекистан действует единая система здравоохранения, объединяющая государственную, частную и другие модели. Условия лицензирования регулируются Постановлением Кабинета Министров № 405 от 21.06.2017. Важнейшую роль в оказании ВМП играют Республиканские специализированные научно-практические медицинские центры и их областные филиалы.

Для изучения организации ВМП в Навоийском областном многопрофильном медицинском центре нами были изучены годовые отчеты НОММЦ по форме Ф-12-tib shakli за 2017–2021 года, а также сборники МЗ РУз «Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан». НОММЦ создан Постановлением Кабинета Министров № 48 от 18 марта 2008 года и финансируется по паритетной схеме: 50 % – средства государственного бюджета, 50 % – поступления от платных услуг. За изучаемый период центр был полностью укомплектован 92 видами высокотехнологичного медицинского и диагностического оборудования на общую сумму 5,61 млн долларов США.

Обеспечение НОММЦ инновационным оборудованием позволило достичь существенного прироста объемов прецизионных диагностических процедур (табл. 1⁵⁹).

Таблица 1. Общее число пациентов, получивших диагностические процедуры в Навоийском областном многопрофильном медицинском центре за период с 2017–2021 гг.

Table 1. Patients diagnosed at the Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, 2017–2021

Вид диагностики	2017	2018	2019	2020	2021	% роста
УЗИ	25665	29185	29531	10672	19929	78
ЭХОКГ	539	816	741	1170	2455	455
ЭКГ	6608	7194	6451	4439	6992	106
Эндоскопия	864	1542	1762	1790	2655	307
MPT	–	469	1226	1590	2115	451
МСКТ	1188	3375	1960	1700	4010	338

⁵⁹ В таблицах 1–3 представлены расчеты авторов исследования.

За исследуемый пятилетний период в НОММЦ амбулаторную помощь получили 275 579 больных, стационарную – 34051 пациент (табл. 2).

Анализ возрастного распределения пациентов ВМП показал, что основную группу составляют лица в наиболее активном и продуктивном трудоспособном возрасте от 19 до 59 лет (57,3 %), доля лиц пенсионного возраста составляет 42,5 %, детей – 0,2 % (табл. 3).

Специфика Навоийской области как ключевого индустриального центра золотодобывающей и цветной металлургии Республики Узбекистан накладывает особый отпечаток на структуру заболеваемости населения. Горно-металлургический сектор, представленный в регионе Навоийским горно-металлургическим комбинатом (АО «НГМК»), характеризуется наличием комплекса тяжелых производственных факторов (высокая запыленность кварцсодержащей пылью, вибрация, термические нагрузки плавильных цехов, токсичность химических реагентов – цианидов и кислот).

Международный опыт показывает, что горнодобывающий сектор признан Международной организацией труда (МОТ) одной из наиболее опасных сфер занятости, аккумулирующей до 8 % всех смертельных случаев на производстве в мире. В структуре профессиональной заболеваемости золотодобывающих предприятий традиционно

доминируют болезни органов дыхания (силикоз и пневмокониоз – до 70,3 %), вибрационная болезнь (свыше 50 % у стажированных операторов тяжелой техники) и нейросенсорная тугоухость.

Повышенный риск сочетанного и компрессионного травматизма при подземных и карьерных работах формирует высокий региональный спрос на экстренную и плановую высокотехнологичную нейрохирургию, вертебрологию и травматологию. Кардиологический профиль (составляющий, по данным таблицы 3, 20,5 % у лиц трудоспособного возраста и 34,3 % у пожилых) также напрямую коррелирует с высокими термическими и психоэмоциональными нагрузками работников плавильных и аффинажных цехов.

Экономическая эффективность и сбережение человеческого капитала

Экономическая эффективность в здравоохранении – это соотношение достигнутых медико-социальных результатов и произведенных затрат. Под экономическим эффектом в медицине понимается предотвращенный ущерб от снижения заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения⁶⁰. Внедрение прецизионных диагностических алгоритмов в НОММЦ позволило сократить кратность посещений поликлиник с диагностической целью в 1,2 раза⁶¹.

Таблица 2. Общее число пациентов, получивших специализированную помощь в Навоийском областном многопрофильном медицинском центре за период с 2017–2021 гг.

Table 2. Specialized care patients at the Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, 2017–2021

Год	Число амбулаторных больных			Число стационарных больных		
	За счет бюджета	Платные услуги	Всего	За счет бюджета	Платные услуги	Всего
2017	25551	25344	50895	2725	2465	7207
2018	30117	19689	49806	4100	3456	9574
2019	27712	26586	54298	4697	4106	10822
2020	27793	25834	53627	3127	4645	9792
2021	34660	32293	66953	1942	2788	6751
Всего	145833	129746	275579	16591	17460	34051

⁶⁰ Экономические аспекты заболеваемости и охраны труда: руководство по оценке социально-экономического ущерба / Международная организация труда. Женева: Международное бюро труда, 2021. 88 с.

⁶¹ О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи...

Таблица 3. Распределение пациентов, получивших ВМП в Навоийском областном многопрофильном медицинском центре за период с 2017–2021 гг., %

Table 3. High-tech medical care recipients at the Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center across medical spheres, %, 2017–2021

Профили ВМП	От 0 до 18 лет n = 81	От 19 до 59 лет n = 22385	60 лет и старше n = 16628
Кардиохирургия	53,1 ± 5,5	0,4 ± 0,04	0,5 ± 0,06
Ревматология	3,7 ± 2,1	6,6 ± 0,2	4,5 ± 0,16
Абдоминальная хирургия	2,5 ± 1,7	2,3 ± 0,1	1,8 ± 0,10
Торакальная хирургия	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,00
Нейрохирургия	8,6 ± 3,1	2,0 ± 0,1	0,9 ± 0,07
Офтальмология	0,0 ± 0,0	0,8 ± 0,1	1,6 ± 0,10
Травматология	1,2 ± 1,2	3,9 ± 0,1	2,0 ± 0,11
Урология	7,4 ± 2,9	7,8 ± 0,2	4,0 ± 0,15
Трансплантология	0,0 ± 0,0	0,1 ± 0,02	0,0 ± 0,00
Отоларингология	2,5 ± 1,7	0,7 ± 0,1	0,3 ± 0,04
Гинекология	0,0 ± 0,0	0,3 ± 0,04	0,1 ± 0,02
Проктология	3,7 ± 2,1	3,7 ± 0,1	2,7 ± 0,13
Сосудистая хирургия	0,0 ± 0,0	2,1 ± 0,1	0,8 ± 0,07
Гастроэнтерология	2,5 ± 1,7	11,7 ± 0,2	12,0 ± 0,25
Гематология	4,9 ± 2,4	8,3 ± 0,2	6,3 ± 0,19
Кардиология	3,7 ± 2,1	20,5 ± 0,3	34,3 ± 0,37
Неврология	2,5 ± 1,7	16,8 ± 0,2	16,2 ± 0,29
Нефрология	2,5 ± 1,7	6,8 ± 0,2	5,6 ± 0,18
Пульмонология	1,2 ± 1,2	5,6 ± 0,2	7,5 ± 0,20

Для оценки окупаемости инвестиций в региональное здравоохранение нами построена медико-экономическая модель на основе укрупненной группы из 1 тыс. сотрудников горно-металлургического кластера, занятых во вредных условиях труда⁶².

До модернизации материально-технической базы НОММЦ средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности (ВН) металлурга составляла 14 дней в год, что генерировало 14 тыс. человеко-дней суммарных потерь рабочего времени на 1 тыс. сотрудников. При средней дневной ставке рабочего с учетом надбавок за вредность

в размере 350 тыс. сумов прямые финансовые потери предприятия по оплате листов нетрудоспособности достигали 4,9 млрд сумов в год⁶³. Косвенный ущерб производства (недополученный валовой региональный продукт – ВРП) от простоя высокотехнологичных производственных линий рассчитывается по международным методикам с коэффициентом 3,0 к дневной ставке и составлял 14,7 млрд сумов. Совокупный ущерб от заболеваемости на 1 тыс. рабочих оценивался в 19,6 млрд сумов ежегодно.

Сокращение времени верификации диагноза и своевременное проведение операций ВМП на ранних

⁶² Инвестиционный обзор и отчет в сфере устойчивого развития (ESG Fact Sheet) / Акционерное общество «Навоийский горно-металлургический комбинат». Навои: Пресс-служба АО «НГМК», 2024. 45 с.

⁶³ Оплата труда и занятость в Республики Узбекистан: стат. бюллетень / Агентство статистики при Президенте Республики Узбекистан. Ташкент: Государственное предприятие «Центр социологических исследований», 2025. 142 с.

стадиях патологий (нейрохирургических, кардиологических) позволило сократить средний период лечения на 20 % (с 14 до 11,2 дней в год). Это экономит 2800 человеко-дней трудоспособного ресурса на каждую 1 тыс. рабочих. Предотвращенный экономический ущерб за счет минимизации прямых выплат по больничным листам (980 млн сумов) и сохранения объемов выпуска промышленной продукции (2,94 млрд сумов) суммарно составляет 3,92 млрд сумов в год на 1 тыс. сотрудников. В масштабах всего многотысячного коллектива АО «НГМК» (около 20 тыс. человек, занятых в основном производстве во вредных условиях) ежегодно предотвращаемый экономический ущерб достигает 78,4 млрд сумов (порядка 6,15 млн долларов США)⁶⁴.

Таким образом, общие капитальные затраты государства и предприятия на закупку 92 видов инновационного медицинского оборудования для НОММЦ на сумму 5,61 млн долларов США полностью окупаются за счет сбережения человеческого капитала и предотвращения инвалидизации кадров менее чем за один операционный год ($ROI > 100\%$), что полностью подтверждает положения теории стратегирования В. Л. Квинта о первичности качества и продолжительности жизни в структуру национального богатства.

Сравнительный анализ корпоративных моделей здравоохранения

В рамках теории стратегирования академика В. Л. Квинта качество жизни и здоровье человека рассматриваются как долгосрочный стратегический ресурс, требующий опережающего инвестирования. Сравнительный макроэкономический анализ показывает глубокую дифференциацию между базовым уровнем медицинского обеспечения

населения Республики Узбекистан и стандартами корпоративной медицины промышленного гиганта региона – АО «НГМК». По состоянию на сегодняшний день, средние государственные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в республике составляют около 960 тыс. сумов в год (порядка 75–80 долларов США). Данный объем финансирования покрывает исключительно первичную медико-санитарную помощь и базовую экстренную госпитализацию в рамках ГОБМП, в то время как затраты на сложные диагностические манипуляции и закупку лекарств зачастую ложатся на домохозяйства.

Одновременно с этим Медико-санитарная служба АО «НГМК» обеспечивает непрерывное медицинское сопровождение, профилактику и лечение не только штатного персонала (свыше 47 тыс. сотрудников), но также членов их семей и пенсионеров предприятия, формируя совокупный обслуживаемый контингент численностью около 120 тыс. человек. Прямые инвестиции комбината в закупку оборудования, медикаментов и программ ранней диспансеризации позволяют довести ежегодные подушевые вложения в здоровье прикрепленного контингента до 3,8–4,2 млн сумов на человека (около 300–330 долларов США), что в 4 раза превышает среднереспубликанские показатели.

Кросс-национальный сравнительный анализ моделей финансирования промышленного здравоохранения позволяет определить место АО «НГМК» в глобальной практике сбережения человеческого капитала горно-металлургического сектора (табл. 4⁶⁵).

В мировой практике золотодобычи и цветной металлургии прослеживаются различные подходы к инвестициям в здоровье. Так, в российской

⁶⁴ Инвестиционный обзор и отчет в сфере устойчивого развития (ESG Fact Sheet) / Акционерное общество «Навоийский горно-металлургический комбинат». Навои: Пресс-служба АО «НГМК», 2024. 45 с.

⁶⁵ Составлена авторами по данным корпоративной отчетности.

⁶⁶ АО «Навоийский горно-металлургический комбинат» // НГМК: инвестиционный обзор (Fact sheet). URL: <https://www.ngmk.uz/ru/press-center/news-and-press-releases/NMMC-ESG-Fact-Sheet-2023/> (дата обращения: 08.06.2026).

⁶⁷ Устойчивое развитие ПАО «Полюс»: Отчет о деятельности в сфере ESG // Полюс: официальный сайт. URL: https://sustainability.polyus.com/ru/esg_data_and_reports/ (дата обращения: 08.06.2026).

⁶⁸ Социальная политика и охрана здоровья ОК «РУСАЛ» // РУСАЛ. URL: rusal.ru (дата обращения: 08.06.2026).

⁶⁹ Zijin Mining Group Co., Ltd. Sustainability Report 2024 // Zijin Mining. URL: <https://www.zijinmining.com/upload/file/2025/04/25/06d9015c6d24496b94d0fd73c449d63a.pdf> (дата обращения: 08.06.2026).

Таблица 4. Сравнительные параметры инвестиций в промышленное здравоохранение компаний цветной металлургии

Table 4. Investments in industrial healthcare by non-ferrous metallurgy companies: comparative parameters

Направление сравнения	АО «НГМК» (Узбекистан)	ПАО «Полус» / ОК «РУСАЛ» (Россия)	Zijin Mining Group (Китай)
Базовая модель медицины	Ведомственно-территориальная (МСЧ)	Смешанная (Корпоративное ДМС + сеть медцентров)	Государственно-корпоративная (Интегрированные кластеры)
Прикрепленный контингент	Примерно 120 тыс. человек ⁶⁶	Примерно 80 тыс. человек ^{67,68}	Примерно 150 тыс. человек ⁶⁹
Ежегодные подушевые вложения	300–330 долларов США	450–600 долларов США	250–280 долларов США
Кратность превышения над бюджетом страны	В 4 раза	В 1,5–2 раза	В 1,2–1,4 раза
Доля затрат на охрану труда	5–8 % от ФОТ	8–12 % от ФОТ	4–6 % от ФОТ

модели (на примере ПАО «Полус» и ОК «РУСАЛ») доминирует страховой и ГЧП-подход: подушевые вложения достигают 450–600 долларов США на человека в год, что превышает базовый стандарт ОМС в 1,5–2 раза и обусловлено экстремальными климатическими условиями добычи и жестким дефицитом кадров^{70,71}. В китайской модели (на примере Zijin Mining Group) акцент смещен в сторону тотального автоматизированного скрининга и превентивной медицины, где подушевые затраты составляют 250–280 долларов США в год, опережая национальный уровень страхования на 20–40 % за счет высокой доступности и ценовой конкурентоспособности локального MedTech-оборудования.

На этом фоне модель АО «НГМК» демонстрирует уникальные стратегические параметры. Корпоративные расходы комбината превосходят среднереспубликанский бюджет здравоохранения на душу населения в 4 раза, что фиксирует максимальный уровень социальной ответственности и разрыва с базовыми стандартами среди рассматриваемых стран^{72,73}. С точки зрения теории стратегирования В. Л. Квинта, такая концентрация финансовых

ресурсов на уровне ведомственной медицины и ее интеграция с государственными учреждениями (НОММЦ) формирует мощную преференциальную систему. Она позволяет не только нивелировать профессиональные риски металлургов, но и выступает стратегическим донором для повышения общего качества жизни и долголетия населения всей Навоийской области.

ВЫВОДЫ

Организация доступной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи является важнейшей стратегической задачей здравоохранения промышленных регионов любой развивающейся страны. Рассмотренная практика доказала абсолютную верность теории стратегирования В. Л. Квинта. Данный методологический аппарат позволяет формировать устойчивые региональные стратегии, чутко реагирующие на глобальные тенденции в отраслях здравоохранения и тяжелой металлургии, а также учитывающие общемировые макроэкономические циклы.

Эмпирические данные подтверждают фундаментальный тренд XXI века – превалирование

⁷⁰ Устойчивое развитие ПАО «Полус»...

⁷¹ Социальная политика и охрана здоровья ОК «РУСАЛ»...

⁷² АО «Навоийский горно-металлургический комбинат»...

⁷³ Опубликованы данные о расходах на здравоохранение в Узбекистане // Программа развития ООН (ПРООН) в Узбекистане. URL: <https://www.undp.org/ru/uzbekistan/press-releases/opublikovany-dannye-o-raskhodakh-na-zdravookhranenie-v-2021-godu-v-uzbekistane> (дата обращения: 10.06.2026).

осознанного стремления человечества к повышению качества жизни и системному обеспечению его стандартов. В соответствии с методологией академика В. В. Окрепилова, сбережение здоровья трудоспособного населения является главным драйвером интенсивного экономического роста.

Сбалансированное сочетание государственного бюджетного финансирования, корпоративных инвестиций промышленных гигантов (ГЧП) и сектора

платных услуг позволяет не только диверсифицировать источники обновления материально-технической базы ЛПУ, но и максимизировать вклад медицины в рост валового регионального продукта^{74,75}. В долгосрочной перспективе именно опережающее развитие медицинского обслуживания и локального MedTech-экспорта способно выступить ключевым фактором масштабирования инновационной экономики сбережения здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

- Аджиенко В. Л., Косинова Н. Н. Стратегический анализ института государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения // Фармация и фармакология. 2017. Т. 5. № 4. С. 380–400. <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2017-5-4-380-400>
- Алиева Д. Ш. Структура заболеваемости среди населения Г. Ташкента // Вестник Науки и Творчества. 2016. № 5(5). С. 33–36. <https://elibrary.ru/WBWJOB>
- Асатов Д. А., Горбунова И. Г., Муталова З. Д. Анализ здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан в 2012 году // Организация и управление здравоохранением. 2013. № 6. С. 42–52.
- Григорьева Н. С., Соболев С. А. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: пример города Москвы // Уровень жизни населения регионов России. 2021. Т. 17. № 3. С. 327–338. <https://doi.org/10.19161/lsprr.2021.17.3.3>
- Евсина О. В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 1(1). С. 119–133. <https://elibrary.ru/QBFLGF>
- Квинт В. Л., Новикова И. В., Алимуратов М. К. Согласованность глобальных и национальных интересов с региональными стратегическими приоритетами // Экономика и управление. 2021. Т. 27. № 11. С. 900–909. <https://doi.org/10.35854/1998-1627-2021-11-900-909>
- Квинт В. Л., Окрепилов В. В. Качество жизни и ценности в национальных стратегиях развития // Вестник Российской академии наук. 2014. Т. 84. № 5. С. 412–425. <https://doi.org/10.7868/S0869587314050107>
- Квинт В. Л., Середюк И. В. Стратегическая оценка соответствия открытых диффузных агломераций глобальным, национальным и региональным трендам (на примере агломераций Кемеровской области – Кузбасса) // Экономика промышленности. 2025. Т. 18. № 1. С. 7–23. <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2025-1-1435>
- Морозова Ю. А. Основные приоритеты стратегирования научноинновационной системы российского здравоохранения // Стратегирование: теория и практика. 2025. Т. 5. № 3. С. 349–364. <https://doi.org/10.21603/2782-2435-2025-5-3-349-364>
- Николаев Е. Л. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем: врачи здоровее, чем учителя? // Вестник Чувашиского университета. 2014. № 2. С. 310–315. <https://elibrary.ru/SJKDXV>

⁷⁴ О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года: Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 г. № 309 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2024. № 19. Ст. 2576.

⁷⁵ О мерах по развитию государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения...

- Окрепилов В. В. Совершенствование механизмов улучшения качества жизни в условиях экономической интеграции // Экономическое возрождение России. 2024. № 2(80). С. 46–53. <https://doi.org/10.37930/1990-9780-2024-2-80-46-53>
- Оценка человеческого потенциала в стратегировании промышленных регионов России / В. Л. Квинт [и др.] // Экономика промышленности. 2025. Т. 18. № 4. С. 459–471. <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2025-4-1564>
- Сасаев Н. И., Квинт В. Л. Стратегирование промышленного ядра национальной экономики // Экономика промышленности. 2024. Т. 17. № 3. С. 245–260. <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2024-3-1349>
- Смышляев А. В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения в Российской Федерации: история успеха или история неудач? // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2024. Т. 12. № 3. С. 386–396. <https://doi.org/10.23888/HMJ2024123386-396>
- Хворостяная А. С., Квинт В. Л. Разработка и реализация региональной стратегии: основные этапы и приоритеты // Север и рынок: формирование экономического порядка. 2025. Т. 28. № 3(89). С. 25–34. <https://doi.org/10.37614/2220-802X.3.2025.89.002>
- Шевченко Ю. Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. 2003. № 1–2. С. 6.
- Abass L. A., Usuemerai P., Ibikunle O. E. Public-private partnerships to enhance healthcare access and affordability // International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation. 2024. Vol. 5. № 4. P. 1327–1344. <https://doi.org/10.54660/IJMRGE.2024.5.4.1327-1344>
- Hjelmar U., Bhatti Y., Petersen O. Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes // Social Science & Medicine. 2018. Vol. 216. P. 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.029>
- Kramer D. B., Xu S., Kesselheim A. S. Regulation of medical devices in the United States and European Union // The New England Journal of Medicine. 2012. Vol. 366. № 9. P. 848–855. <https://doi.org/10.1056/NEJMHle1113918>
- Nishtar S. Public-private “partnerships” in health – a global call to action // Health Research Policy and Systems. 2004. Vol. 2. № 1. P. 5. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-2-5>
- Rodrigues N. Public-private partnerships model applied to hospitals – a critical review // Healthcare. 2023. Vol. 11. № 12. P. 1723. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121723>
- Roehrich J., Lewis M. A., George G. Are Public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review // Social Science & Medicine. 2014. Vol. 113. P. 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- Vrueh R. L. A. de, Vlieger J. S. B. de, Crommelin D. J. A. Editorial: public-private partnerships as drivers of innovation in healthcare // Frontiers in Medicine. 2019. Vol. 6. P. 114. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00114>

REFERENCES

- Abass LA, Usuemerai P, Ibikunle OE. Public-private partnerships to enhance healthcare access and affordability. International Journal of Multidisciplinary Research and Growth Evaluation. 2024;5(4): 1327–1344. <https://doi.org/10.54660/IJMRGE.2024.5.4.1327-1344>
- Adzhienko VL, Kosinova NN. Strategic analysis of the state-private partnership institute in the healthcare. Pharmacy & Pharmacology. 2017;5(4):380–400. (In Russ.) <https://doi.org/10.19163/2307-9266-2017-5-4-380-400>

- Alieva DS. Structure of morbidity among the population of Tashkent. *Vestnik Nauki i Tvorchestva*. 2016; 5(5):33–36. (In Russ.) <https://elibrary.ru/WBWJOB>
- Asadov DA, Gorbunova IG, Mutalova ZD. Analysis of public health and activities of healthcare institutions of the Republic of Uzbekistan in 2012. *Organizatsiya i Upravlenie Zdravookhraneniem*. 2013;(6):42–52. (In Russ.)
- Evsina OV. Quality of life in medicine – an important indicator of patient health status (literature review). *Personality in a Changing World: Health, Adaptation, Development*. 2013;1(1):119–133. (In Russ.) <https://elibrary.ru/QBFLGF>
- Grigorieva NS, Sobolev SA. Public-Private partnership in health care: Moscow’s case. *Living Standards of the Population in the Regions of Russia*. 2021;17(3):327–338. (In Russ.) <https://doi.org/10.19181/lsprr.2021.17.3.3>
- Hjelmar U, Bhatti Y, Petersen O. Public/private ownership and quality of care: Evidence from Danish nursing homes. *Social Science & Medicine*. 2018;216:41–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.029>
- Khvorostyanaya AS, Kvint VL. Regional strategy development and implementation: Key stages and priorities. *The North and the Market: Forming the Economic Order*. 2025;3:25–34. (In Russ.) <https://doi.org/10.37614/2220-802X.3.2025.89.002>
- Kramer DB, Xu S, Kesselheim AS. Regulation of medical devices in the United States and European Union. *The New England Journal of Medicine*. 2012;366(9):848–855. <https://doi.org/10.1056/NEJMHle1113918>
- Kvint VL, Novikova IV, Alimuradov MK. Alignment of global and national interest with regional strategic priorities. *Economics and Management*. 2021;27(11):900–909. (In Russ.) <https://doi.org/10.35854/1998-1627-2021-11-900-909>
- Kvint VL, Okrepilov VV. Quality of life and values in national development strategies. *Herald of the Russian Academy of Sciences*. 2014;84(5):412–425. (In Russ.) <https://doi.org/10.7868/S0869587314050107>
- Kvint VL, Seredyuk IV. Strategic assessment of the compliance of open diffuse agglomerations with global, national and regional trends (Kemerovo region – Kuzbass agglomerations case study). *Russian Journal of Industrial Economics*. 2025;18(1):7–23. (In Russ.) <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2025-1-1435>
- Kvint VL, Vlasjuk LI, Novikova IV, Chkhotua IZ. Assessment of human potential in the strategizing of industrial regions of Russia. *Russian Journal of Industrial Economics*. 2025;18(4):459–471. (In Russ.) <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2025-4-1564>
- Morozova YuA. Strategizing the main priorities of scientific and innovative system in Russian health-care. *Strategizing: Theory and Practice*. 2025;5(3):349–364. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/2782-2435-2025-5-3-349-364>
- Nikolaev EL. Assessment of health-related quality of life: Are physicians more healthy than teachers? *Vestnik Chuvashskogo Universiteta*. 2014;(2):310–315. (In Russ.) <https://elibrary.ru/SJKDXV>
- Nishtar S. Public-private “partnerships” in health – a global call to action. *Health Research Policy and Systems*. 2004;2(1):5. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-2-5>
- Okrepilov VV. Enhancing mechanisms for quality of life improvement in conditions of economic integration. *Economic Revival of Russia*. 2024;(2):13–24. (In Russ.) <https://doi.org/10.37930/1990-9780-2024-2-80-46-53>
- Rodrigues N. Public-private partnerships model applied to hospitals – A critical review. *Healthcare*. 2023;11(12):1723. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121723>
- Roehrich J, Lewis MA, George G. Are Public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 2014;113:110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>

- Sasaev NI, Kvint VL. Strategizing the industrial core of the national economy. Russian Journal of Industrial Economics. 2024;17(3):245–260. (In Russ.) <https://doi.org/10.17073/2072-1633-2024-3-1349>
- Shevchenko YuL. Modern approaches to the study of quality of life in health care. Vestnik Mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni 2003;(1–2):3–21. (In Russ.)
- Smyshlyayev AV. Public-private partnership in healthcare in the Russian Federation: A story of success or a story of failure? Science of the Young (Eruditio Juvenium). 2024;12(3):386–396. (In Russ.) <https://doi.org/10.23888/HMJ2024123386-396>
- Vrueh RLA de, Vlieger JSB de, Crommelin DJA. Editorial: public-private partnerships as drivers of innovation in healthcare. Frontiers in Medicine. 2019;6:114. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00114>

КРИТЕРИИ АВТОРСТВА: Каждый из соавторов внес одинаковый вклад в выполненную работу.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, связанного с исследованием, авторством и / или публикацией данной статьи.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ: Мирзаев Алишер Умирзокович, д-р мед. наук, старший научный сотрудник, начальник регионального управления «Зафаробод», Фонд Навоийского горно-металлургического комбината, Навои, Республика Узбекистан; mirzaev-69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8216-5444>

Ахмедов Мурод Эркинович, главный врач, д-р мед. наук, старший научный сотрудник, Навоийский областной многопрофильный медицинский центр, Навои, Республика Узбекистан; murod_murod1977@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-4856-9309>

Бердиев Дилшод Очилович, заместитель главного врача по хирургическим вопросам, врач-нейрохирург, Навоийский областной многопрофильный медицинский центр, Навои, Республика Узбекистан; doctordilshod@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-6362-6870>

Морозова Юлия Александровна, канд. экон. наук, доцент кафедры экономической и финансовой стратегии МШЭ Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, Москва, Россия; morozova.u24@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0524-6937>

CONTRIBUTION: All authors contributed equally to this work.

CONFLICT OF INTEREST: The author declared no potential conflict of interest regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

ABOUT AUTHORS: Alisher U. Mirzaev, MD, PhD, Senior Researcher, Head of the Zafarobod Regional Department, Navoi Mining and Smelting Works Fund, Navoi, Republic of Uzbekistan; mirzaev-69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8216-5444>

Murod E. Akhmedov, Chief Physician, MD, PhD, Senior Researcher, Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, Navoi, Republic of Uzbekistan; murod_murod1977@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0000-4856-9309>

Dilshod O. Berdiev, Deputy Chief Physician for Surgical Issues, Neurosurgeon, Navoi Regional Multidisciplinary Medical Center, Navoi, Republic of Uzbekistan; doctordilshod@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-6362-6870>

Yulia A. Morozova, Ph.D.(Econ.), Associate Professor, Department of Economic and Financial Strategy, Moscow School of Economics, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; morozova.u24@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0524-6937>