МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДРУЖБЫ НАРОДОВ ИМЕНИ ПАТРИСА ЛУМУМБЫ»

На правах рукописи

Азлярова Гулноза Улугбековна

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЬГОТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

3.4.3 Организация фармацевтического дела

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата фармацевтических наук

Научный руководитель:
доктор фармацевтических наук, профессор
Косова Ирина Владимировна

Москва 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ 14

1.1. Исследования доступности лекарственных средств……...…14

1.2. Обеспечение доступности лекарственных средств для льготных категорий граждан……...19

1.3. Направления государственной политики Республики Узбекистан для обеспечения доступности лекарственных средств……35

Заключение по главе 1 ……....43

ГЛАВА 2. РАЗРАБОТКА МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И ДИЗАЙНА ИССЛЕДОВАНИЯ 44

2.1 Методический подход к оценке доступности лекарственных средств для льготного обеспечения при амбулаторном лечении в Республике Узбекистан 44

2.2 Разработка дизайна исследования…….....48

Заключение по главе 2 ……54

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКОНОМИЧЕСКОГО И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН КАК ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ 55

3.1. Характеристика показателей демографического и экономического развития……..55

3.2. Характеристика показателей медико-социального развития ……64

3.3. Анализ заболеваемости сахарным диабетом I и II типа…….74

3.4. Оценка современного состояния производственного сектора лекарственных средств……..…..81

3.4.1. Оценка производителей лекарственных средств …… ...82

3.4.2. Анализ динамики экспорта лекарственных средств…….……...87

3.4.3. Анализ импорта лекарственных средств……..…….89

Заключение по главе 3 ……95

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 97

4.1. Организация системы льготного обеспечения граждан в Республике Узбекистан…….....97

4.2. Анализ Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС)……102

4.3. Анализ Перечня лекарственных средств, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении…….110

4.4. Оценка соответствия стандартов лечения сахарного диабета системе льготного лекарственного обеспечения ……...117

4.5. Ретроспективный анализ реестра оформленных рецептов и отпущенных лекарственных препаратов при оказании амбулаторной помощи льготным категориям населения по регионам Республики Узбекистан…….120

Заключение по главе 4 ……..…….132

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СИСТЕМОЙ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ЛС ЛЬГОТНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН 133

5.1 Социологическое исследование удовлетворенности фармацевтических работников …….…….....134

5.2 Социологическое исследование удовлетворенности медицинских работников……140

5.3 Социологическое исследование удовлетворенности пациентов……..146

5.4 Разработка программного продукта для информационно-аналитической поддержки процесса обеспечения льготными лекарственными средствами пациентов с сахарным диабетом в Республике Узбекистан……..152

5.5 Разработка комплекса мероприятий, направленных на совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения…….....167

Заключение по главе 5……....171

ЗАКЛЮЧЕНИЕ……173

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ…….....177

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…….....179
СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ…….....202
ПРИЛОЖЕНИЕ 1……203
ПРИЛОЖЕНИЕ 2……205
ПРИЛОЖЕНИЕ 3……....211
ПРИЛОЖЕНИЕ 4……....212
ПРИЛОЖЕНИЕ 5……213
ПРИЛОЖЕНИЕ 6……214
ПРИЛОЖЕНИЕ 7 ……...219
ПРИЛОЖЕНИЕ 8……....223
ПРИЛОЖЕНИЕ 9……227

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

Обеспечение доступности качественных и эффективных лекарственных средств (ЛС) гражданам является одной из центральных задач государственной социальной политики в любой стране мира. Особую значимость этот вопрос приобретает для льготных и социально уязвимых категорий населения. В Республике Узбекистан (РУз) законодательно закреплена система компенсации стоимости ЛС для льготных категорий населения, в том числе больных сахарным диабетом. Однако анализ показывает, что даже в рамках таких программ пациенты часто сталкиваются с ограниченным ассортиментом ЛС, что может снизить эффективность лечения и ограничить доступ к современным, более безопасным методам терапии. Поэтому существующая система возмещения стоимости ЛС требует постоянного мониторинга и адаптации к меняющимся экономическим условиям, импортозамещению и динамике фармацевтического рынка.

Региональная специфика РУз (в т.ч. наличие отдаленных и малонаселенных территорий, низкий уровень среднедушевых денежных доходов в год, территориальная неоднородность распространенности заболеваний) обуславливает необходимость изучения физической и экономической доступности лекарственных средств для льготного обеспечения при амбулаторном лечении граждан (в том числе при заболевании сахарным диабетом). Несмотря на рост ВВП, доля расходов на здравоохранение в структуре ВВП остаётся сравнительно невысокой и составляла в 2025 г. по данным ВОЗ 6,74%, уровень занятости населения в РУ в 2025 - 55%, уровень продолжительности жизни- 72,5 года, а индекс продолжительности здоровой жизни - 63,4%. Региональная экономика характеризуется как наличием тенденций к развитию собственной фармацевтической промышленности, так и значительной долей импортных ЛС. Контент анализ литературных источников выявил, что исследований по вопросам доступности лекарственных средств на территории Республики Узбекистан не проводилось.

Степень разработанности темы исследования.

Проблема доступности лекарственных препаратов широко рассматривается в научных исследованиях зарубежных и российских учёных. Исследования по адаптации инструментария ВОЗ/HAI для оценки доступности проводили Л.Е. Зиганшина, Ч.М. Раззакова (2022). На необходимость комплексного подхода к оценке доступности указывали А.В. Коваленко и М.А. Мищенко (2020). Географические и региональные ограничения доступности изучали Е.Г. Калабина (2020), С.В. Бегичева (2025), С.М. Тарабукина (2023) и А.Н. Шишигина (2023), А.А. Мартынова и А.В. Власова (2023). Понятие юридической доступности вводили Д.М. Медведева (2021) и соавторы. Роль государственных программ и систем реимбурсации в целях обеспечения доступности ЛП для льготных категорий граждан анализировали А. Адилет и соавт. (2026), Г.Т. Глембоцкая (2025), А.И. Овод (2026). Различные аспекты доступности ЛП больных с сахарным диабетом анализировали И.К. Петрухина (2026), Р.О. Никитин (2024), А.А. Гражданкина (2026), И.А. Харина, И.А. Джупарова (2022), О.В. Крылова (2022). Анализ научных исследований показывает, что проблема сахарного диабета в Республике Узбекистан изучается преимущественно с эпидемиологических, клинических, диагностических и профилактических позиций, а также с точки зрения приверженности пациентов к терапии и внедрения цифровых технологий: Т.Т. Камалов, А.Б. Юнусова (2024), А. Султонов (2024), Н. Ибрагимова, Р. Трегулова, Н. Норматова и Ш. Джалалов, А. Алиева (2022), Ф.К. Хомидов, Д.Г. Абдуллаева, Ф.А. Икромов (2024), С.И. Исмаилов, Л.Т. Даминова, С.У. Муминова, Н.М. Собирова (2022).

Вместе с тем остается актуальным проведение комплексных исследований, направленных на оценку физической и экономической доступности лекарственных средств в системе льготного лекарственного обеспечения и поиск направлений повышения этой доступности в Республике Узбекистан, что и определило цель и задачи настоящей работы.

Цель и задачи диссертационного исследования.

Цель исследования - разработка организационно-методических подходов к повышению доступности лекарственных средств льготным категориям граждан в Республике Узбекистан (на примере сахарного диабета).

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить и теоретически обобщить литературные данные по вопросам обеспечения доступности ЛС льготным категориям граждан.
2. Разработать дизайн исследования и обосновать методический подход к комплексной оценке доступности ЛС для льготных категорий граждан в РУз.
3. Провести исследование социально-экономического развития и медико-демографического состояния РУз, в том числе по заболеваемости сахарным диабетом, как факторов, влияющих на доступность ЛС.
4. Оценить состояние и тенденции развития фармацевтической промышленности, провести ретроспективный анализ импорта ЛС и экспортных возможностей как детерминант физической доступности.
5. Провести анализ количественных и качественных показателей системы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.
6. Провести сравнительный анализ ассортимента гипогликемических препаратов, представленных на фармацевтическом рынке РУз, в том числе в сегменте льготного обеспечения.
7. Оценить на основе социологических исследований уровень удовлетворенности системой льготного обеспечения пациентов, медицинских и фармацевтических работников.
8. Разработать комплекс мероприятий, направленных на совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения.

Научная новизна исследования заключается в том, что в результате его проведения впервые:

- Выявлены современные проблемы обеспечения доступности в системе льготного лекарственного обеспечения (в частности территориальные

диспропорции), что позволило обосновать необходимость комплексного подхода к ее оценке в Республике Узбекистан.

- Для подтверждения гипотезы исследования разработан дизайн исследования и обоснован методический подход к комплексной оценке доступности ЛС для льготных категорий граждан в РУз, основанный на интеграции системного и регионального подходов.
- Проведена оценка регионов РУ по показателям экономического и социально-демографического развития за четырёхлетний период (динамика численности населения, занятость, уровень доходов, уровень заболеваемости, в том числе сахарным диабетом, обеспеченность медицинскими и аптечными организациями), как факторов, влияющих на доступность ЛС, и выявлена их территориальная дифференциация.
- Проведен анализ стратегического потенциала фармацевтического рынка РУз, оценка динамики импорта ЛС и экспортных возможностей, и установлена низкая физическая доступность гипогликемических препаратов.
- В результате сравнительного анализа Государственного реестра ЛС, Перечня ЛС, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении (по источникам производства, видам лекарственных форм, коэффициентам глубины, по наличию в перечне основных ЛС), и сопоставлении его с клиническими рекомендациями показана недостаточная представленность отдельных ЛС, в т.ч. необходимых для терапии осложнений сахарного диабета.
- В результате регионального ретроспективного анализа выявлены снижение количества выписанных рецептов, увеличение стоимости бесплатно отпущенных ЛП, увеличение средней стоимости одного рецепта при существенной территориальной дифференциации в объемах льготного лекарственного обеспечения.
- По данным социологического исследования установлены существенные различия в оценках удовлетворенности системой льготного лекарственного

обеспечения между непосредственными получателями лекарственной помощи и профессиональными участниками системы и выявлен низкий уровень осведомленности пациентов с сахарным диабетом в вопросах льготного обеспечения.

- Разработан комплекс мероприятий, направленных на совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения в РУз, в том числе предложен программный продукт для информационно-аналитической поддержки процесса обеспечения льготными ЛП пациентов с сахарным диабетом в Республике Узбекистан.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическая значимость исследования состоит в обосновании необходимости комплексной оценки доступности ЛС для льготных категорий граждан, основанной на интеграции системного и регионального подходов, и разработке организационно-методических подходов к повышению уровня доступности ЛС льготным категориям граждан в Республике Узбекистан, в выявлении факторов, снижающих физическую и экономическую доступность. Результаты данного исследования вносят теоретический вклад в фармацевтическое знание и систему лекарственного обеспечения граждан.

Практическая значимость результатов исследования заключается в разработке предложений по совершенствованию системы льготного лекарственного обеспечения как на уровне медицинских и аптечных организаций, так и на уровне потребителей с целью увеличения доступности ЛС.

По результатам исследования разработаны и внедрены:

- Методические рекомендации для врачей-эндокринологов и фармацевтических работников «Организация льготного лекарственного обеспечения и инсулинотерапии пациентов с сахарным диабетом 1 типа» (Ташкент, акт внедрения от 27.07. 2026 г. аптека ООО «Фарход Фарм Инвест»).

- База данных (БД) «Методические рекомендации по выбору лекарственных средств при сахарном диабете (разных типов) согласно стандартам лечения и

регистрации лекарственных препаратов, в Республике Узбекистан» (свидетельство об авторском праве № 010563 от 17.07.2026 г.; Ташкент, акт внедрения от 21.07. 2026 г. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова; Ташкент акт внедрения от 16.07.2026 г. Семейная поликлиника № 16).

- Памятка для пациентов «Памятка для пациентов с сахарным диабетом» (Ташкент, акт внедрения от 28.09.2026 г. аптека ООО «Фарход Фарм Инвест»).

- Учебно-методическое пособие для студентов, обучающихся по специальности Фармация «Льготное лекарственное обеспечение льготных категорий населения Республики Узбекистан» (Самарканд, акт внедрения от 13.07.2026 г. Самаркандского государственного медицинского университета; Бухара, акт внедрения от 06.07.2026 г. Бухарского государственного медицинского института).

Отдельные фрагменты исследования используются в учебном процессе кафедры управления и экономики фармации Ташкентского фармацевтического института (Ташкент, акт внедрения от 27.04. 2026 г.)

Методология и методы исследования. Методологическую основу исследования составили: международные нормы и национальные законодательные акты Республики Узбекистан, регулирующие систему лекарственного обеспечения льготных категорий граждан, современные концепции организационно-экономических исследований. Теоретико-методологической основой исследования являются фундаментальные труды отечественных и зарубежных исследователей в области лекарственного обеспечения, в том числе льготных категорий граждан.

Объектами исследования являлись система лекарственного обеспечения льготных категорий граждан в Республике Узбекистан, фармацевтический рынок гипогликемических препаратов, а также участники системы льготного лекарственного обеспечения: фармацевтические работники, врачи эндокринологи, потребители.

Предметом исследования являлась совокупность факторов, влияющих на уровень доступности ЛС, в том числе для больных сахарным диабетом, и

удовлетворенность пациентов, врачей и фармацевтических работников системой льготного лекарственного обеспечения.

Источниками информации служили данные за 2021-2025гг.: Национального комитета по статистике; Реестра лицензий Центра безопасности фармацевтической продукции, Государственного таможенного комитета Республики Узбекистан; первичные документы учета отпуска ЛС (журналы и реестры АО «Dori-Darmon», Государственный реестр ЛС; индивидуальные регистрационные анкеты для фармацевтических специалистов (151), врачей эндокринологов (в поликлиниках) (162), потребителей (157).

В процессе исследования использованы: общенаучные методы (системный и региональный подходы, описание, сравнение), а также специфические методы: социологические, контент-анализ, метод информационного поиска, сравнительно-правовой, моделирование, экономико-математические методы (группировки, расчет коэффициента корреляции Спирмена). Статистический анализ полученных в ходе работы данных осуществлялся с помощью программы Microsoft Office Excel 2021.

Положения, выносимые на защиту:

методический подход к комплексной оценке доступности лекарственных препаратов для льготных категорий граждан в РУз, основанный на интеграции системного и регионального подходов;

результаты исследования социально-экономического развития и медико-демографического состояния РУз, как факторов, влияющих на доступность лекарственных средств;

результаты анализа количественных и качественных показателей системы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан;

результаты анализа ассортимента гипогликемических препаратов, представленных на фармацевтическом рынке РУз, в том числе в сегменте льготного обеспечения;

результаты социологического опроса фармацевтических, медицинских работников, потребителей по оценке удовлетворенности системой льготного

лекарственного обеспечения и комплекс мероприятий, направленных на повышение доступности ЛС.

Степень достоверности и апробация результатов исследования.

Достоверность полученных результатов определяется репрезентативностью выборки, достаточным количеством объектов исследования, применением современных способов сбора информации и научных методов исследования.

Основные результаты исследования доложены и обсуждены на XII Всероссийской конференции «Глобальные векторы развития фармацевтического образования, науки и практики в условиях непредсказуемой внешней среды и цифровизации» (Самара, 2024 г.), XIII Всероссийской конференции «Глобальные векторы развития фармацевтического образования, науки и практики в условиях непредсказуемой внешней среды и цифровизации» (Махачкала, 2025 г.), XIV Всероссийской конференции «Глобальные векторы развития фармацевтического образования, науки и практики в условиях непредсказуемой внешней среды и цифровизации» (Москва, 2026 г.). VIII Международной научно-практической конференции «Абу Али ибн Сино и инновации в современной фармацевтике» — (Ташкент, 2025 г.). VII Международной научно-практической конференции «Современное состояние фармацевтической отрасли: проблемы и перспективы» (Ташкент, 2026г.)

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.4.3. Организация фармацевтического дела, а именно области исследования, указанной в пункте 1 «Фундаментальные и прикладные исследования по обоснованию механизмов совершенствования государственного регулирования обеспечения населения лекарственными препаратами и парафармацевтической продукцией» и пункте 2 «Изучение особенностей организации лекарственного обеспечения населения в условиях ОМС и рынка. Научное обоснование направлений совершенствования социально-экономических механизмов лекарственного обеспечения населения в условиях страховой медицины» и пункте 9 «Маркетинговые исследования рынка лекарственных препаратов, парфюмерно-косметических средств, БАД,

фармацевтических субстанций, медицинских изделий и иных товаров аптечного ассортимента».

Личное участие автора. Основная часть диссертационной работы (не менее 90%) выполнена лично автором на каждом этапе исследования. Автором сформулирована цель исследования и поставлены задачи, составлена программа исследования, проведен анализ литературных, официальных и справочных источников, а также нормативно-правовой документации, определены методы исследования, проведён сбор и анализ экспериментальных данных, обработка и анализ полученных результатов, сформулированы выводы и подготовлены научные публикации.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, в том числе 6 в ведущих рецензируемых научных журналах, входящих в Перечень ВАК РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, пяти глав, заключения, списка сокращений, списка литературы, приложений, актов внедрения. Изложена на 177 страницах текста компьютерного набора, содержит 28 таблиц, 29 рисунков и 9 приложений, представленных на 29 страницах. Библиографический список включает 214 источников, в т.ч. 24 на иностранных языках.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

1.1 Исследования доступности лекарственных средств

Обеспечение доступности лекарственных средств (ЛС) для населения является приоритетным вектором государственной политики в сфере здравоохранения и ключевым условием реализации конституционного права граждан на охрану здоровья, и в системе современных научных подходов доступность ЛС рассматривается как многоаспектная категория, объединяющая физическую, экономическую и организационную составляющие.

Экономический аспект доступности, выраженный в финансовой возможности приобретения необходимых ЛС, традиционно выступает наиболее критическим барьером для пациентов, а высокая стоимость лекарственной терапии формирует серьезную нагрузку на государственные бюджеты и на личные средства граждан. В целях обеспечения всеобщего обхвата медико-санитарными услугами, 1977 году ВОЗ разработала концепцию Основных ЛС и опубликовала первый перечень Основных лекарственных средств (ОЛС) [124]. Перечень был создан для удовлетворения приоритетных потребностей обществ в области здравоохранения с точки зрения наличия и доступности эффективных ЛС. По данным ВОЗ, национальные перечни ОЛС существуют в 134 странах. Из них 94% используют перечень ОЛС в качестве основы для государственных закупок ЛС, что является основным источником доступа к приоритетным ЛС, особенно для малоимущих граждан [124].

ВОЗ отмечает, что для определения доступности ЛС необходим разбор имеющихся препятствий — физических, денежных и прочих, а также их влияния на наиболее уязвимые группы населения. Требуется вводить и применять ясные правила и эталоны в законах и стратегиях для устранения этих преград. Для объективной оценки физической и экономической доступности ЛС в мировой практике применяется стандартизированная методология, разработанная ВОЗ

совместно с Международной организацией, выступающей за доступность ОЛС (Health Action International — HAI). Использование инструментария ВОЗ/HAI позволяет проводить сопоставительный анализ наличия ЛС в аптечной сети и адекватности их стоимости относительно уровня доходов населения (покупательной способности), выявляя барьеры в системе ценообразования и логистики. Данные, полученные с использованием методики ВОЗ/HAI, предоставляют правительствам доказательную базу для разработки и корректировки государственной политики, направленной на улучшение доступа населения к информации о качестве, наличии и стоимости ЛС.

Первое издание методологии ВОЗ/HAI было опубликовано в 2003 году вместе с инструментами для проведения исследований по доступности ЛС. На сегодняшний день доступно второе издание методологии 2008 года, которое можно найти на официальном сайте HAI (http://www.haiweb.org). В конце 2024 года во 2-е издание руководства были внесены незначительные изменения. Методология переведена на четыре международных языка, включая русский.

Согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), доступность ЛС определяется физической и экономической доступностью.

Физическая доступность ЛС предполагает наличие в аптечных организациях эффективных качественных и безопасных ЛС в достаточном количестве и ассортименте в зависимости от национальных и региональных потребностей пациентов/населения.

Экономическая доступность ЛС (ценовая доступность) это способность пациентов приобрести ЛС в соответствии с терапевтическими показаниями. Экономическая доступность ЛС напрямую зависит государственной политики в сфере ценообразования на ЛС, степени финансирования здравоохранения, уровня развития отечественного фармацевтического производства, платежеспособности населения и др.

Практическое применение методологии ВОЗ/HAI позволяет исследователям получать конкретные измеримые результаты. Как показывают официальные отчеты Health Action International, с момента запуска данного инструмента в мире

реализовано более 50 масштабных проектов. В частности, методология успешно применялась для анализа доступности ЛС для терапии хронических заболеваний в Бангладеш, Бразилии, Малави, Непале, Пакистане и Шри-Ланке, а также для оценки рынка противомалярийных средств в Уганде. В качестве базового критерия экономической доступности в данных международных исследованиях используется расчет количества дневных заработных плат самого низкооплачиваемого неквалифицированного государственного работника (LPGW), необходимых для покупки стандартного курса терапии, а физическое наличие оценивается в процентах от базового списка ЛС в аптечной сети [209].

Широко используют методологию ВОЗ/HAI для определения и анализа доступности ЛС страны постсоветского пространства: Кыргызская Республика, Казахская Республика, Приднестровская Молдавская Республика, Республика Таджикистан, Украина, Армения и т. д. [199].

Впервые в Российской Федерации на территории Республики Татарстан по методологии ВОЗ/HAI исследование доступности ЛС было проведено в 2011 г. и в 2015 г. под руководством профессора, д.м.н. Зиганшиной Л.Е. [136].

В Российской Федерации имеется успешный опыт адаптации инструментария ВОЗ/HAI для оценки региональных коммерческих рынков. Фундаментальное исследование доступности ЛС для лечения сердечно-сосудистых заболеваний было проведено Е.Г. Калабиной и С.В. Бегичевой в Свердловской области. На основе расчета медиан соотношения местных цен к международным референтным ценам (МОЦР) авторы выявили существенные диспропорции [63,138,92].

Методология исследования доступности ЛС напрямую связана с понятийным аппаратом. Так, например, на основе анализа, проведенного А.В. Латынцевым, предложены для обсуждения экспертным сообществом следующие определения. Доступность ЛС: физическое наличие достаточного ассортимента ЛС на близлежащей территории, с которой можно в оптимальные сроки и с умеренными затратами их получить за стоимость, позволяющую удовлетворить потребности подавляющего большинства заинтересованных лиц. Физическая

доступность подразумевает наличие достаточного количества ЛС, а также их наличие в аптечных и медицинских организациях страны [80].

Важным этапом в изучении доступности ЛС на постсоветском пространстве стала адаптация методологии ВОЗ/HAI к современным реалиям рынка. Так, в диссертационном исследовании Ч.М. Раззаковой (2022) проведена комплексная оценка и разработан алгоритм повышения физической и ценовой доступности ЛС для лечения сердечно-сосудистых заболеваний в Республиках Кыргызстан и Татарстан, и автор доказал, что применение референтного ценообразования и стимулирование рынка дженериков позволяет снизить финансовое бремя пациентов на 30–45% [137].

В 2022–2023 годах ВОЗ провела масштабную целевую оценку наличия ОЛС и цен на них непосредственно в Республике Узбекистан. Результаты мониторинга показали, что внедрение гарантированного государством пакета медицинских услуг существенно расширило охват населения необходимыми ЛС, и вместе с тем, исследование показало сохраняющиеся различия в физической доступности ЛС между регионами и аптеками различной формы собственности, что подчеркивает острую необходимость дальнейшего совершенствования логистических цепочек, а также совершенствования механизмов реимбурсации [99].

Экономическая доступность — возможность приобрести ЛС с учетом платежеспособности населения — является, пожалуй, наиболее болезненным вопросом [36]. Как справедливо замечает А.А. Мохов, распределение «особо чувствительных» для граждан товаров по рыночным законам в социально ориентированном государстве неприемлемо [95].

Помимо ценовых факторов, общая доступность медикаментов на коммерческом рынке (вне зависимости от льготного статуса граждан) подвержена влиянию макроэкономических шоков. А.К. Талозакова, анализируя уровень обеспеченности населения России ЛС в период пандемии COVID-19, доказала, что острый физический дефицит был спровоцирован сбоем логистических цепочек, а скачкообразный рост цен обусловлен высокой импортозависимостью фармацевтической отрасли [163]. В совокупности инфраструктурные и

экономические преграды формируют серьезное неравенство в здравоохранении, вынуждая пациентов прибегать к механизмам медицинского туризма для поиска посильной по стоимости терапии за пределами своего региона [16].

Концепция экономической и физической доступности ЛС обуславливается фундаментальным правом человека на здоровье, закрепленным в международных документах, а также связана с подтвержденным профильными структурами ООН (в качестве обязательного компонента социальной защиты) [46,33]. Стратегические приоритеты защиты уязвимых слоев населения, изложенные в докладе Комиссии ООН [202], были институционально расширены Резолюцией Совета по правам человека 32/15. Резолюция юридически увязала с бесперебойным лекарственным обеспечением право на наивысший достижимый уровень здоровья [140]. Т.К. Мироновой (2016) была исследована имплементация данных норм, в частности, в результатах исследования отмечается правовой разрыв между декларируемыми Конституцией гарантиями и их фактическим финансовым покрытием [91].

На наднациональном уровне структурные ориентиры задаются программами ВОЗ [38]. Эффективность внедрения национальных перечней ОЛС доказана исследованием Я.Т. Базаргани и соавторов (2014) на базе 23 стран: медианная глобальная доступность ОЛС в государственном секторе составляет лишь 40,0%. Это обуславливает необходимость обязательного применения международных стандартов учета, в частности, Анатомо-терапевтическо-химическая классификации (АТХ) [17, 20].

Проблема доступности ЛС широко рассматривается в научных исследованиях зарубежных и российских учёных. В своих работах ряд исследователей изучали различные аспекты доступности ЛС, включая экономическую, физическую и социальную доступность ЛС для населения.

Особое внимание уделяется вопросам ценовой доступности ЛС, рационального ассортимента ЛС, а также влияния уровня доходов населения на возможность приобретения необходимых ЛС [114]. Проведённые исследования свидетельствуют о том, что обеспечение доступности ЛС является важным

условием повышения эффективности системы здравоохранения и качества фармацевтической помощи населению.

Совершенствование механизмов управления на государственном уровне требует применения математического и структурного моделирования. Так, Т.В. Рейхтман (2018) разработала многофакторную математическую модель динамического управления доступностью лекарственной помощи. Автором выявлен экономический дисбаланс системы: расчетная стоимость ЛС по утвержденным стандартам медицинской помощи может достигать 638% от выделяемого максимального тарифа ОМС) [147]. Для системного решения проблемы Е.А. Тельновой (2016) предложена структурированная четырехуровневая модель доступности (федеральный, региональный, уровень предприятия и потребителя). Автор установила: ввиду рыночных механизмов более 60% финансового бремени ложится на личные средства граждан – это делает государственное администрирование перечней ЖНВЛП ключевым фактором выживания пациентов [165]. Важным резервом компенсации данных разрывов выступает институт общественных пациентских объединений. М.Е. Врубель (2024), разработав индексы оценки эффективности организаций пациентов, научно обосновала необходимость создания единой цифровой платформы прямой кооперации больных, фармацевтических компаний, органов власти с целью повышения реального доступа к терапии [31].

В исследовании Адилет А., посвящённом анализу фармацевтического рынка деконгестантов в Кыргызской Республике, автором была изучена экономическая доступность ЛП, применяемых при заболеваниях респираторной системы. Исследование проводилось с использованием контент-анализа и статистических методов, а также расчёта коэффициента ликвидности цен и коэффициента адекватности платёжеспособности населения. В результате проведённого анализа автором доказано, что уровень экономической доступности деконгестантов различается в зависимости от МНН и ценового сегмента, при этом наиболее доступными для населения являются ЛП на основе нафазолина [22].

По мнению S. Roze и соавт. (2016), экономическая доступность современных технологий лечения сахарного диабета определяется их экономической эффективностью, то есть соотношением дополнительных затрат и получаемых клинических результатов [213]. По мнению M. F. Drummond и соавт. (2015), экономическая доступность медицинских технологий определяется не только их стоимостью, но и соотношением затрат и достигаемых результатов лечения. Авторы рассматривают экономическую оценку как инструмент принятия решений, позволяющий обеспечить наиболее рациональное распределение ограниченных ресурсов системы здравоохранения и повысить эффективность финансирования медицинской помощи [196].

Под доступностью медицинской помощи авторы понимали совокупность условий, обеспечивающих реальную возможность населения своевременно получать необходимые медицинские услуги и лекарственное обеспечение. При этом доступность рассматривалась как многокомпонентная категория, включающая территориальную, экономическую и организационную составляющие, такие как близость медицинских организаций, наличие специалистов и оборудования, а также финансовую возможность получения помощи и приобретения ЛП [26].

1.2. Обеспечение доступности лекарственных средств для льготных категорий граждан

В современной фармацевтической науке исследованиям проблемных вопросов лекарственного обеспечения уделяется повышенное внимание. Так, Т.И. Кабакова и соавторы (2024), проведя контент-анализ диссертационных работ, установили, что для решения проблем лекарственного обеспечения учеными использовано 53 вида различных методологий и 81 наименование методов анализа, что подтверждает сложность проблемы и необходимость расширения границ научного поиска в данной сфере [62].

Глобальное экономическое бремя заболеваний постоянно растет. Наибольшая доля смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) приходится на сердечно-сосудистые патологии (не менее 19 млн смертей в 2021 г.), онкологию (10 млн), респираторные заболевания (4 млн) и сахарный диабет (более 2 млн) [100,153]. В настоящее время общемировые затраты на ЛС превышают 1 трлн долл. США, при этом более 85% расходов направлено именно на профилактику и лечение НИЗ [84,214].

Сахарный диабет (СД) представляет собой одну из наиболее масштабных медико-социальных проблем мирового здравоохранения. По данным ВОЗ, в 2022 году общая численность пациентов с сахарным диабетом в мире достигла 830 млн. человек, увеличившись более чем в четыре раза по сравнению с 1990 годом (200 млн). Распространенность заболевания среди взрослого населения возросла с 7% до 14%, при этом основной прирост пришелся на страны с низким и средним уровнем дохода. Доступность медикаментозной терапии остается критически недостаточной: 59% взрослых пациентов с диабетом в возрасте 30 лет и старше не получали лекарственного лечения, причем 90% из них проживают в развивающихся государствах. Это свидетельствует о сохраняющемся глобальном неравенстве в доступе к лечению и подчеркивает острую необходимость совершенствования систем лекарственного обеспечения, расширения доступности сахароснижающих препаратов и инсулина [32,44].

Неуклонный рост заболеваемости подтверждается данными 11-го издания Атласа Международной федерации диабета (IDF Diabetes Atlas, 2025): в 2024 г. в мире насчитывалось порядка 589 млн взрослых (20–79 лет), живущих с диабетом (каждый девятый взрослый), а к 2050 г. прогнозируется увеличение этого показателя до 853 млн человек (каждый восьмой). Преобладающая доля случаев приходится на сахарный диабет 2 типа, распространению которого способствуют урбанизация, постарение населения, гиподинамия и нерациональное питание Diabetes Atlas, 11-е издание [32] (2025) содержит актуальные эпидемиологические данные о сахарном диабете в мире, включая показатели распространенности заболевания, смертности, нарушенной толерантности к глюкозе, а также прогнозы

роста заболеваемости до 2050 года. В атласе представлены сведения по отдельным регионам и странам, экономическая оценка расходов на лечение диабета и его осложнений, что делает его одним из основных международных источников статистической информации для оценки глобального бремени сахарного диабета [197].

В условиях стремительного роста бремени заболевания ключевое значение приобретает оценка экономической доступности медицинской помощи. По мнению J. C. Pickup (2013), экономическая доступность современных диабетических технологий должна оцениваться с учетом баланса их клинической эффективности и экономической целесообразности [211]. При этом M. Henriksson и соавт. подчеркивают необходимость разработки специализированных микросимуляционных моделей при сахарном диабете 1 типа (СД1), поскольку применение универсальных моделей без учета фундаментальных различий в патогенезе и структуре затрат не позволяет объективно прогнозировать затратную эффективность инновационных технологий [200,208].

Методологической основой оценки доступности и качества фармакотерапии выступают исследования лекарственного потребления. Как показали L. Rasmussen и соавт. (2022), анализ индивидуализированных данных об отпуске ЛП позволяет объективно изучать структуру назначений, приверженность больных терапии, уровень полипрагмазии и межлекарственных взаимодействий [212]. Комплексный учет этих параметров дает возможность выявлять популяционные различия в потреблении сахароснижающих ЛС и обосновывать управленческие решения по совершенствованию лекарственной политики.

Международная практика демонстрирует разнообразие организационно-экономических моделей лекарственного обеспечения населения. В исследовании Адилет А. доказано, что устойчивость систем лекарственного снабжения на уровне первичной медико-санитарной помощи опирается на рациональное государственное регулирование, системы реимбурсации и формирование научно обоснованных перечней жизненно необходимых препаратов [3]. При этом Д.В. Лукьянцева с соавторами (2017) отмечают, что постепенный переход от

исключительно бюджетного финансирования к бюджетно-страховым механизмам позволяет существенно снизить финансовую нагрузку на личные бюджеты граждан при амбулаторном лечении [83,188].

Особую специфику имеет доступность ЛС для декретированных и социально защищаемых категорий граждан. Концептуально экономическая доступность для льготополучателей должна быть полной, однако на практике объем государственных гарантий часто лимитирован возможностями бюджета, что вынуждает пациентов самостоятельно компенсировать дефектуру ЛП. Кроме того, ассортимент строго ограничен нормативными перечнями (ЖНВЛП, ОЛС), отпуск сосредоточен в уполномоченных аптеках, а сложная маршрутизация сопровождается бюрократическими барьерами подтверждения льготного статуса и тендерных процедур [167, 67,161]. В связи с этим доступность льготного обеспечения трактуется как многомерная структура: Е.В. Фадеева объединяет в ней физическое наличие, ценовую доступность, альтернативность выбора и качество [173], а Е.Г. Калабина и С.В. Бегичева выделяют неразрывное единство логистического, ассортиментного и финансового компонентов [64].

Масштаб экономических последствий сахарного диабета наиболее наглядно иллюстрирует опыт США. По данным Американской диабетической ассоциации (ADA), в 2017 году суммарные экономические затраты на диабет в США составляли 327 млрд долларов (237 млрд — прямые медицинские расходы, 90 млрд — косвенные потери) [192]. К 2022 году, согласно исследованию E.D. Parker и соавт. (2024), общая стоимость бремени возросла до 412,9 млрд долларов (306,6 млрд прямых и 106,3 млрд косвенных издержек). Средние медицинские расходы пациента с диабетом в 2,6 раза превышают затраты лиц без данной патологии, достигая 19 736 долларов в год. Особую тревогу вызывает фармакотерапия: доля сахароснижающих средств составляет 17% прямых затрат, а расходы на инсулин за десятилетие утроились, увеличившись с 8 млрд в 2012 г. до 22,3 млрд долларов в 2022 году [198].

Повышение клинической результативности терапии в США неразрывно связано с внедрением диабетических инноваций. Стандарты медицинской помощи

ADA предусматривают раннее применение систем непрерывного мониторинга глюкозы (CGM), автоматизированных помп, смарт-ручек и клинического программного обеспечения [193]. Фармакоэкономический анализ J.E. Biskupiak и соавт. (2023) подтвердил, что применение автоматизированных беструбочных систем доставки инсулина при СД1 экономически обосновано за счет долгосрочного снижения затрат на купирование осложнений [194]. Более того, 30-летнее микросимуляционное моделирование W.H. Herman и соавт. (2018) показало, что достижение строгого гликемического контроля при СД1, несмотря на высокие исходные вложения, является экономически доминантной стратегией в масштабах всей системы здравоохранения благодаря увеличению продолжительности жизни и предотвращению инвалидизирующих последствий [201].

В условиях преимущественно частной страховой модели США, где государственное финансирование покрывает менее половины затрат, критическую роль в поддержании доступности играют специализированные программы содействия в приобретении ЛС (medication assistance programs). Согласно систематическому обзору L.M. Ward и соавт. (2020), интеграция таких программ в деятельность аптечных учреждений и амбулаторных центров обеспечивает реальное выравнивание доступа к современной сахароснижающей терапии для социально незащищенных пациентов с СД 2 типа [191,203,204].

Принципиально иную организационную модель демонстрируют страны Западной и Северной Европы, где преобладает солидарное государственное и страховое финансирование. Благодаря широкому охвату населения системами реимбурсации и государственному сдерживанию цен через механизмы управляемого доступа европейские государства обеспечивают существенно более высокие показатели доступности ЛП и защиты пациентов от катастрофических расходов по сравнению с американской практикой [154].

Показателен опыт Швеции, где с 1996 года действует Национальный регистр диабета (National Diabetes Register, NDR), к которому в 2018 году был полностью присоединен педиатрический регистр Swediabkids, функционирующий с 2000 года. Единый цифровой мониторинг позволяет отслеживать качество помощи и исходы

на популяционном уровне [210]. На базе регистра J. Jendle и соавт. (2021) провели фармакоэкономическую оценку применения усовершенствованной гибридной системы замкнутого цикла у шведских пациентов с СД 1 типа, доказав ее высокую клинико-экономическую целесообразность [205].

Другим эффективным примером цифрового управления качеством диабетологической помощи выступает европейская стандартизированная платформа Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV). Система обеспечивает унифицированное ведение регистров, непрерывный межклинический сравнительный аудит (бенчмаркинг) и служит базой для многоцентровых фармакоэпидемиологических исследований, направленных на оптимизацию алгоритмов лекарственного обеспечения [195,206,150].

В государствах постсоветского пространства, унаследовавших принципы советской системы здравоохранения, организация льготного лекарственного обеспечения сталкивается со схожими вызовами, обусловленными бюджетным дефицитом, институциональными трансформациями и сложностями адаптации страховых механизмов [129].

Системный анализ показывает, что при общности стратегических целей модели лекарственной поддержки в странах Содружества Независимых Государств (СНГ) имеют значительную вариативность. Во всех рассматриваемых государствах законодательно закреплена компенсация стоимости ЛС для льготных категорий граждан. Финансирование преимущественно осуществляется из средств государственного бюджета, однако в России, Молдове и Кыргызстане в этот процесс вовлечены фонды обязательного медицинского страхования (ОМС). Номенклатура гарантированной помощи жестко регламентируется ограничительными списками: перечни ОЛС действуют в Узбекистане, Армении, Беларуси, Кыргызстане и Азербайджане; перечни ЖНВЛС/ЖНВЛП - в России и Молдове, а в Украине применяется специализированный бюджетный реестр (Таблица 1).

Таблица 1 — Сравнительный анализ принципов системы льготного лекарственного обеспечения в странах СНГ

Страна	Вид финансирования	Наличие перечня ЛС	Объем компенсации
Армения	Бюджет государства	Перечень основных ЛС	100%, 50% или 30% в зависимости от категории.
Азербайджан	Бюджет государства	Перечень основных ЛС	100% для социально незащищенных и лиц с социально значимыми заболеваниями.
Беларусь	Бюджет государства	Перечень основных ЛС	100%, 90% или 50% в зависимости от категории.
Казахстан	Бюджет государства	Список ЛС, отпускаемых бесплатно	100% для лиц с социально значимыми заболеваниями.
Кыргызстан	Бюджет + Фонд ОМС	Перечень основных ЛС	100% для лиц с социально значимыми заболеваниями.
Молдова	Бюджет + Фонд ОМС	Перечень ЖНВЛС	100%, 90%, 70% или 50% в зависимости от тяжести заболевания.
Россия	Бюджет + Фонд ОМС	Перечень ЖНВЛП	100% или 50% (также действуют программы ОНЛС и «Семь нозологий»).
Узбекистан	Бюджет государства	Перечень основных ЛС	100% для социально незащищенных и лиц с социально значимыми заболеваниями.
Украина	Бюджет государства	Бюджетный перечень ЛС	100% или 50%.

Источник: Составлено автором

Опыт Республики Казахстан иллюстрирует последовательную централизацию государственной лекарственной политики: создание Единого дистрибьютора («СК-Фармация»), утверждение национального перечня ЖНВЛП и внедрение механизмов реимбурсации. Как отмечают Г.К. Жусупова и соавт. (2019), амбулаторное лекарственное обеспечение хронических больных гарантируется государством в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) [52,25]. На примере г. Алматы показано, что отпуск ЛП диспансерным больным (включая лиц с сахарным диабетом) контролируется Информационной системой лекарственного обеспечения (ИСЛО), при этом ключевым условием бесперебойности снабжения выступает точность заявочной кампании медицинских организаций во избежание дефектуры [50]. Социологический опрос населения Казахстана, имеющего право на ЛЛО, подтвердил высокую социальную

значимость программы (80% положительных оценок) и факт безвозмездного получения медикаментов 89% респондентов при выписке рецептов в 81,5% случаев. Вместе с тем, 50,3% опрошенных указали на периодические перебои поставок в аптеках, а 34,4% выразили готовность доплачивать разницу в цене за более современные и клинически эффективные препараты [51].

В Кыргызской Республике амбулаторная лекарственная помощь организована по Программе государственных гарантий (ПГГ) и Дополнительной программе ОМС (ДП ОМС) на принципах частичного возмещения стоимости ЛП [42,43,75]. Однако социологические исследования выявляют существенные барьеры информированности и доступности: 67% льготополучателей не осведомлены о действующих программах, 84% не были проинформированы врачами о своих правах, а 80% респондентов сталкиваются с физической недоступностью ЛП в аптечной сети [59]. Для объективизации ситуации в республике применяется методика расчета коэффициентов ликвидности цен и платежеспособности [23]. При этом дефицит финансирования обостряет проблему доступности: Д.К. Исраилова и соавт. установили, что малоимущие пациенты с хроническими инфекциями вынуждены переходить на менее эффективные устаревшие схемы лечения [61], а исследование деконгестантов, выполненное Э.Б. Барбиевой и И.З. Исмаиловым, выявило выраженный дисбаланс между стоимостью современных ЛП и среднедушевыми доходами граждан, обосновав необходимость государственного сдерживания цен и насыщения рынка доступными генериками [22].

В Республике Таджикистан лекарственное обеспечение рассматривается как комплексный социально-экономический механизм. Важнейшим направлением повышения физической и ценовой доступности ЛС выступает развитие национальной фармацевтической индустрии: за последние годы в стране развернута деятельность 46 отечественных фармпроизводителей, зарегистрировавших 142 наименования ЛС и медицинских изделий, что снижает зависимость внутреннего рынка от импорта и повышает устойчивость лекарственной безопасности [151,96].

Опыт Российской Федерации (РФ) представляет особый исследовательский интерес ввиду масштабов территории, многоуровневости системы здравоохранения и выраженной региональной дифференциации доступности медицинской помощи [97,185]. Нормативно-правовой фундамент государственных гарантий в сфере охраны здоровья закреплен Федеральным законом № 323-ФЗ [112]. Финансовые обязательства федерального уровня по обеспечению декретированных групп через набор социальных услуг (НСУ) в рамках перечня ЖНВЛП установлены Федеральным законом № 178-ФЗ [115], номенклатура которого законом № 206-ФЗ была дополнена медицинскими изделиями и лечебным питанием. На уровне субъектов РФ обязательства регламентированы Постановлением Правительства РФ № 890, утверждающим перечни категорий населения и нозологий (включая сахарный диабет) для бесплатного или 50-% возмещения [116]. Контроль за полнотой закупок возложен на Росздравнадзор в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 1297, закрепившим недопустимость отказа в предоставлении ЛП по причине дефицита локального бюджета [122]. Вместе с тем, Т.К. Миронова указывает на необходимость более четкой нормативной детализации прав граждан для устранения межрегионального неравенства [91], а О.А. Нагибин (2019) доказывает, что избыточные бюрократические процедуры при оформлении рецептов существенно затрудняют маршрутизацию льготников на амбулаторном этапе [97, 98,184].

Клинико-эпидемиологический мониторинг в РФ демонстрирует нарастающее бремя сахарного диабета. По данным Федерального регистра сахарного диабета (ФРСД), на 1 января 2023 года на диспансерном учете состояло 4962762 человека (3,31% населения страны), из которых 92,33% страдали СД 2 типа [40,101,170]. За 13 лет распространенность СД 2 типа возросла с 2036,2 до 3158,8 случая на 100 тыс. населения; ведущей причиной летальности остаются сердечно-сосудистые осложнения (38,6% при СД1 и 50,9% при СД2), а целевых значений гликированного гемоглобина (HbA1c <7%) достигают лишь 29% пациентов с СД1 и 42,2% - с СД2 [40]. Результаты масштабного эпидемиологического исследования NATION свидетельствуют, что скрытый

преддиабет выявляется у 19,3% взрослого населения России (достигая 31,3% в возрастной когорте старше 45 лет), повышая риск манифестации истинного диабета в 5 раз [93].

Фармакоэкономический анализ подтверждает, что капитализация бремени диабета напрямую сопряжена с развитием тяжелых сосудистых и неврологических осложнений, требующих превентивного комплексного подхода [130]. По расчетам М. Костиной (2016), присоединение макрососудистых поражений при СД 2 типа увеличивает непосредственные медицинские расходы государства в десятки раз [72], а комплексная терапия диабетической полинейропатии требует постоянного применения дорогостоящих нейротропных ЛС [74]. Оценка структуры государственных затрат показала, что при СД 1 типа до 49% объема финансирования концентрируется на дорогостоящих оригинальных пролонгированных аналогах инсулина (гларгин), тогда как при СД 2 типа 57,4% назначений приходится на пероральный метформин; однако высокая потребность в регулярном приеме последнего нивелирует разницу в средних годовых затратах между типами заболевания [78,18]. Согласно исследованию стоимости болезни О.В. Крыловой и соавт. (2022), годовой курс фармакотерапии пациента с СД 1 типа варьирует от 61858,8 до 216438,1 рубля (с пиковыми затратами при назначении инсулина деглудек), а при СД 2 типа - от 53230 до 217434 рублей в год при наличии сосудистых осложнений, дополняясь немедицинскими расходами на школы диабета и санаторную помощь (в среднем 66663 рубля) [35,76,39,189].

Ассортиментная доступность сахароснижающих ЛС в России характеризуется выраженным структурным дисбалансом. А.А. Гражданкина и соавт. (2024), комплексно оценив ассортимент инсулинов для пациентов с СД 1 типа, выявили зависимость льготного сектора от зарубежных поставок современных форм и технологий введения [37]. Исследование И.А. Хариной и И.А. Джупаровой (2022, г. Новосибирск) показало, что физическая доступность 42,74% пероральных гипогликемических ЛП является низкой, а более половины ЛП (51,28%) экономически недоступны для населения, в первую очередь современные ингибиторы SGLT-2 [177]. Данная ситуация подтверждается и на материале

Свердловской области (С.В. Бегичева, Е.Г. Калабина): 84% федерального и 95% регионального льготного потребления покрывается традиционными бигуанидами и производными сульфонилмочевины, в то время как закупки инновационных агонистов рецепторов ГПП-1 снижаются из-за высокой цены [24]. По оценке А.В. Коваленко, современными лекарственными инновациями в РФ охвачено лишь 5–6 млн человек, в связи с чем автор предлагает внедрение моделей соглашений о разделении рисков (risk-sharing agreements) между государством и производителями [69].

Серьезным фактором дифференциации доступности ЛС выступают территориальные и географические барьеры. Ретроспективный анализ Н.В. Ивановой (2016–2018 гг., Псковская область) выявил сужение ассортимента закупаемых ЛС в районных центрах на 25–30% по сравнению с областным центром и критический дефицит средств самоконтроля: тест-полоски были отнесены к наименее приоритетному классу «С» (менее 5% бюджета), в результате чего ими были обеспечены лишь 2295 из 16078 региональных и 740 из 3329 федеральных льготников, что спровоцировало отказ от самоконтроля и утяжеление осложнений [56]. Пространственный анализ С.М. Тарабукиной и А.Н. Шишигиной (2023) в Арктической зоне Республики Саха (Якутия) показал крайнюю неравномерность аптечной сети (1 объект на 2821 жителя) и сезонное ограничение транспортной доступности сроком действия автозимников (около 111 дней в году); коммерческий сектор здесь нерентабелен, ассортимент покрывает лишь около 30% утвержденного перечня, а муниципальные аптеки испытывают дефицит контролируемых средств [164]. В исследовании Н.В. Абросимовой и И.В. Крюковой (2023, Хабаровский край) доказано, что в постпандемийный период физическая и ценовая доступность ЛП определяется высокими логистическими издержками и уровнем централизации аптечных сетей, что требует субсидирования цен для уязвимых слоев [1], тогда как М.А. Мищенко и соавт. обращают внимание на гиперконцентрацию аптек в крупных городах, ведущую к снижению качества обслуживания и требующую нормативного территориального квотирования [82,29]. А.А. Мартынова и А.В. Власова (2023) зафиксировали уровень

удовлетворенности качеством лекарственной помощи на уровне 60–65% вследствие дефицита дерматологических кортикостероидов, рекомендовав развитие производственных аптек [86], а регионы вынуждены компенсировать подобные пробелы местными мерами (например, введением 50% льготы для категории «Дети войны» в Оренбургской области) [162]. Системные барьеры характерны и для иных социально значимых групп: Ж.В. Мироненкова выявила сложности лекарственного обеспечения ВИЧ-инфицированных пациентов [90], а Д.М. Медведева и соавт. в сфере детской паллиативной помощи установили критически низкую доступность контролируемых наркотических анальгетиков (линейный индекс дистрибуции <3%), отпуск которых осуществляется менее чем в 4% аптек РФ, что позволило авторам сформулировать категорию «юридической доступности» [88]. При этом Л.Ю. Черникова подчеркивает, что несмотря на достижение 78,7% отечественных ЛП в структуре резервов, производственный цикл сохраняет острую зависимость от импорта субстанций [183].

Финансовое обеспечение полномочий субъектов РФ в сфере ЛЛО отличается резкой несбалансированностью: при суммарных региональных расходах в 89,4 млрд руб. (2022 г.) в ряде областей прирост финансирования составил менее 2%, а межрегиональный разрыв в подушевом нормативе финансирования и средней стоимости рецепта носит колоссальный характер [176, 133,21,131]. При этом расходы на высокозатратные нозологии (ВЗН) за 5 лет выросли на 54,2%, однако 67 субъектов РФ полностью исключили софинансирование ВЗН из региональных бюджетов [30]. ABC-анализ программ льготного обеспечения в Белгородской области (И.В. Спичак, Л.А. Лапшина) показал сверхконцентрацию ресурсов: свыше 99% бюджетных средств направляется на лекарственное обеспечение всего пяти нозологических групп (включая инвалидов I и II групп — 82,5%), оставляя минимальные ассигнования иным категориям [158,132,159,68,157]. Особую финансовую нагрузку формируют пациенты с орфанными заболеваниями: как отмечает В.В. Кузнецов (2024), монополизация производства и узкий рынок определяют сверхвысокую стоимость препаратов и, хотя создание фонда «Круг добра» сняло нагрузку по детям, сохраняется нерешенной проблема бесшовного

лекарственного обеспечения взрослых пациентов [77]. Для преодоления логистических сбоев и мониторинга претензий научным сообществом разработаны специализированные базы данных причин неудовлетворенности качеством амбулаторной помощи [79], а также внедряются программно-аппаратные комплексы автоматизации льготной рецептурной выписки [73, 134].

Важнейшим критерием устойчивости системы ЛЛО выступает комплаентность и удовлетворенность пациентов [156]. Р.О. Никитин (2026) обосновал, что оптимизация фармацевтической помощи при СД 2 типа напрямую определяется соответствием аптечного ассортимента спросу и качеством фармацевтического консультирования [107,104,105,106,103]. Масштабное анкетирование Ю.В. Ендовицкой и соавт. (2023) показало, что 67,9% диабетических пациентов сталкиваются с барьерами при выписке льготных рецептов, лишь 34,8% удовлетворены постоянным наличием инсулинов, 42,2% вынуждены ожидать медикаменты до 14 дней, а 20,3% за свой счет докупают тест-полоски [48,45,49]. Развитие профессионального консультирования и автоматизация заявок рассматриваются исследователями как базовый инструмент преодоления дефектуры [102, 104, 47,71]. Т.С. Бадулина и Ю.А. Литвиненко установили, что системные задержки отпуска вынуждают треть льготников приобретать ЛП самостоятельно, а каждого восьмого — отказываться от соцпакета в пользу денежной выплаты [19]. Данная тенденция усугубляется правовой неграмотностью граждан, неосведомленных о праве на льготу по нозологии без установления инвалидности [149], и пассивной ролью аптечных организаций в информировании населения [29]. Дефицит информации разрушает комплаентность [153], тогда как мнение пациентов выступает независимым индикатором качества [180], требуя формирования единых регистров льготников для предотвращения массовой монетизации [135]. Л.Л. Квачахия увязывает сбои обеспечения с дефицитом бюджетов и жесткими регламентными сроками тендерных закупок [67], А. Лимонова указывает на важность адресной поддержки малоимущих [81], а Ф.В. Цомартова акцентирует приоритет беспрепятственного доступа к качественным дженерикам [181,89]. Недостаточное планирование закупок сохраняет

инфраструктурные барьеры [87, 166], приводя к тому, что в масштабах РФ более 2/3 лекарств приобретаются населением за счет личных средств, ставя каждое пятое домохозяйство под угрозу катастрофических медицинских расходов (И.В. Тимаков, 2023) [168], что подтверждается региональными расчетами в Республике Мордовия [172].

Значительным катализатором цифровизации системы амбулаторного контроля диабета стала пандемия COVID-19. В исследовании Л.Л. Болотской (2020) показано, что в условиях карантинных ограничений и физической недоступности врачей произошел срыв комплаентности с выходом уровня гликемии за целевой диапазон (>5,5–6,5 ммоль/л); эффективным решением стало внедрение инструментов мобильного здравоохранения (mHealth, на примере приложения Contour Diabetes) и телемедицины, обеспечивших удаленный диалог «врач–пациент» и непрерывную коррекцию сахароснижающей терапии [27,182].

Актуальность совершенствования медицинской и лекарственной помощи пациентам с сахарным диабетом подтверждается современными эпидемиологическими тенденциями в Республике Узбекистан. По данным Т.Т. Камалова и А.Б. Юнусовой (2024), в республике, в том числе в г. Ташкенте, отмечается устойчивый рост распространенности СД 2 типа, тесно сопряженный с увеличением частоты ожирения как ключевого метаболического фактора риска, что диктует необходимость усиления ранней диагностики и повышения эффективности длительного амбулаторного ведения больных [65,17].

Клинико-экономическая результативность фармакотерапии в условиях республики непосредственно зависит от приверженности пациентов лечению. Исследование А. Султонова и соавт. (2024) показало, что главными барьерами в достижении целевого гликемического контроля при СД 2 типа в Узбекистане выступают высокая стоимость сахароснижающих ЛП, недостаточная медицинская грамотность больных, слабая мотивация и нерегулярность диспансерных консультаций, что требует расширения обучающих программ и обеспечения физической и экономической доступности медикаментов [160,85].

Существенный вклад в эпидемиологический мониторинг диабета в РУз внесли Н. Ибрагимова, Р. Трегулова, Н. Норматова и Ш. Джалалов (2018), выполнившие сравнительный анализ распространенности СД 2 типа по данным официального регистра и результатам активного скрининга в шести сельских регионах республики, подтвердив высокую значимость раннего выявления скрытых форм заболевания среди населения [55,169]. Методологические подходы к активному выявлению диабета развиты в работах А. Алиевой и соавт. (2022), исследовавших эффективность различных скрининговых протоколов для ранней диагностики СД 2 типа в Узбекистане и научно обосновавших критерии формирования групп повышенного риска, подлежащих первоочередному диспансерному обследованию [15]. Клинико-патогенетические аспекты заболевания отражены в исследованиях Ф.К. Хомидова и Д.Г. Абдуллаевой, доказавших тесную корреляцию лабораторных маркеров гликемического контроля, уровня физической активности и частоты сосудистых осложнений СД 2 типа у пациентов различных возрастных групп [179,57]. Перспективы цифровизации контроля фармакотерапии в РУз исследованы Ф.А. Икромовой (2024) на основе адаптации мобильного приложения MyTherapy, применение которого продемонстрировало достоверный рост приверженности пациентов назначенным схемам лечения и улучшение показателей качества жизни [58].

Рациональный выбор медикаментозной терапии с позиции органопротекции обоснован С.И. Исмаиловым, Л.Т. Даминовой, С.У. Муминовой и Н.М. Собировой (2022), изучившими влияние современных сахароснижающих ЛП на функциональное состояние почек при СД 2 типа; авторы подчеркивают, что предотвращение нефрологических осложнений зависит не только от врачебной тактики, но и от информированности больного и соблюдения режима дозирования в системе партнерства «врач–пациент» [60,94,178].

Таким образом, анализ литературных источников показывает, что проблемами изучения доступности ЛС активно занимались ученые различных стран. Анализ отечественных научных исследований показывает, что проблема сахарного диабета в Республике Узбекистан изучается преимущественно с

эпидемиологических, клинических, диагностических и профилактических позиций, а также с точки зрения приверженности пациентов к терапии и внедрения цифровых технологий. Вместе с тем комплексных исследований, направленных на оценку физической и экономической доступности ЛС, особенностей льготного лекарственного обеспечения и удовлетворённости пациентов доступностью фармакотерапии сахарного диабета, представлено недостаточно, что определяет необходимость дальнейшего научного изучения доступности лекарственной помощи пациентам с сахарным диабетом в Республике Узбекистан.

1.3. Направления государственной политики РУз для обеспечения доступности лекарственных средств

В Республике Узбекистан одним из ключевых механизмов обеспечения доступности ЛС для социально уязвимых категорий населения является система льготного лекарственного обеспечения. Нормативно-правовые основы функционирования данной системы определены Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан от 22 июля 2013 года № 204 «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения ЛС отдельных категорий лиц на льготной основе». В соответствии с данным решением утвержден перечень категорий пациентов, имеющих право на получение ЛС бесплатно или на льготных условиях при амбулаторном лечении, в то же время конкретный номенклатурный перечень ЛП, отпускаемых по льготным рецептам, утверждается отдельным нормативным актом — Совместным постановлением Министерства здравоохранения и Министерства финансов Республики Узбекистан (зарегистрировано в Министерстве юстиции № 2522). Финансирование данных мероприятий осуществляется средствами государственного бюджета, – это позволяет обеспечить социальную защиту пациентов с хроническими и социально значимыми заболеваниями, а также повысить доступность фармакотерапии (для наиболее уязвимых групп населения) [119,109].

В РУз доступность ЛС выступает приоритетным направлением государственной политики в сфере здравоохранения и социальной защиты. Важным институциональным шагом в данном направлении стало внедрение механизмов реимбурсации, регламентированных Постановлением Президента Республики Узбекистан от 5 сентября 2024 года № ПП-311 «О мерах по внедрению механизмов государственного медицинского страхования». Согласно положениям данного нормативно-правового акта, программа реимбурсации подразумевает, что ЛС (в рамках гарантированного пакета) предоставляются больным через аптечные сети бесплатно на основании оформленного врачом электронного рецепта. При этом соответствующие затраты аптечных организаций покрываются за счет средств Фонда государственного медицинского страхования. Данная система направлена на снижение финансовой нагрузки на пациентов амбулаторного звена и обеспечение стабильной экономической доступности терапии для населения [120].

Одним из ключевых элементов социальной политики РУз является обеспечение граждан равным доступом к качественному медицинскому обслуживанию и безопасным ЛП. Фундаментальной правовой основой защиты здоровья нации выступает Закон Республики Узбекистан от 29.08.1996 г. № 265-I «Об охране здоровья граждан» [53]. В последние годы в стране наблюдается масштабное и активное реформирование системы здравоохранения, направленное на улучшение качества жизни населения, снижение бремени социально значимых заболеваний и укрепление фармацевтической независимости государства.

В рамках проводимых реформ особое внимание уделяется совершенствованию системы лекарственного обеспечения населения, включая повышение доступности ЛС для льготных категорий граждан, развитие механизмов государственного регулирования фармацевтического рынка и обеспечение качества лекарственной помощи.

Логичным продолжением указанных реформ стало принятие Постановления Президента Республики Узбекистан от 30 декабря 2019 года №ПП-4554 «О дополнительных мерах по углублению реформ в фармацевтической отрасли

Республики Узбекистан» [117], направленного на модернизацию национальной фармацевтической отрасли и повышение её конкурентоспособности. Документ предусматривает расширение номенклатуры отечественной фармацевтической продукции, снижение уровня импортозависимости, внедрение международных стандартов качества (GMP, GDP, GVP, GLP, GCP), совершенствование системы государственной регистрации ЛС, развитие научно-исследовательской деятельности и подготовку квалифицированных кадров.

Особое внимание в постановлении уделено совершенствованию механизмов контроля обращения ЛС, включая внедрение систем цифровой маркировки и прослеживаемости фармацевтической продукции, что способствует повышению прозрачности фармацевтического рынка и обеспечению доступности населения качественными и безопасными ЛП.

Государственная политика РУз в сфере здравоохранения и обращения ЛС жестко регламентируется комплексом нормативно-правовых актов. Важнейшим институциональным шагом стало принятие Закона Республики Узбекистан от 04.01.2016 г. № ЗРУ-399 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Узбекистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» (взаимосвязанного с реализацией Постановления Кабинета Министров РУз от 06.04.2017 г. № 185) [54,118]. Данная законодательная база направлена на всестороннее регулирование фармацевтической деятельности и создание прозрачной правовой среды. Основные положения данных документов охватывают широчайший спектр направлений: 1. Системное регулирование процессов производства, импорта и реализации ЛС с целью обеспечения их абсолютной безопасности, клинической эффективности и высокого качества (включая поэтапное внедрение международных стандартов для фармацевтических предприятий). 2. Строгое лицензирование всех этапов фармацевтической деятельности, включая производство, хранение, логистическую транспортировку и розничную продажу ЛП. Законодательство устанавливает жесткие условия для получения лицензий и усиливает государственный контроль за их соблюдением. 3. Обеспечение физической и экономической доступности жизненно необходимых

ЛП для населения. Данный пункт включает механизмы государственного регулирования ценообразования на определённые виды ЛП и адресное субсидирование льготных категорий граждан. 4. Концептуальное совершенствование системы государственной регистрации ЛП с целью ускорения выхода на рынок инновационных и безопасных ЛС. 5. Развитие национальной системы фармаконадзора, предназначенной для непрерывного мониторинга безопасности, оценки рисков и выявления побочных эффектов ЛС, уже находящихся в гражданском обороте. 6. Всесторонняя государственная поддержка отечественных производителей ЛС и создание благоприятных экономических условий для форсированного развития фармацевтической промышленности Узбекистана (в том числе через предоставление налоговых преференций и прямые государственные инвестиции) [5].

Ключевым направлением реализации социальной функции государства является предоставление гарантий на бесплатный отпуск ЛП для уязвимых и льготных категорий граждан. Организационно-экономический порядок данного процесса детально регламентирован Постановлением Кабинета Министров РУз от 22.07.2013 г. № 204 «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий лиц на льготной основе» [119]. Данное постановление ориентировано на: 1.Существенное расширение перечня категорий граждан, имеющих юридическое право на льготное обеспечение, с целью максимизации охвата нуждающегося населения. 2.Усовершенствование финансово-экономических механизмов покрытия стоимости бесплатного и льготного отпуска ЛП за счёт средств государственного бюджета и целевых специализированных фондов. 3.Глубокую оптимизацию процедур выписки и отпуска ЛП пациентам, включая поэтапное внедрение системы электронных рецептов, что повышает транспарентность системы распределения и минимизирует коррупционные риски. 4. Усиление государственного и ведомственного контроля за качеством и безопасностью ЛП, предоставляемых на льготной основе, для полного исключения фактов поставок субстандартной продукции. 5.Развитие непрерывной системы мониторинга

обеспечения граждан ЛП и улучшение межведомственного взаимодействия между медицинскими учреждениями первичного звена и фармацевтическими предприятиями. 6. Повышение персональной ответственности медицинских работников и фармацевтов за неукоснительное соблюдение установленного алгоритма выписки и отпуска льготных ЛП.

Для практической реализации данных гарантий номенклатура отпускаемых ЛП строго лимитирована. Совместным Постановлением Министерства здравоохранения и Министерства финансов Республики Узбекистан от 18.11.2013 г. № 2522 был утвержден «Перечень ЛС, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении» [109]. Этот документ утверждает конкретный ассортимент ЛП (преимущественно для лечения хронических патологий), четко определяет категории получателей и закрепляет механизмы контроля за целевым расходованием выделенных бюджетных ассигнований. Предусмотрен алгоритм регулярного обновления перечня с учетом появления новых клинических рекомендаций и инновационных разработок на фармацевтическом рынке.

Несмотря на наличие прочной и современной правовой базы, на этапе практической реализации система льготного лекарственного обеспечения сталкивается с выраженными логистическими и макроэкономическими вызовами. Серьезной проблемой остается неравномерное распределение ЛП по территории республики. Физическая доступность ЛС в крупных городах, особенно в столице Ташкенте, традиционно выше, чем в отдаленных и сельских районах, где периодически фиксируются проблемы с логистикой, своевременной доставкой и наличием необходимых ЛП. В последние годы в РУз предприняты шаги по исправлению ситуации: активно развивается сеть государственно-частных аптек, строятся современные специализированные склады, соответствующие требованиям надлежащей дистрибьюторской практики (GDP).

Отдельным барьером выступает экономическая доступность ЛС - способность граждан приобретать необходимые ЛП без катастрофического ущерба для семейного бюджета. На розничные цены в Узбекистане оказывают давление

внешние и внутренние макроэкономические факторы, в частности инфляция и волатильность обменного курса национальной валюты. В настоящее время инфляционный показатель превышает 10% в годовом выражении, что во многом детерминировано структурными реформами в энергетическом секторе и либерализацией тарифов [187]. Подобные экономические шоки неизбежно приводят к удорожанию импортных ЛС. Для защиты населения государство внедряет механизмы жесткого регулирования цен. Начиная с 1 апреля 2025 года, механизм предельных торговых надбавок применяется исключительно к ЛС, отпускаемым по рецепту. Установлены максимальные уровни надбавок: до 15% от закупочной (базовой) цены на оптовом уровне и до 20% на розничном уровне, вне зависимости от количества посредников в товаропроводящей цепи. Параллельно действует система формирования референтных цен. Дополнительно регламентирован порядок применения референтных цен для ЛП -синонимов (с идентичным составом от одного производителя под разными торговыми наименованиями) — в таких случаях применяется наименьшая референтная цена. Учтены и валютные риски: предусмотрен механизм автоматического пересмотра референтных цен, номинированных в иностранной валюте (при росте курса на 3% пересмотр осуществляется планово дважды в год, а при росте на 5% — досрочно). Борьба с фальсифицированной продукцией ведется посредством внедрения системы обязательной цифровой маркировки «Asl Belgisi» [113].

Особый вектор государственной политики Узбекистана направлен на снижение бремени сахарного диабета (СД), признанного одним из наиболее ресурсоемких неинфекционных заболеваний. По официальным данным, в Узбекистане насчитывается более 257 тысяч больных сахарным диабетом. Тревогу вызывает омоложение патологии: из общего числа пациентов более 2,3 тысячи составляют дети, а 913 - подростки. Исследователи отмечают, что молекулярная генетика диабета требует глубокого изучения мутаций и полиморфизмов в генах, участвующих в метаболизме глюкозы и функционировании β-клеток поджелудочной железы, что диктует необходимость персонализированной и высокозатратной фармакотерапии [152]. Растущее число больных СД 2-го типа

оказывает беспрецедентную нагрузку на амбулаторно-поликлиническое звено системы здравоохранения Узбекистана, требуя оперативного внедрения международных клинических рекомендаций и современных схем лечения [66].

Государство реагирует на данные вызовы. Существенный инфраструктурный и финансовый вклад в развитие помощи таким пациентам внесён Постановлением Президента Республики Узбекистан от 26.01.2022 г. № ПП-102 «О мерах по совершенствованию и расширению масштабов эндокринологической службы» [121]. Документ предусматривает создание интегрированной сети эндокринологической помощи и централизованное финансирование: на период 2022–2025 годов из Государственного бюджета выделено 260,2 млрд сумов целевых средств на обеспечение больных ЛС. Реализация данных мер уже позволила предоставить бесплатный доступ к жизненно необходимым ЛП (включая инсулины) более чем 75000 пациентов [125]. Эффективность подобной модернизации подтверждается успешными проектами ВОЗ, запущенными в пилотном режиме в Сырдарьинской области, где были внедрены цифровые инструменты регистрации, электронные рецепты на бесплатные ЛП и оптимизирована маршрутизация пациентов с активным вовлечением семейных медицинских сестер [70,127].

Для обеспечения устойчивого функционирования системы и повышения доступности ЛС в Республике Узбекистан необходимо решить ряд концептуальных задач: дальнейшее развитие медицинской инфраструктуры и совершенствование логистических цепей поставок в отдаленных и сельских районах; повышение осведомленности населения о своих правах на льготное обеспечение и принципах рациональной фармакотерапии; увеличение объемов производства, повышение качества и доступности отечественных ЛС для снижения импортозависимости; дальнейшее совершенствование механизмов государственного регулирования цен на фармацевтическом рынке; внедрение передовых цифровых технологий в процессы управления и распределения ЛП.

Таким образом, анализ мировой практики и национальной системы лекарственного обеспечения показывает, что предоставление льготных ЛС

является не только базовым элементом социальной политики, но и критически важным инструментом снижения экономического бремени хронических неинфекционных заболеваний. Для Республики Узбекистан в условиях системных реформ здравоохранения особенно актуально дальнейшее совершенствование системы льготного обеспечения, повышение её прозрачности и адресности, развитие отечественного фармпроизводства и внедрение международных стандартов рациональной фармакоэкономики. Комплексное решение этих задач позволит повысить доступность современных ЛС, улучшить приверженность пациентов к лечению и, как следствие, существенно снизить показатели инвалидизации и смертности среди социально уязвимых категорий граждан.

Важным шагом на пути практической реализации и законодательного закрепления новых подходов стало принятие Приказа Министра здравоохранения Республики Узбекистан от 23 апреля 2026 года № 18 «Об утверждении списка заболеваний, включаемых в программу реимбурсации, и ЛС, предоставляемых при их лечении» (зарегистрирован Министерством юстиции Республики Узбекистан 24 апреля 2026 года, регистрационный номер 3822). Согласно данному нормативно-правовому акту, обновленный и расширенный механизм реимбурсации ЛС вводится в действие на всей территории республики с 1 января 2027 года с целью снижения финансовой нагрузки на пациентов и обеспечения равного доступа к эффективной фармакотерапии социально значимых заболеваний [111].

Заключение по главе 1

При исследовании теоретических и практических аспектов доступности ЛС установлено, что экономическая и физическая доступность являются ключевыми барьерами особенно для уязвимых слоев населения. Несмотря на то, что физическая доступность в льготном сегменте строго регламентирована утвержденными ограничительными перечнями (ОЛС, ЖНВЛП), в реальной практике реализация социальных гарантий лимитирована объемами государственного финансирования. Показано, что эффективное функционирование системы льготного лекарственного обеспечения требует комплексного подхода, включающего государственное регулирование, рациональное использование ЛС, координацию деятельности медицинских и фармацевтических организаций, устранение регионального неравенства доступа к ЛС, нивелирование недостаточной правовой грамотности населения в отношении имеющихся льгот. Анализ научных исследований показывает, что проблема сахарного диабета в РУз изучается преимущественно с эпидемиологических, клинических, диагностических и профилактических позиций, а также с точки зрения приверженности пациентов к терапии и внедрения цифровых технологий. Вместе с тем комплексных исследований, направленных на оценку физической и экономической доступности ЛС, особенностей льготного лекарственного обеспечения и удовлетворённости пациентов доступностью фармакотерапии сахарного диабета, представлено недостаточно.

С учётом выявленных проблем сформулирована рабочая гипотеза исследования: комплексная оценка факторов, влияющих на физическую и экономическую доступность ЛС для льготных пациентов и учет мнения основных участников системы, позволит выявить ключевые барьеры льготного лекарственного обеспечения и разработать научно обоснованные направления повышения доступности ЛС в Республике Узбекистан.

ГЛАВА 2. РАЗРАБОТКА МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И ДИЗАЙНА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Методический подход к комплексной оценке доступности лекарственных средств для льготного обеспечения при амбулаторном лечении в Республике Узбекистан

Доступность медицинской и фармацевтической помощи населению, в частности его льготным категориям, определяется уровнем финансирования системы здравоохранения, который в свою очередь зависит от сложного взаимодействия политических, экономических, демографических и институциональных факторов. В целях исследования нами предложена логическая схема методического подхода к комплексной оценке доступности ЛС для льготного обеспечения (рис.1). Комплексное исследование указанных факторов направлено на оценку физической и экономической доступности ЛС, особенностей системы льготного лекарственного обеспечения и удовлетворенности доступностью льготных ЛС непосредственных получателей лекарственной помощи и профессиональных участников системы. Поэтому, с нашей точки зрения, при проведении исследования необходима интеграция системного и регионального подходов.

Кроме того, комплексная оценка предполагает сочетание количественных (данные статистики по производству ЛС, ассортименту, рецептам, финансированию) и качественных (удовлетворенность, экспертные оценки) методов; интеграцию данных из разных источников (Минздрав, органы таможни, фармацевтический рынок, социологические опросы). Поэтому в исследовании необходим системный подход, который позволит выделить факторы, влияющие на доступность на макроуровне (экономика страны, нормативно-правовое регулирование), мезоуровне (медико-демографическое состояние), микроуровне (врач-фармацевтический работник, пациент). Системный подход к оценке уровня развития фармацевтической промышленности, в том числе импорта и экспорта, позволит выявить системные риски, в том числе угрозы снижения физической

доступности ЛП и определить направления развития отечественного производства ЛП для обеспечения доступности ЛП для льготников.

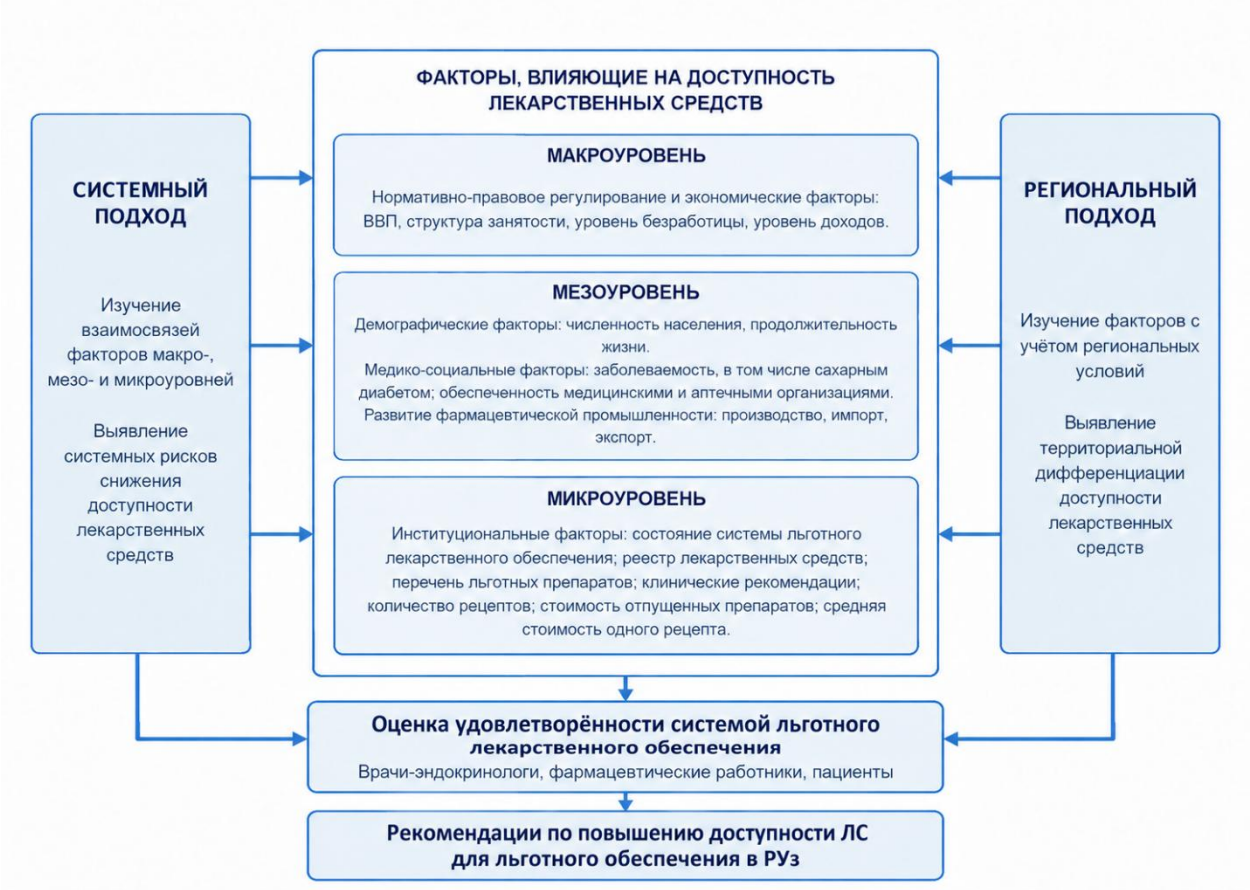


Рисунок 1- Логическая схема методического подхода к комплексной оценке доступности лекарственных средств для льготного обеспечения

Источник: составлено автором

Так как предметом исследования является действующая в РУз система льготного лекарственного обеспечения, для ее изучения также необходим системный подход, который позволяет изучать объект как целостную динамическую систему, выявляя ее структуру (органы управления, поставщики, аптеки, пациенты), функциональные зависимости и взаимодействие с внешней средой.

В связи с тем, что Республика Узбекистан представляет собой государство со сложным административно-территориальным делением, необходимо применить региональный подход к изучению доступности ЛС, который позволяет выявить территориальные диспропорции и разработать адресные рекомендации для регионов. Демографические и экономические различия регионов, различная

плотность населения, изучение обеспеченности медицинскими и аптечными организациями, структура общей заболеваемости, различие уровня заболеваемости сахарным диабетом и уровня финансирования региональных льготных программ также обусловливают использование регионального подхода. Наличие явных диспропорций в финансировании городских и сельских поселений требует также регионального подхода к оценке удовлетворенности врачей и пациентов системой льготного обеспечения.

Таким образом, интеграция системного и регионального подходов формирует матричный принцип анализа: каждый системный процесс (уровень развития экономики, в том числе производство ЛС, уровень доходов населения, обеспеченность медицинскими и аптечными организациями, обеспеченность рецептами и т.д.) мы рассматривали через региональную специфику.

Объектами исследования стали: система лекарственного обеспечения льготных категорий граждан в Республике Узбекистан, фармацевтический рынок гипогликемических ЛП, а также фармацевтические работники, врачи эндокринологи; потребители –участники системы льготного обеспечения ЛП.

Исходная информация (материалы исследования): для формирования теоретической и эмпирической базы исследования использованы постановления Президента РУз, решения Кабинета Министров, приказы Минздрава РУз, данные ВОЗ, реестры Государственного учреждения «Центр безопасности фармацевтической продукции», статистические данные Министерства здравоохранения РУз и Агентства статистики при Президенте РУз; данные реестра лицензий Центра безопасности фармацевтической продукции, данные Государственного таможенного комитета Республики Узбекистан, а также первичные документы учета отпуска ЛС (журналы и реестры АО «Dori-Darmon»).

В процессе исследования использованы: общенаучные методы (системный и региональный подходы, описание, сравнение), а также специфические методы: социологические, контент-анализ, метод информационного поиска, сравнительно-правовой, моделирование, экономико-математические методы (группировки, расчет коэффициента корреляции Спирмена). Статистический анализ полученных

в ходе работы данных осуществлялся с помощью программы Microsoft Office Excel 2021.

На первом информационно-аналитическом этапе исследования применяли преимущественно информационный поиск, контент-анализ, системный подход, сравнительный анализ. Для выявления факторов макросреды и фармацевтического рынка применяли ретроспективный, сравнительный, структурный, корреляционный, статистический и графический анализ.

Для оценки системы льготного обеспечения применяли ретроспективный анализ, группировку, математико-статистический анализ. Выкопировка данных применялась для сбора сведений из первичной документации аптек.

С использованием методов статистического и математического анализа была осуществлена обработка данных заболеваемости, результатов социологического анкетирования.

Количество опрашиваемых респондентов для социологического исследования определялось по формуле минимального объема выборки для бесповторного отбора:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^{2}}$$

где:

- N — генеральная совокупность
- e— допустимая ошибка.

Допустимая ошибка 8% ($e = 0{,}08$), **p = 0,5** (максимальная дисперсия), **уровень доверия 95%.**

На основании данной формулы был рассчитан необходимый объем выборки:

1. Количество опрашиваемых врачей: при N = 1291 (количество врачей-эндокринологов в РУз), минимальный объем выборки составил: n = 139.
2. Количество опрашиваемых фармацевтических работников: при N = 4840 (количество фармацевтических работников в РУз), минимальный объем выборки составил: $n = 151$.

3. Количество опрашиваемого населения: при N = 37543200 (население РУз), а больные сахарном диабетом составляет 49005, репрезентативный объем выборки при заданной погрешности составил $n = 155$ человек (минимальный возраст опрашиваемых – 18 лет).

Для оценки связи между количеством рецептов и финансированием, количеством населения и количеством медицинских и аптечных организаций, количеством населения и заболеваемостью по регионам использован **коэффициент ранговой корреляции Спирмена** как наиболее устойчивый к выбросам и отклонениям от нормального распределения, в связи с тем, что фармацевтический рынок сосредоточен в г. Ташкент, а данные по Каракалпакстану резко отличаются от средних по РУз.

$$p = 1\frac{6\sum d_i{}^2}{n(n^2-1)}$$

где:

- ρ— коэффициент корреляции Спирмена;
- $d_i=R(X_i)-R(Y_i)$ - разность между рангами двух переменных;
- n— количество наблюдений;
- $\sum di^2$ — сумма квадратов разностей рангов.

2.2 Разработка дизайна исследования

Для проведения исследования, направленного на комплексную оценку доступности ЛС для льготного обеспечения при амбулаторном лечении в РУз, нами разработан дизайн исследования, который включает несколько последовательных этапов, логически вытекающих из поставленных задач и отражающих фактически проведенный анализ. Общая структура и методический дизайн проведенного исследования наглядно представлены на рис 2.

Цель первого этапа диссертационного исследования состояла в выявлении проблемных областей в изучении доступности ЛС на уровне отдельного региона – РУз.

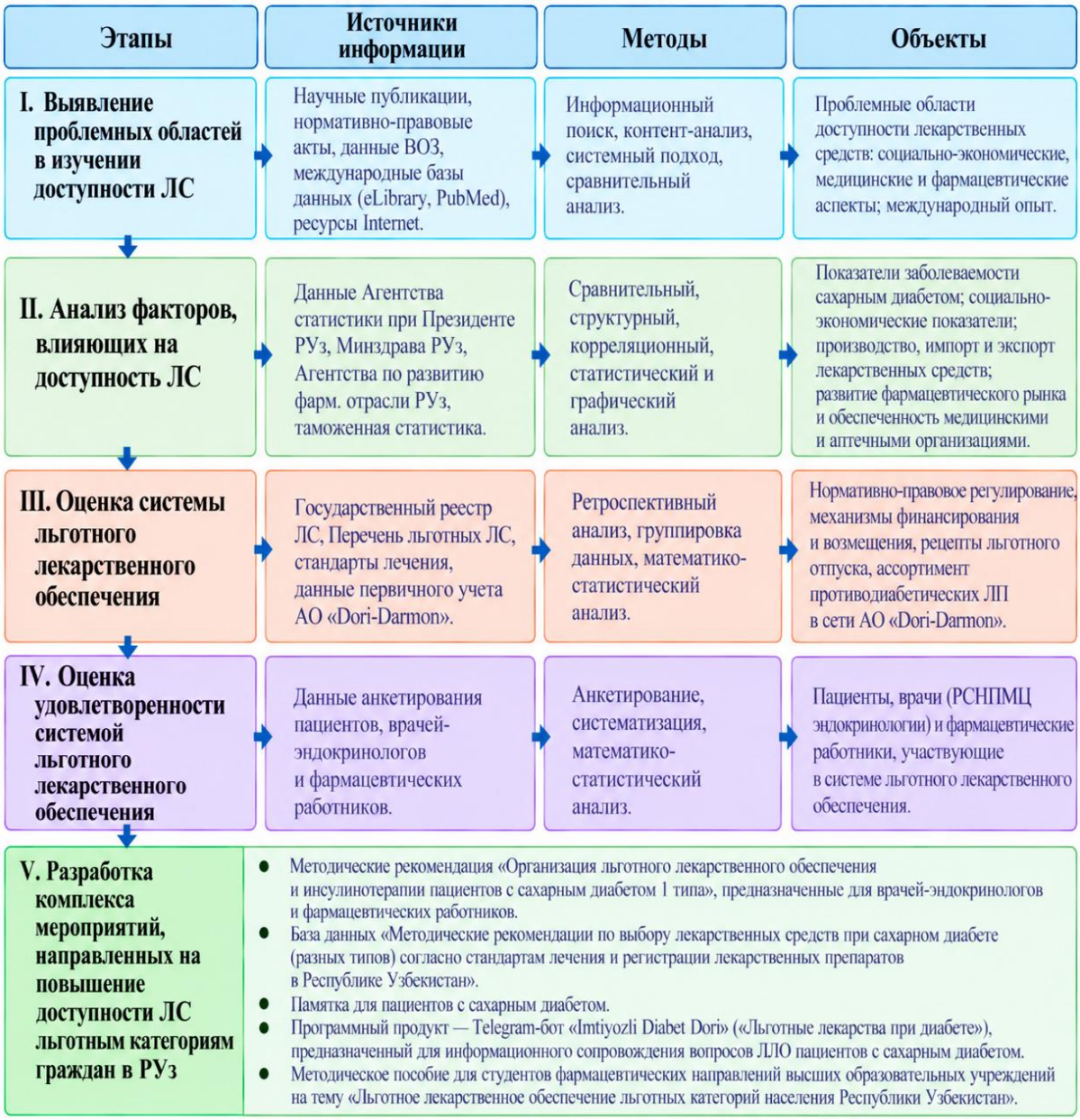


Рисунок 2 – Дизайн исследования по повышению уровня доступности лекарственных средств льготным категориям граждан в Республике
Источник: составлено автором

На первом этапе (информационно-аналитическом) был проведен анализ научной литературы, нормативно-правовых источников и международных подходов к исследованию доступности ЛС, в том числе для льготных категорий граждан. В рамках данного этапа изучены теоретические аспекты доступности ЛС как многокомпонентной категории (физическая, экономическая и организационная доступность). Проведен обзор применения методологии ВОЗ/HAI, а также проанализирован международный опыт организации лекарственного обеспечения

пациентов с хроническими заболеваниями и опыт РФ и Руз. Проведен анализ направлений государственной политики РУ для обеспечения доступности ЛС. В результате изучения нормативно-правового регулирования выявлены направления, связанные с модернизацией национальной фармацевтической отрасли, совершенствованием системы льготного лекарственного обеспечения граждан, государственной регистрации ЛП и государственного регулирования ценообразования на ЛС, внедрение системы реимбурсации и др. Установлено отсутствие комплексных исследований, направленных на оценку физической и экономической доступности ЛС, особенностей льготного лекарственного обеспечения и удовлетворенности пациентов доступностью фармакотерапии сахарного диабета в РУз.

Целью второго этапа было выявление факторов, влияющих на доступность ЛС льготным категориям граждан РУз. Поэтому на втором этапе (макроэкономическом и медико-статистическом) необходимо было проведение комплексного анализа показателей экономического и медико-социального развития РУз, как факторов, напрямую влияющих на доступность ЛС. В соответствии с задачами исследования данный этап включал характеристику демографического и макроэкономического развития страны, эпидемиологический анализ заболеваемости сахарным диабетом I и II типа в региональном разрезе, а также оценку современного состояния производственного сектора ЛС (динамика экспорта и импорта, локальное производство). Были также исследованы демографические факторы: динамика численности населения по регионам РУ; уровень безработицы, совокупный доход на душу населения. Выявлена устойчивая тенденция роста доходов населения, но при этом зафиксирована их значительная региональная дифференциация.

Региональный анализ динамики заболеваемости выявил значительную неоднородность и позволил классифицировать регионы по среднему уровню интенсивного показателя заболеваемости за четырёхлетний период и выделить районы с высоким, средним и низким уровнем заболеваемости. Так как качество медицинской, и в том числе лекарственной, помощи зависит от обеспеченности

медицинскими и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, необходимо было провести анализ динамики их роста по регионам РУ, расчёт показателей нагрузки на одно амбулаторно-поликлиническое учреждение и на одно медицинское учреждение по регионам страны. Проведен анализ распределения аптечных организаций и их филиалов по регионам РУ, как показателя доступности ЛП, рассчитано число жителей на одну аптеку, при этом установлены выраженные территориальные диспропорции.

Для оценки физической доступности ЛС необходимо проведение оценки современного состояния производственного сектора ЛС. В связи с тем, что уровень развития фармацевтической отрасли и степень её независимости от внешних угроз определяют эффективность лекарственного обеспечения, в том числе льготных категорий граждан, нами проведен анализ динамики производства ЛС в РУз. Проведен региональный анализ производителей ЛС с распределением по областям РУз, определены регионы-лидеры и зоны с недостаточной концентрацией сертифицированных производственных мощностей. В связи с тем, что больные сахарным диабетом кроме ЛС, используют медицинскую технику (МТ) и медицинские изделия (МИ), необходимо было проведение также оценки локализации производителей МИ и производителей МТ по регионам РУ. Для оценки производственного потенциала и внешнеэкономической деятельности проведен анализ экспорта ЛС из РУз, с целью оценки зависимости РУз от внешних рынков проведена оценка динамики и структуры импорта ЛС, включая противодиабетические ЛС. Проведенное нами исследование соотношения объемов импорта и локального производства фармацевтической продукции показало полную зависимость от зарубежных поставок (вплоть до конца 2024 года) и наметившийся в 2025 году переход к фактическому импортозамещению.

На третьем этапе (организационно-фармацевтическом) осуществлена непосредственная оценка доступности льготного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Данный этап базировался на изучении первичных данных и включал в себя структурный анализ Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС), оценку соответствия стандартов лечения сахарного

диабета фактическому наличию препаратов в перечне ЛС для льготного обеспечения, а также ретроспективный анализ реестра оформленных рецептов и отпущенных ЛП через сеть социальных аптек АО «Дори-Дармон» за 2022–2025 гг. Данный анализ был направлен на выявление количественных и структурных характеристик зарегистрированных ЛС, включая число МНН, ТН, ЛФ, дозировок и производителей. В результате установлено, что структура Государственного реестра ЛС РУз в 2023–2025 гг. характеризовалась преобладанием ЛП зарубежного производства. Проведён анализ зарегистрированных ЛП, применяемых в терапии сахарного диабета по группам АТХ классификации. В ходе исследования установлено, что производство противодиабетических ЛП на территории РУз представлено ограниченным количеством отечественных производителей (26), тогда как основная доля производителей относится к зарубежным странам (182). При анализе инсулинов средней продолжительности действия (A10AC), комбинированных инсулинов (A10AD) и инсулинов длительного действия (A10AE) установлено полное отсутствие отечественных производителей. Также на этом этапе проведен анализ Перечня ЛС, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении (по источникам производства, видам ЛФ, коэффициентам глубины, по наличию в перечне основных ЛС). Установлена высокая импортозависимость в сегменте льготного обеспечения. При расчете коэффициентов глубины ассортимента для льготных ЛП выявлено расхождение между Перечнем (который был утвержден в 2013г) и современным содержанием Реестра, например, по инсулинам и метформину наблюдается дефицит льготных форм по сравнению с тем разнообразием, которое предлагает коммерческий рынок.

Также проведен анализ соответствия лекарственной терапии при различных формах сахарного диабета и его осложнениях, классифицированных по кодам МКБ-10, стандартам лечения и фактическому наличию ЛП в Перечне льготного лекарственного обеспечения Республики Узбекистан. Такая структуризация позволяет оценить соответствие клинических рекомендаций возможностям гарантированного лекарственного обеспечения, выявить потенциальные разрывы в

доступности терапии и обосновать направления совершенствования системы льготного лекарственного обеспечения.

Для оценки фактической обеспеченности лекарствами льготных категорий граждан проведен ретроспективный анализ реестра оформленных рецептов и отпущенных ЛП при оказании амбулаторной помощи льготным категориям населения за 2021–2025 годы. Оценка выполнена по количеству выписанных и обеспеченных рецептов, а также по стоимости бесплатно отпущенных ЛП в разрезе регионов и по основным категориям льготников. В целях комплексной оценки экономической нагрузки рассчитана средняя стоимость одного рецепта (по областям Руз и в разрезе основных льготных категорий).

На четвертом этапе (социологическом) разработана методика оценки удовлетворенности пациентов, фармацевтических работников и врачей-эндокринологов доступностью системы льготного лекарственного обеспечения. В рамках данного этапа определены критерии выборки, разработан инструментарий для проведения социологического опроса участников системы льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях и проведен социологический опрос 151 фармацевтического работника, 162 врачей-эндокринологов из различных районов Руз, участвующих в системе назначения и отпуска ЛП на льготной основе, а также 157 пациентов с сахарным диабетом – получателей ЛП на льготной основе. В ходе опроса оценивался уровень удовлетворенности системой льготного лекарственного обеспечения, особое внимание уделялось вопросам наличия ЛП в аптечной сети, частоты перебоев в обеспечении, а также влияния данных факторов на своевременность и непрерывность фармакотерапии. Кроме того, оценивалась информированность фармацевтических работников о механизмах льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО) и особенностях реализации государственных программ льготного обеспечения.

Целью заключительного этапа исследования стала разработка основных направлений по совершенствованию системы льготного лекарственного обеспечения в РУз.

Заключение по главе 2

Предложен методический подход к оценке доступности лекарственных средств для льготного обеспечения при амбулаторном лечении в Республике Узбекистан, основанный на интеграции системного и регионального подходов для выделения факторов, влияющих на доступность ЛС, и выяления территориальных диспропорций. Разработан и научно обоснован дизайн исследования по повышению уровня доступности лекарственных средств льготным категориям граждан в Республике Узбекистан, включающий пять этапов: информационно-аналитический, макроэкономический, организационно-фармацевтический, социологический и заключительный. Обозначены целевые задачи, объекты исследования, использованные методы и ожидаемый результат. С использованием формулы бесповторного отбора рассчитан минимальный репрезентативный объем выборки для анкетирования.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКОНОМИЧЕСКОГО И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН КАК ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

3.1. Характеристика показателей демографического и экономического развития



Рисунок 3- Республика Узбекистан: административно-территориальное деление

Источник: составлено автором

Республика Узбекистан — государство, расположенное в Центральной Азии, не имеющее выхода к морю, граничит с Казахстаном, Кыргызстаном, Таджикистаном, Афганистаном и Туркменистаном. Площадь региона – 448,9 тыс. кв. км. (рис.3). Республика Узбекистан делится на 12 областей (вилаятов), 1 автономную Республику (Каракалпакстан) и 1 город центрального подчинения (Ташкент) (рис.2). Области и Каракалпакстан, в свою очередь, делятся на районы и города областного подчинения: на начало 2024 года составляет 177 районов и 120 городов.

Таблица 2 — Некоторые социально-экономические показатели Республики Узбекистан (по состоянию на 01.01.2024 г.)

Показатель	Значение показателя
1. Площадь территории, тыс. кв. км	448,9
2. Численность населения, тыс. чел.	36799,8
3. Среднегодовая численность занятых, тыс. чел.	14000
4. Среднедушевые денежные доходы (в год), тыс. сум. (тыс. долл. США)	24111,9 (1866,0)
5. Валовый внутренний продукт, млрд сум. (млн долл. США)	1015331,8 (78600)

Источник: составлено автором

По состоянию на начало 2025 года по данным Национального комитета по статистике численность населения в Республике увеличилась до 37,7 миллионов человек и продолжает устойчиво расти, ежегодный прирост составляет около 700–800 тыс. человек. (табл.2). Демографическая структура характеризуется высокой долей молодежи (около 60% населения младше 30 лет), что создаёт как социальные преимущества (трудовой потенциал), так и вызовы для системы здравоохранения и социального обеспечения [34,41].

Среднедушевые денежные доходы в год иллюстрируют уровень благосостояния населения. В перерасчёте на месяц это составляет около 2 млн сум, что составляет 162 долл. США, что оценивается по данным Всемирного банка, как низко-средний. Это обстоятельство необходимо учитывать при оценке доступности ЛС и формировании программ льготного лекарственного обеспечения.

Валовый внутренний продукт — это совокупный экономический результат деятельности всех отраслей экономики страны. Рост ВВП в последние годы свидетельствует о позитивной динамике реформ, развитии промышленности, сельского хозяйства и сферы услуг. Уровень валового внутреннего продукта в 2025 г. по данным ВОЗ составил в Республике Узбекистан 114965 млн долл. США [142]. Согласно прогнозам Центробанка и международных организаций, ВВП страны увеличится на 5,8–6% [186].

Вместе с тем доля расходов на здравоохранение в структуре ВВП остаётся сравнительно невысокой и составляла в 2025 г. по данным ВОЗ 6,74% (для сравнения Россия – 7,04%) [145].

Как показал наш анализ за период 2020–2025 гг. численность постоянного населения РУз увеличилась с 33,9 млн человек в 2020 году до 37,5 млн человек в 2025 году (табл.3).

Таблица 3 — Динамика численности населения Республики Узбекистан (тыс. человек)

Период		**2020**	**2021**	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**Темп роста 2020/2025 (%)**
№	Название регионов							
1	г. Ташкент	2571,7	2694,4	2862,4	2956,4	3040,8	3112,8	121,0
2	Республика Каракалпакстан	1898,3	1923,7	1948,5	1976,2	2002,7	2029,7	107,0
3	Андижанская область	3127,7	3188,1	3253,5	3322,7	3394,4	3461,0	111,0
4	Бухарская область	1923,9	1947,1	1976,8	2009,7	2044,0	2077,0	108,0
5	Джизакская область	1382,1	1410,5	1443,4	1475,5	1507,4	1537,6	111,2
6	Кашкадарьинская область	3280,4	3335,4	3408,3	3482,3	3560,6	3639,3	111,0
7	Навоийская область	994,1	1013,6	1033,9	1055,5	1075,3	1094,7	110,1
8	Наманганская область	2810,8	2867,5	2931,1	2997,5	3066,1	3131,7	111,4
9	Самаркандская область	3877,4	3947,7	4031,3	4118,2	4208,5	4297,5	111,0
10	Сурхандарьинская область	2629,1	2680,8	2743,2	2806,5	2877,1	2945,5	112,0
11	Сырдарьинская область	846,3	860,9	878,6	896,6	914,0	930,8	110,0
12	Ташкентская область	2941,9	2975,9	2939,7	2993,4	3051,8	3108,5	106,0
13	Ферганская область	3752,0	3820,0	3896,4	3976,3	4061,5	4144,7	110,5
14	Хорезмская область	1866,5	1893,3	1924,2	1958,1	1995,6	2032,4	109,0
Итого		33902,2	34558,9	35271,3	36024,9	36799,8	37543,2	111,0

Источник: составлено автором [171]

Среднегодовой прирост численности постоянного населения в 2020–2025 гг. составил около 720 тыс. человек, что соответствует ≈2,1 % в год, а темп роста за

2024–2025 годы — 111,0%. Наиболее выраженный прирост численности населения за анализируемый период отмечается в Ташкенте, где темп роста в 2020–2025гг. составил 121,0%, что существенно превышает среднереспубликанский уровень. Относительно высокие показатели прироста также характерны для Сурхандарьинской (112,0%) и Наманганских (111,4%) областях, которые демонстрируют устойчивую положительную динамику населения, а Андижанская (111,0%), Джизакская (111,2%), Кашкадарьинская (111,0%) и Самаркандские (111,0%) области сохраняют стабильный рост.

Средний уровень прироста наблюдается в Навоийской, Сырдарьинской, Ферганской, Хорезмской и Бухарских (110,5%- 108,0%) областях, где увеличение численности населения в целом соответствует среднереспубликанскому тренду. Наименьший прирост зафиксирован в Ташкентской области и Республике Каракалпакстан (107,0%-106% за 2020–2025 гг.).

Общая численность населения страны за пять лет увеличилась почти на 3 млн человек, что подтверждает высокий демографический потенциал Узбекистана. Для здравоохранения и фармацевтической системы это означает необходимость: увеличения объёмов медицинской помощи, расширения сети аптечных организаций, повышения доступности ЛС, особенно для социально уязвимых групп населения.

По данным проведенного нами анализа численности населения РУз в разрезе регионов за 2021–2024 годы, прослеживается устойчивая динамика роста как городского, так и сельского населения (табл. 4).

Таблица 4 — Динамика численности городского и сельского населения, тыс. человек

№	Название регионов	**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**Темп роста 2021/2024 в %**	
		село	**город**	**село**	**город**	**село**	**город**	**село**	**город**	**село**	**город**
1	г. Ташкент	-	2694,4	-	2862,4	-	2956,4	-	3040,8	-	112,8
2	Республика Каракалпакстан	981,7	942,0	994,3	954,2	1008,9	967,3	1024,5	978,2	104,4	104,8

3	Андижанская область	1522,2	1665,9	1554,3	1699,2	1588,2	1734,5	1622,0	1772,4	106,6	106,4
4	Бухарская область	1231,7	715,4	1250,9	725,9	1269,2	740,5	1290,2	753,8	105,0	105,4
5	Джизакская область	750,5	660,0	766,4	677,0	783,5	692,0	800,1	707,3	106,6	107,2
6	Кашкадарьинская область	1902,6	1432,8	1948,3	1460,0	1990,7	1491,6	2036,5	1524,1	107,0	106,4
7	Навоийская область	516,6	497,0	528,4	505,5	538,4	517,1	547,0	528,3	106,0	106,3
8	Наманганская область	1010,0	1857,5	1031,6	1899,5	1053,6	1943,9	1076,7	1989,4	106,6	107,1
9	Самаркандская область	2489,0	1458,7	2548,1	1483,2	2605,2	1513,0	2665,6	1542,9	107,1	105,8
10	Сурхандарьинская область	1709,6	971,2	1749,9	993,3	1789,7	1016,8	1836,1	1041,0	107,4	107,2
11	Сырдарьинская область	494,2	366,7	504,3	374,3	510,2	386,4	520,5	393,5	105,3	107,3
12	Ташкентская область	1506,0	1469,9	1463,2	1476,5	1493,9	1499,5	1522,6	1529,2	101,1	104,0
13	Ферганская область	1667,9	2152,1	1707,7	2188,7	1712,2	2264,1	1751,2	2310,3	105,0	107,4
14	Хорезмская область	1266,5	626,8	1288,1	636,1	1310,3	647,8	1335,7	659,9	109,0	105,3
Всего в Республике Узбекистан		17048,5	17510,4	17335,5	17935,8	17654,0	18370,9	18028,7	18771,1	106,0	107,2

Источник: составлено автором

В целом по Республике Узбекистан численность сельского населения увеличилась на 6,0%, а городского на 7,2%, что отражает общую тенденцию к урбанизации.

Наибольший прирост сельского населения наблюдался в Хорезмской (109,0%), Сурхандарьинской (107,4%) и Самаркандской области (107,1%). Среди

городского населения наиболее высокие темпы роста отмечены в Ферганской (107,4%), Сырдарьинской (107,3%) и Наманганской области (107,1%).

В то же время, более умеренные показатели роста населения характерны для Ташкентской области, где сельское население увеличилось лишь на 1,1%, а городское — на 4,0%. Отдельного внимания заслуживает город Ташкент, где городское население за 2021–2024 гг. увеличилось на 112,8%, что является самым высоким показателем среди всех регионов республики.

Проведенный анализ свидетельствует о необходимости учета данных изменений при планировании социально-экономического развития и организации системы здравоохранения, в том числе лекарственного обеспечения.

Экономика Узбекистана представляет собой переходную модель, сочетающую рыночные механизмы с государственным регулированием. Основные отрасли экономики включают сельское хозяйство, горнодобывающую промышленность, текстильное производство, энергетику и фармацевтический сектор. Государственная программа реформ «Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017–2021 годы» и последующая Стратегия развития «Узбекистан – 2030» способствовали структурной перестройке экономики, в том числе в сфере здравоохранения и обеспечения населения ЛС [123].



Рисунок 4 — Распределение занятых по видам экономической деятельности в Узбекистане (2023 г.)

Источник: официального сайта stat.uz

По данным ВОЗ уровень занятости населения в РУз в 2025 составил 55,0%. [143]. Структура занятости по данным Госкомстата (Uzstat) за 2023 год представлена на рис.4. Как видно, ведущую позицию занимает сельское, лесное и рыбное хозяйство, что отражает аграрный характер экономики республики и значимость сельской местности в обеспечении занятости. На втором месте находятся другие виды деятельности, включающие сферу услуг и мелкое предпринимательство. Существенный удельный вес занимает также промышленность, что указывает на рост индустриализации и развитие производственного сектора. Среди непроизводственной сферы наиболее крупными являются торговля и строительство. Таким образом, в 2023 году структура занятости в Узбекистане демонстрирует доминирование аграрного сектора при постепенном укреплении позиций промышленности, строительства и торговли, что свидетельствует о постепенной диверсификации экономики и усилении роли непроизводственной сферы.

За исследуемый период 2020–2024 гг. в РУз наблюдалась устойчивая положительная динамика развития промышленного производства. Совокупный объём промышленной продукции увеличился более чем в два раза, что соответствует темпу роста 239,8 %. Особенно высокие темпы роста зафиксированы в Джизакской области, где объём промышленной продукции возрос более чем в четыре раза (427,6%). Схожая тенденция наблюдается в Хорезмской (295,7%), Наманганской (287,8%) и Кашкадарьинской областях (267,7%). Значительный прирост продемонстрировал город Ташкент. За пять лет объём промышленного производства увеличился в 2,6 раза. Существенный рост также отмечен в Самаркандской (247,0 %), Андижанской (247,1%) и Бухарской (240,4%) областях, что указывает на диверсификацию и укрепление региональных производственных баз.

Навоийская область за рассматриваемый период увеличила объём промышленного производства более чем в два раза (223,7%). Аналогичные показатели характерны и для Ташкентской области (210,1%).

Таким образом, анализ показывает, что за 2020–2024 гг. промышленный сектор Узбекистана развивался ускоренными темпами. Наибольшие темпы роста характерны для регионов, ранее имевших относительно низкий уровень индустриального развития, что свидетельствует о постепенном выравнивании региональных дисбалансов. Вместе с тем в абсолютном выражении ведущими центрами промышленного производства остаются город Ташкент, Ташкентская и Навоийская области.



Рисунок 5 - Динамика уровня безработицы и занятости в Республике Узбекистан (2018–2023 гг.)

Источник: официального сайта stat.uz

В 2018–2023 гг. на рынке труда Узбекистана наблюдалась устойчивая динамика снижения уровня безработицы при постепенном росте уровня занятости (рис.5). Так, если в 2018 году безработица составляла 9,3%, а занятость – 67,4%, то в 2020 году вследствие пандемийных ограничений показатель безработицы достиг максимального значения в 10,5%, а уровень занятости снизился до 66,0%. Начиная с 2021 года, ситуация постепенно стабилизировалась, к 2023 году уровень безработицы снизился до 6,8%, а занятость достигла 68,0%, что является наилучшим показателем за рассматриваемый период.

Важным индикатором социально-экономического благополучия населения является совокупный доход на душу населения [155]. Данный показатель позволяет комплексно оценить не только уровень занятости, но и качество жизни граждан, их покупательную способность, определяет уровень экономической доступности ЛС и возможность софинансирования в программах льготного обеспечения.

В период 2020–2024 годов в Узбекистане наблюдался устойчивый рост совокупных доходов населения. Анализ динамики доходов как в целом по республике, так и по отдельным регионам позволяет выявить диспропорции и определить лидирующие области в повышении уровня жизни населения (табл.5).

Таблица 5 — Объём совокупного дохода на душу населения

№	Область, регион	2020г.		2024г.		Темп роста в %	
		сум.	долл.	сум	долл.	сум.	долл.
1	Республика Каракалпакстан	9815,9	934,8	16858,0	1366,3	171,4	146,2
2	Андижанская область	11237,6	1070,2	21926,3	1777,1	195,1	166,1
3	Бухарская область	15338,7	1460,8	27508,0	2229,5	179,3	152,6
4	Джизакская область	11363,9	1082,3	19435,1	1575,2	171,0	145,5
5	Кашкадарьинская область	10607,0	1010,2	18473,5	1497,2	174,2	148,2
6	Навоийская область	20916,9	1992,1	38112,3	3089,0	182,2	155,1
7	Наманганская область	9731,5	926,8	16849,0	1365,6	173,1	147,3
8	Самаркандская область	10827,9	1031,2	19215,4	1557,4	177,5	151,0
9	Сурхандарьинская область	10091,2	961,1	17880,0	1449,2	177,2	150,8
10	Сырдарьинская область	11349,5	1080,9	19036,5	1542,9	167,7	142,7
11	Ташкентская область	13717,7	1306,4	25123,3	2036,3	183,1	155,9
12	Ферганская область	9223,5	878,4	19119,9	1549,7	207,3	176,4
13	Хорезмская область	12674,0	1207,0	23410,8	1897,5	184,7	157,2
14	город Ташкент	26334,9	2508,0	60594,4	4911,2	230,1	195,8
Средняя по Рес Узб		12595,9	1199,6	24111,9	1954,3	191,4	162,9

Источник: составлено автором

Анализ данных таблицы показывает, что целом по республике наблюдается устойчивая тенденция роста данного показателя. Так, если в 2020 году объём совокупного дохода на душу населения составлял 12595,9 тыс. сум (1199,6 долл. США), то к 2024 году он увеличился до 24111,9 тыс. сум (1954,3 долл. США). Таким образом, за рассматриваемый период совокупный доход населения увеличился в 1,9 раза в национальной валюте и в 1,6 раза в долларовом эквиваленте.

Сравнительный анализ региональных показателей свидетельствует о значительной дифференциации уровня доходов населения. Наиболее высокий уровень совокупного дохода на душу населения в 2024 году наблюдался в г. Ташкент, где данный показатель достиг 60594,4 тыс. сум (4911,2 долл. США), что в 2,3 раза выше уровня 2020 года. Высокие показатели также отмечаются в Навоийской (38112,3 тыс. сум) и Бухарской (27508,0 тыс. сум) областях.

В ряде регионов также отмечается устойчивый рост доходов; в Андижанской области совокупный доход увеличился на 95,1%, а в Ферганской области темп роста составил 207,3%. Вместе с тем относительно более низкие показатели доходов населения в 2024 году наблюдаются в Республике Каракалпакстан, Наманганской и Сурхандарьинской областях. Выявленная региональная дифференциация уровня доходов обусловлена различиями в уровне экономического развития регионов, структуре занятости населения и инвестиционной активности. Следует отметить, что в 2020 году средний обменный курс доллара США составлял 1 доллар США – 10500 сум, тогда как в 2024 году 1 доллар США — 12338 сум, что отражает девальвацию национальной валюты и частично объясняет расхождение темпов роста доходов в суммовом и долларовом выражении.

3.2. Характеристика показателей медико-социального развития

Согласно данным ВОЗ, продолжительность жизни в РУз составляла в 2024 г. 72,5 года, в том числе мужчины 69,6 лет, женщины 75,5 [144,207].

Согласно рейтингу стран мира индекс продолжительности здоровой жизни (Healthy Life Expectancy Index) в РУз в 2025 г. составлял 63,4% в том числе мужчины 62,7% и женщины 64%. Индекс характеризует общее состояние здоровья и качества жизни населения, а также уровень эффективности национальных систем здравоохранения и социальной политики и, как правило, на 12% ниже ожидаемой общей продолжительности жизни [146].

При этом уровень качества жизни, который измеряет результаты субъективной удовлетворённости жизнью граждан и соотносит их с объективными

показателями социально-экономического благополучия жителей в РУз составлял 4,767 (измеряется от 1 до 10, для сравнения Россия – 4,796) [141].

В системе оценки состояния общественного здоровья населения одним из ключевых количественных индикаторов выступает показатель заболеваемости. Он позволяет объективно охарактеризовать уровень распространённости заболеваний в стране, выявить приоритетные направления медицинской помощи и определить нагрузку на систему здравоохранения.

Уровень заболеваемости отражает число впервые зарегистрированных случаев заболеваний на каждые 100000 человек населения в течение определённого периода (рис.6). Данный показатель используется для анализа динамики появления новых заболеваний, оценки эффективности профилактических мер и планирования медицинских ресурсов.



Рисунок 6 - Уровень заболеваемости населения по основным классам болезней в Республике Узбекистан (на конец 2024 г.)

Источник: составлено автором по данным stat.uz.

В данном разделе рассматривается общий уровень заболеваемости населения РУз по основным классам болезней. Данный анализ необходим для понимания общей нагрузки на систему здравоохранения. Ниже будет проведен детальный анализ заболеваемости сахарным диабетом.

По итогам 2024 года уровень заболеваемости населения в РУз составил 57087,6 случаев с впервые установленным диагнозом на



Рисунок 7 - Число пролеченных больных в больничных учреждениях Республики Узбекистан (на конец 2024 г., тыс. человек)

Источник: составлено автором

100000 населения (по всем видам заболеваний) и, по сравнению с 2023 годом, он сократился на 5,3%.

По итогам 2024 года число пролеченных больных в больничных учреждениях Республики Узбекистан достигло 7799,6 тыс. человек и, по сравнению с 2023 годом увеличилось на 12,7% (рис.7).

По состоянию на конец 2024 года наивысшие показатели уровня заболеваемости населения зарегистрированы в г. Ташкенте — 142803,9 случая с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения, а также в Хорезмской (62230,0 случая) и Андижанской (61104,2 случая) областях. Наиболее низкие значения данного показателя отмечены в Джизакской (35441,6 случая), Сурхандарьинской (38430,9 случая) и Наманганской (40055,9 случая) областях.

Анализ объёма пролеченных больных показывает, что наибольшее их количество приходится на Ферганскую область (918,1 тыс. человек), г. Ташкент (846,4 тыс.) и Самаркандскую область (792,5 тыс.). В то же время минимальные показатели зафиксированы в Сырдарьинской (219,0 тыс.), Навоийской (239,9 тыс.) и Джизакской (300,7 тыс.) областях.

Важным направлением деятельности Министерства здравоохранения РУз является развитие системы амбулаторно-поликлинической помощи населению, в том числе организация лечения пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение. Для оценки масштабов и динамики развития данной

сферы целесообразно рассмотреть показатели количества медицинских учреждениях и поликлиник по годам, а также темпы их роста, что позволяет проследить степень обеспеченности населения первичной медицинской помощью.

Таблица 6 — Количество амбулаторных поликлиник в Республике Узбекистан за период 2020-2024 гг.

№	Название регионов	**2020 г.**	**2021 г.**	**2022 г.**	**2023 г.**	**2024 г.**	**Темп роста 2020/2024 в %**
1	Республика Каракалпакстан	342	387	421	462	414	121,1
2	Андижанская область	489	531	577	596	624	127,6
3	Бухарская область	531	549	586	634	593	111,7
4	Джизакская область	184	228	226	276	269	146,2
5	Кашкадарьинская область	504	497	543	657	692	137,3
6	Навоийская область	305	321	360	384	353	115,7
7	Наманганская область	316	387	436	521	542	171,5
8	Самаркандская область	507	636	639	808	724	143,0
9	Сурхандарьинская область	278	292	349	448	443	159,4
10	Сырдарьинская область	157	180	191	228	215	137,0
11	Ташкентская область	535	547	426	587	639	119,4
12	Ферганская область	518	600	625	697	883	170,5
13	Хорезмская область	365	419	462	533	502	137,5
14	город Ташкент	921	1038	1095	1158	1198	130,1
15	Другие	80	64	74	22	16	- 20
Всего		6032	6676	7 010	8011	8107	134,4

Источник: составлено автором

Как показывает анализ (табл.6), в период с 2020 по 2024 годы в Республике Узбекистан наблюдается рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений с 6032 в 2020 г. до 8107 к 2024 г., что составило прирост на 34,4%. Наибольшие темпы роста зафиксированы в Наманганской (171,5%), Ферганской (170,5%) и Сурхандарьинской (159,4%) областях, что связано с высокой плотностью населения и потребностью в доступной амбулаторной помощи. Значительное увеличение также отмечено в Джизакской (146,2 %) и Самаркандской областях

(143,0%). В то же время более умеренные темпы роста характерны для Бухарской (111,7%), Навоийской (115,7%) и Ташкентской (119,4%) областей. В Ташкенте, прирост составил 130,1%.

Важное место в структуре здравоохранения занимают также медицинские учреждения. Их развитие отражает общий уровень медицинской инфраструктуры страны и тесно связано с обеспечением населения доступа к современным методам диагностики и лечения.

Таблица 7 — Количество медицинских учреждениях в Республике Узбекистан за период 2020–2024 гг.

№	Название регионов	**2020 г.**	**2021 г.**	**2022 г.**	**2023 г.**	**2024 г.**	**Темп роста 2020/2024 в %**
1	Республика Каракалпакстан	51	58	66	60	62	121,6
2	Андижанская область	154	157	162	179	265	172,1
3	Бухарская область	89	90	95	118	134	150,6
4	Джизакская область	54	52	55	58	71	131,5
5	Кашкадарьинская область	88	87	91	105	136	154,5
6	Навоийская область	37	40	40	40	44	119,0
7	Наманганская область	108	110	114	118	200	185,2
8	Самаркандская область	109	120	120	125	193	177,1
9	Сурхандарьинская область	62	63	67	77	96	155,0
10	Сырдарьинская область	42	42	41	44	48	114,3
11	Ташкентская область	93	94	102	114	142	152,7
12	Ферганская область	126	127	128	135	245	194,4
13	Хорезмская область	56	72	75	75	83	148,2
14	город Ташкент	147	153	156	167	242	164,6
15	Другие	16	16	16	17	11	- 68,75
Всего		1 232	1 281	1 328	1432	1972	160,1

Источник: составлено автором

Согласно статистическим данным количество медицинских учреждений в период с 2020 по 2024 годы увеличилось с 1232 до 1972, что соответствует росту на 60,1% (таб.7.)

Наиболее интенсивное увеличение наблюдается в густонаселённых регионах страны: Ферганской (194,4%), Наманганской (185,2%) и Самаркандской областях (177,1%). Значительные темпы роста также отмечены в Андижанской области (172,1%) и в Ташкенте (164,6%). В то же время сравнительно низкие показатели роста в Сырдарьинской (114,3%), Навоийской (119,0%) областях и Каракалпакской республике (121,6%), что обусловлено меньшей плотностью населения.

Для оценки обеспеченности населения медицинскими учреждениями и анализа эффективности функционирования системы здравоохранения РУз был проведён расчёт показателей нагрузки на одну поликлинику и на одно медицинское учреждения по регионам страны. Данные показатели позволяют определить степень доступности медицинской помощи для населения, а также выявить региональные диспропорции в функционировании первичного и стационарного звеньев системы здравоохранения. Полученные результаты расчётов за 2020–2024 годы представлены в таблице 8.

Таблица 8 —Количество граждан, обслуживаемых одной амбулаторной поликлиникой в Республике Узбекистан за 2020–2024 гг.

№	Название регионов	**2020 г.**	**2021 г.**	**2022 г.**	**2023 г.**	**2024 г.**	**Темп роста 2020/2024 в %**
1	Республика Каракалпакстан	5550.6	4971.0	4628.3	4277.5	4837.4	87,15 (-12.85)
2	Андижанская область	6396.1	6004.0	5639.0	5575.0	5439,7	85,05 (-14.95)
3	Бухарская область	3623.2	3547.0	3373.4	3170.0	3440.1	94,94 (-5.06)
4	Джизакская область	7511.4	6186.4	6387.0	5346.0	5603.7	74,60 (-25.4)
5	Кашкадарьинская область	6509.0	6711.1	6277.0	6413.1	5145.3	79,05 (-20.95)
6	Навоийская область	3259.3	3158.0	2872.0	2749.0	3046.2	93,46 (-6.54)
7	Наманганская область	8895.0	7409.5	6723.0	5753.4	5657.0	63,60 (-36.4)
8	Самаркандская область	7648.0	6207.0	6309.0	5097.0	5812.8	76,00 (-24,0)
9	Сурхандарьинская область	9457.2	9181.0	7860.2	6264.5	6494.5	68.67 (-31.33)
10	Сырдарьинская область	5390.4	4783.0	4600.0	3932.4	4251.2	78.86 % (-21.14)
11	Ташкентская область	5499.0	5440.4	6901.0	5099.5	4776.0	86.85 (-13.15)

12	Ферганская область	7243.4	6367.0	6234.2	5705.0	4600.0	63.51 (-36.41)
13	Хорезмская область	5114.0	4519.0	4165.0	3674.0	3975.3	77.73 (-22.27)
14	город Ташкент	2792.3	2595.8	2614.1	2553.0	2538.2	90.90 (-9.1)
Всего		5620.4	5176.5	5031.5	4496.9	4536.2	80.70 (19.3)

Источник: составлено автором

В целом по республике суммарный показатель уменьшился с 5620,4 в 2020г. до 4536,2 в 2024г., темп роста уменьшился на 19,3%. Наиболее значительное снижение нагрузки зафиксировано в Ферганской (на 36,41%); Наманганской (на 36,4%); Сурхандарьинской (на 31,33%); Джизакской (на 25,4%); Самаркандской (на 24,0%) областях.

Город Ташкент на протяжении всего анализируемого периода характеризуется наименьшей нагрузкой на одну поликлинику (2792,3 в 2020 г. и 2538,2 в 2024 г.). Относительно незначительное снижение (9,1%) указывает на стабильность инфраструктуры первичного звена по сравнению с регионами.

Таблица 9 — Количество граждан, обслуживаемых одним медицинским учреждением в Республике Узбекистан за 2020–2024 гг.

№	Название регионов	**2020 г.**	**2021 г.**	**2022 г.**	**2023 г.**	**2024 г.**	**Темп роста 2020/2024 в %**
1	Республика Каракалпакстан	37221,6	33167,2	29522,7	32936,6	32301,6	86.78 (-13.22)
2	Андижанская область	20309,7	20306,4	20083,3	18562,6	12809,0	63.07 (-36.93)
3	Бухарская область	21617,0	21634,4	20808,4	17031,4	15253,7	70.56 (29.44)
4	Джизакская область	25594,4	27125,0	26243,6	25439,6	21230,9	82.95 (-17.05)
5	Кашкадарьинская область	37277,3	38337,9	37453,8	33164,7	26180,8	70.23 (-29.77)
6	Навоийская область	26867,5	25340	25847,5	26387,5	24438,6	90.96 (-9.04)
7	Наманганская область	26026,0	26068,2	25711,4	25402,5	15330,5	58.90 (-41.1)
8	Самаркандская область	35572,5	32897,5	33594,2	32945,6	21805,6	61.30 (-38.7)
9	Сурхандарьинская область	42404,8	42552,4	40943,3	36448,1	29969,7	70.68 (-29.32)
10	Сырдарьинская область	20150,0	20497,6	21429,3	20377,3	19041,6	94.50 (-5.5)

11	Ташкентская область	31633,3	31658,5	28820,6	26257,8	21491,5	67.94 (-32.06)
12	Ферганская область	29777,7	30078,7	30440,6	29454,1	16577,5	55.67 % (-44.33)
13	Хорезмская область	33330,4	26295,8	25656	26108	24043,4	72.14 (-27.86)
14	город Ташкент	17495,0	17610,5	18349,0	17703,0	12565,3	71.82 (-28.18)
Всего		27518.0	26978.0	26559.7	25157.0	18661.1	67.81 (-37,19)

Источник: составлено автором

Проведённый анализ показателей нагрузки на одно медицинское учреждение в Республике Узбекистан за 2020–2024 гг. демонстрирует выраженную тенденцию к снижению данного индикатора практически во всех регионах страны (табл.9).

В целом по республике суммарная нагрузка сократилась с 27518,0 в 2020 году до 18661,1 в 2024г., что эквивалентно общему снижению на 37,19%. Наибольшая нагрузка в 2020г. наблюдалась в: Сурхандарьинской - 42404,8; Кашкадарьинской - 37277,3 областях; Республике Каракалпакстан - 37221,6. Минимальная нагрузка традиционно отмечается в Ташкенте, где показатель снизился на 28,18%, что отражает более развитую структуру медицинской инфраструктуры и более высокую обеспеченность стационарными учреждениями.

Таким образом, за анализируемый период в Республике Узбекистан прослеживается устойчивая тенденция к снижению нагрузки на одно медицинское учреждение. В совокупности с аналогичной динамикой амбулаторно-поликлинического звена это может свидетельствовать о повышении доступности медицинских услуг на региональном уровне.

С целью определения зависимости между численностью населения регионов Республики Узбекистан и количеством амбулаторно-поликлинических учреждений проведён корреляционный анализ. В качестве статистического метода использован коэффициент корреляции Спирмена, который составил $\rho \approx 0{,}846$, что свидетельствует о сильной прямой корреляционной связи между численностью жителей и количеством амбулаторно-поликлинических учреждений. Уровень статистической значимости: $p < 0{,}001$ (по t-критерию).

Важным показателем доступности ЛП является территориальное распределение аптечной сети. Количество юридических лиц, имеющих лицензию на розничную реализацию ЛП и МИ, число их филиалов отражают уровень развития инфраструктуры лекарственного обеспечения в разрезе регионов, что позволяет оценить обеспеченность населения фармацевтическими услугами и выявить региональные различия в доступности ЛС (табл.10).

Таблица 10 - Региональное распределение аптечных организаций и филиалов в Республике Узбекистан

Года №	**Название регионов**	**Число аптек**	**Число филиалов**	**Общее количество аптечных организаций**
1	г. Ташкент	1139	904	2043
2	Республика Каракалпакстан	309	211	520
3	Андижанская область	567	436	1003
4	Бухарская область	541	260	801
5	Джизакская область	225	102	327
6	Кашкадарьинская область	644	238	882
7	Навоийская область	289	188	477
8	Наманганская область	622	232	854
9	Самаркандская область	955	527	1482
10	Сурхандарьинская область	635	319	954
11	Сырдарьинская область	205	133	338
12	Ташкентская область	712	271	983
13	Ферганская область	811	632	1443
14	Хорезмская область	529	257	786
Итог		8183	4710	12893

Источник: составлено автором

По данным реестра лицензий от официального сайта Центр безопасности фармацевтической продукции [139] по состоянию на 01.12.2025 года в РУз зарегистрировано 12893 аптечных объекта, из них 8183 — аптеки (юридические лица) и 4710 — филиалы. Распределение аптек по регионам неравномерно: наибольшее общее количество объектов сосредоточено в Ташкенте (2043), Самаркандской (1482) и Ферганской (1443) областях, тогда как минимальные значения отмечены в Джизакской (327) и Сырдарьинской (338) областях, что отражает региональные различия в обеспеченности аптечной инфраструктурой. С целью определения зависимости между численностью населения регионов Республики Узбекистан и количеством аптечных учреждений проведён

корреляционный анализ. В качестве статистического метода использован коэффициент корреляции Спирмена, который составил $\rho \approx 0{,}855$, что свидетельствует о сильной прямой корреляционной связи между численностью жителей и количеством аптечных учреждений в регионах Республики Узбекистан. Уровень статистической значимости: $p < 0{,}001$ (по t-критерию).

Выявленные количественные и территориальные различия в распределении аптечных организаций не позволяют в полной мере оценить реальную обеспеченность населения фармацевтической помощью без учета интенсивности функционирования аптечной сети. В этой связи следующим этапом исследования являлся анализ нагрузки число жителей на одну аптеку, позволяющий более объективно оценить уровень физической доступности ЛП, выявить регионы с повышенной нагрузкой на аптечные организации и обосновать необходимость оптимизации развития аптечной инфраструктуры.

Таблица 11 - Анализ нагрузки на одну аптеку по состоянию на 01.12.2025

№	Название регионов	Численность постоянного населения, тыс. человек	Общее количество аптек шт.	Число жителей на одну аптеку (чел)
1	г. Ташкент	3112,8	2043	1524
2	Республика Каракалпакстан	2029,7	520	3903
3	Андижанская область	3461,0	1003	3451
4	Бухарская область	2077,0	801	2593
5	Джизакская область	1537,6	327	4702
6	Кашкадарьинская область	3639,3	882	4126
7	Навоийская область	1094,7	477	2295
8	Наманганская область	3131,7	854	3667
9	Самаркандская область	4297,5	1482	2900
10	Сурхандарьинская область	2945,5	954	3087
11	Сырдарьинская область	930,8	338	2754
12	Ташкентская область	3108,5	983	3162
13	Ферганская область	4144,7	1443	2872
14	Хорезмская область	2032,4	786	2586
Итог		37543,2	12893	2912

Источник: составлено автором

В среднем по республике на одну аптеку приходится 2912 человек, что может рассматриваться как ориентир для оценки относительной обеспеченности населения аптечной сетью в регионах (табл.11). Минимальная нагрузка

зафиксирована в Ташкенте (1524 чел. на аптеку), что отражает высокую плотность аптечной сети и наибольшую доступность фармацевтической помощи. Относительно низкие показатели также отмечаются в Навоийской (2295), Бухарской (2593) и Хорезмской (2586) областях, где обеспеченность аптеками превышает среднереспубликанский уровень.

К регионам с нагрузкой близкой к среднереспубликанской относятся Самаркандская (2900), Ферганская (2872), Сырдарьинская (2754), Сурхандарьинская (3087) и Ташкентская (3162) области.

Наиболее высокая нагрузка отмечена в Джизакской (4702), Кашкадарьинской (4126) областях, Республике Каракалпакстан (3903), Наманганской (3667) и Андижанской (3451) областях. Данные регионы характеризуются относительно низкой плотностью аптечной сети при значительной численности населения, что потенциально может снижать физическую доступность ЛП.

Анализ показывает выраженные территориальные диспропорции в нагрузке на аптечные организации. Существенные различия между регионами указывают на необходимость учета демографических факторов при планировании развития аптечной сети, особенно в регионах с повышенной нагрузкой, что имеет принципиальное значение для обеспечения равной доступности ЛП и реализации государственных программ лекарственного обеспечения.

3.3. Анализ заболеваемости сахарным диабетом I и II типа

В целях усиления специализированной медицинской и лекарственной помощи больным с эндокринологическими заболеваниями создан Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова, главной целью деятельности которого является оказание населению высококвалифицированной специализированной помощи в области эндокринологии. В структуре Центра функционирует поликлиника на 250 посещений в смену и 14 клинических

отделений общей мощностью 315 койко-мест, среди которых: отделения тиреоидной патологии, эндокринной хирургии, нуклеарной медицины, нейроэндокринологии и нейрохирургии, диабетологии, нефроангиопатии и гемодиализа, диабетической стопы, детской эндокринологии, медицинской генетики.

На фоне совершенствования специализированной эндокринологической помощи и внедрения современных цифровых технологий особую актуальность приобретает изучение эпидемиологической ситуации по сахарному диабету в Республике Узбекистан. Анализ динамики заболеваемости сахарным диабетом позволяет не только оценить масштабы распространения патологии, но и определить эффективность проводимых организационных и профилактических мероприятий в системе здравоохранения.

Динамика абсолютного числа случаев заболевания на национальном уровне за 2020–2023 гг. демонстрирует устойчивую тенденцию к увеличению — с 38642 зарегистрированных случаев в 2020 году до 49005 в 2023 году, что соответствует совокупному приросту 27% и базисному темпу роста 127%. При этом отмечается тенденция к постепенному замедлению ежегодного прироста заболеваемости: в 2021 году по сравнению с 2020 годом рост составил 16%, в 2022 году — 9%, а в 2023 году — 1%. Данная динамика отражает фактическую стабилизацию и переход абсолютного показателя заболеваемости к состоянию стагнации к концу анализируемого периода [175].

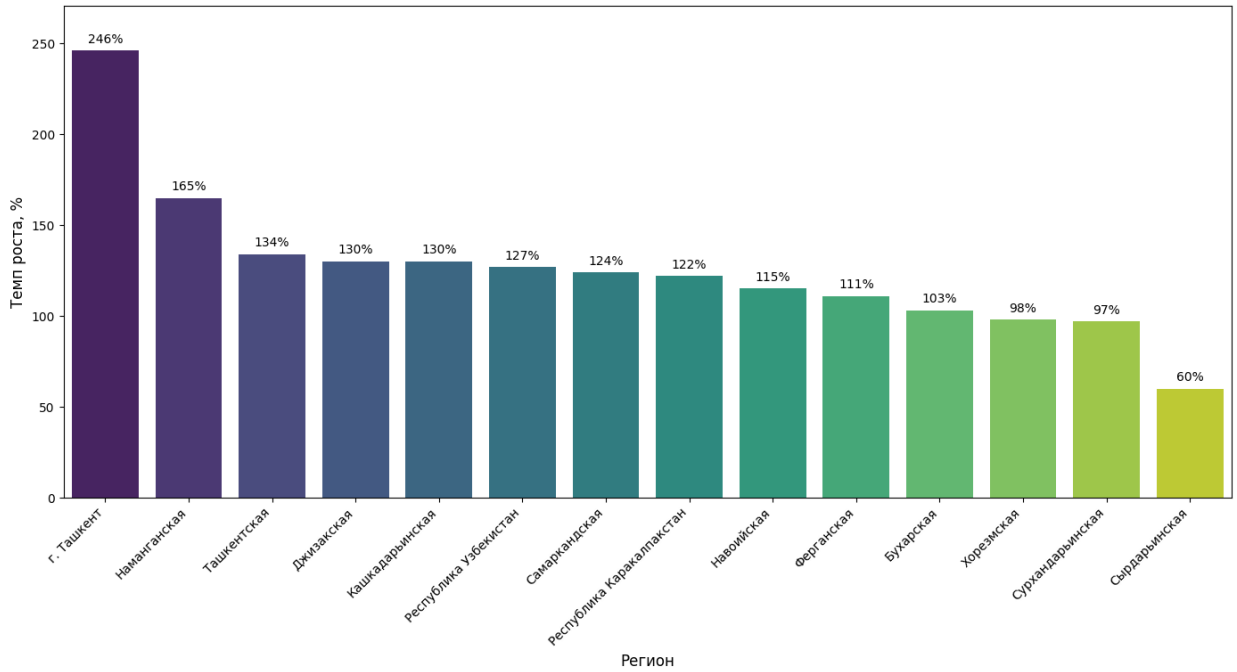


Рисунок 8 - Темп роста заболеваемости СД по регионам РУз (2023 г. к 2020 г.), %

Источник: составлено автором

Нами проведен анализ абсолютного числа зарегистрированных случаев за период 2020–2023 гг. С целью определения зависимости между численностью населения регионов Республики Узбекистан и заболеваемостью сахарным диабетом проведён корреляционный анализ. В качестве статистического метода использован коэффициент корреляции Спирмена, который составил $\rho \approx 0{,}789$, что свидетельствует о сильной прямой корреляционной связи. Уровень статистической значимости: $p < 0{,}001$ (по t-критерию).

При этом в анализируемый период выделена группа территорий с экстремально высоким приростом заболеваемости: наибольший рост наблюдался в Ташкенте — почти в 2,5 раза (темп роста 246%), за ним следует Наманганская область с увеличением на 165%. Регионы с умеренным темпом прироста включают Ташкентскую (134%), Джизакскую (130%) и Кашкадарьинскую (130%) области. В некоторых областях динамика заболеваемости приближалась к состоянию стагнации, что характерно для Самаркандской (124%) и Бухарской (103%) областей. Отрицательная динамика была зафиксирована в трёх регионах, наиболее выраженная в Сырдарьинской области, где абсолютное число зарегистрированных случаев сократилось на 40% (рисунок 8).

Для ряда регионов, включая Наманганскую область, г. Ташкент и Бухарскую область, характерны не равномерные темпы прироста заболеваемости, а выраженные годовые колебания. Такая динамика может отражать локальные вспышки заболеваний, изменения в системе учёта случаев или проведение скрининговых программ, а не устойчивый органический тренд [175].

Территориальный анализ динамики заболеваемости выявил значительную неоднородность и позволил сгруппировать административные единицы по характеру изменений за период 2020–2023 гг.

К группе регионов с экстремально высоким ростом были отнесены г. Ташкент (темп роста 246%) и Наманганская область (165%). Регионы с умеренным ростом включают Ташкентскую (134%), Джизакскую (130%) и Кашкадарьинскую (130%) области. В отдельных регионах динамика приближалась к стагнации или характеризовалась минимальным приростом: Самаркандская (124%), Навоийская (124%) и Бухарская (103%) области.

Одновременно в трёх регионах была зафиксирована отрицательная динамика: в Сурхандарьинской (97%) и Хорезмской (98%) областях наблюдалось незначительное снижение числа случаев, тогда как в Сырдарьинской области абсолютное число зарегистрированных случаев сократилось существенно, что отражается базисным темпом роста на уровне 60%.

Анализ интенсивных показателей заболеваемости на национальном уровне показал увеличение с 1,14 случая на 1000 населения в 2020 году до максимального значения 1,38 в 2022 году, с последующей стабилизацией на уровне 1,36 в 2023 году [175].

Выявленный в нашем исследовании трехкратный разрыв в интенсивных показателях между регионами (от 0,78 в Кашкадарьинской области до 2,58 в г. Ташкент) является значительным и свидетельствует о глубоком территориальном неравенстве в уровне диагностики и, возможно, реальном распространении болезни.

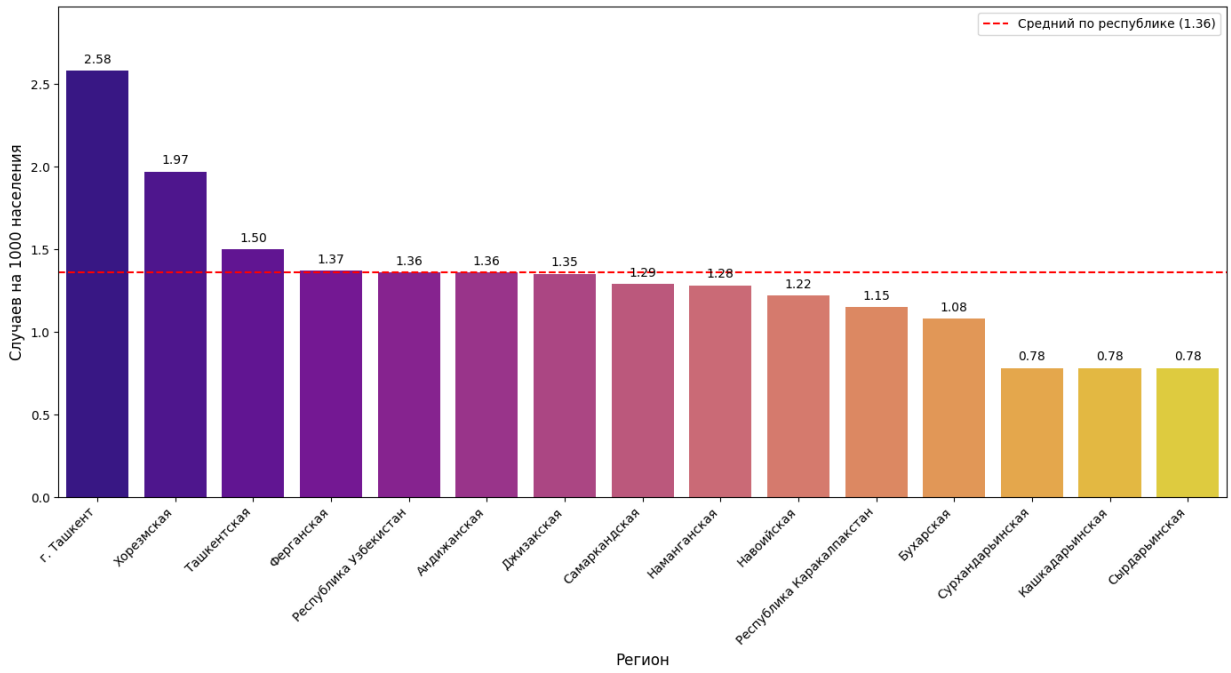


Рисунок 9- Интенсивный показатель заболеваемости СД по регионам в 2023 г. (случаев на 1000 населения)

Источник: составлено автором

Зонами хронически высокого эпидемиологического риска по заболеваемости сахарным диабетом являются Ташкент и Хорезмская область. Напротив, Кашкадарьинская и Сурхандарьинская области на протяжении всего анализируемого периода демонстрировали стабильно низкие показатели заболеваемости в стране. Выраженные эпизодические всплески, такие как резкий рост заболеваемости в Наманганской области в 2022 году (более чем двукратное увеличение), требуют проведения отдельного углублённого эпидемиологического расследования.

Для более детального анализа территориальной дифференциации регионы были сгруппированы по среднему уровню интенсивного показателя заболеваемости за четырёхлетний период (2020–2023 гг.):

- Город Ташкент и Хорезмская область — зона очень высокого уровня заболеваемости (средний показатель превышает 1,90 случая на 1000 населения), представляющая территории хронического эпидемиологического риска;
- Группа высокого уровня (1,50–1,90 случая на 1000 населения) включает Сырдарьинскую область;

- Основная часть административных единиц, включая Бухарскую, Ферганскую и Ташкентскую области, а также среднереспубликанский показатель в целом, сформировала кластер среднего уровня заболеваемости (1,10–1,40 случая на 1000 населения);
- Кашкадарьинская, Сурхандарьинская и Наманганская области отнесены к территориям низкого уровня заболеваемости (менее 1,00 случая на 1000 населения), что отражает их относительное эпидемиологическое благополучие.

Анализ возрастной структуры заболеваемости сахарным диабетом продемонстрировал высокую степень стабильности в течение всего исследуемого периода. Подавляющее большинство случаев (97–99%) приходилось на возрастную группу 18 лет и старше, что подтверждает преимущественно взрослый характер данной патологии в Республике Узбекистан. При этом были зафиксированы отдельные региональные отклонения: в Сурхандарьинской области в 2021 г. суммарная доля детей и подростков (0–17лет) составила 7%, что существенно превышает среднереспубликанский показатель (около 2%); в Бухарской области в 2020 г. отмечена аномально высокая доля детей в возрасте 0–14 лет (4%).

Это может быть связано со статистическими артефактами малых выборок или локальными программами скрининга в образовательных учреждениях и требуют дополнительного изучения на первичном уровне.

В отличие от возрастной структуры гендерное соотношение среди пациентов с впервые установленным диагнозом сахарного диабета существенно трансформировалось в течение одного года: в 2020 г. на национальном уровне преобладали мужчины (54%); начиная с 2021 г. доминирующее положение заняли женщины, доля которых в 2021–2023 гг. составляла 55–57% (рис.10). Столь резкое и повсеместное изменение гендерного соотношения, по всей вероятности, обусловлено небиологическими факторами. К ним относятся внедрение скрининговых программ, которые в большей степени охватывают женщин (в

частности, в период беременности), а также более высокая обращаемость женщин за медицинской помощью по сравнению с мужчинами.

Региональный анализ подтверждает выявленный тренд, хотя степень его выраженности варьируется по территориям. В Наманганской и Ферганской областях в 2022–2023 гг. доля женщин среди впервые выявленных пациентов достигала 60–63%, тогда как Сурхандарьинская область вновь демонстрировала нестабильную динамику с выраженными годовыми колебаниями гендерного соотношения [9].

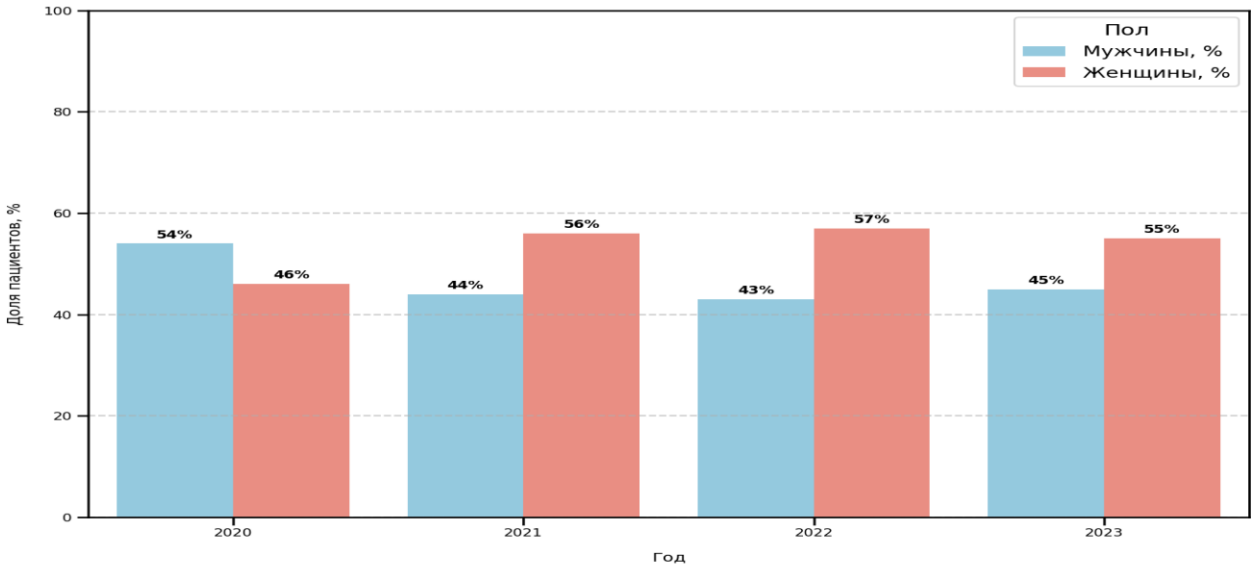


Рисунок 10 - Динамика гендерной структуры заболеваемости СД в Республике Узбекистан (2020-2023 гг.)

Источник: составлено автором

Таким образом, проведённый анализ демонстрирует комплексную картину эпидемиологической ситуации по сахарному диабету в Республике Узбекистан за период 2020–2023 гг. Полученные данные свидетельствуют о постепенной стабилизации темпов прироста заболеваемости, значительной территориальной дифференциации с выявлением зон высокого и низкого эпидемиологического риска, а также о высокой концентрации случаев среди взрослого населения. Вместе с тем изменения в гендерной структуре указывают на смещение доминирования с мужского на женское население среди вновь выявленных пациентов.

3.4. Оценка современного состояния производственного сектора лекарственных средств

Изучение особенностей фармацевтического рынка Узбекистана представляет собой актуальное направление исследования и обладает высокой социальной значимостью, поскольку производство ЛС оказывает непосредственное влияние на уровень их физической доступности. За последние пять лет ассортимент продукции, выпускаемой отечественными фармацевтическими предприятиями, увеличился с 2644 до 3732 наименований. В целях дальнейшего развития отрасли, формирования благоприятного инвестиционного климата и активного привлечения зарубежного капитала были созданы свободные экономические зоны, специализирующиеся на фармацевтической деятельности. За рассматриваемый период реализовано 177 инвестиционных проектов на общую сумму 527 млн долларов США, при этом объём освоенных иностранных инвестиций увеличился в 9 раз.

В результате реализации 102 инвестиционных проектов общей стоимостью 357,7 млн долларов США было создано 4883 новых рабочих места. Число отечественных предприятий, осуществляющих производство фармацевтической продукции, увеличилось со 149 до 212. Это способствовало росту объёмов производства в 3 раза, а экспорта — в 5 раз. Следует отметить, что наряду с увеличением экспортных показателей расширилась и география поставок: в настоящее время продукция отечественной фармацевтической промышленности экспортируется в 46 стран мира. По итогам 2023 года ими произведена фармацевтическая продукция на 4,3 триллиона сумов, в том числе 436 новых видов ЛС. Запущено 4 предприятия по производству ЛС и 6 предприятий по производству МИ [174].

В республике организовано 5 фармацевтических промышленных зон на площади 136 гектаров, для них создана вся необходимая инфраструктура [175].



Рисунок 11 - Объем розничного фармацевтического рынка Республики Узбекистан в сравнении с Республикой Казахстан по итогам 1 кв. 2025 г.
Источник: [148]

На рисунке 11 представлено сравнение объёмов продаж фармацевтической продукции в Узбекистан и Казахстан в категории «аптечной корзины», включающей ЛС и биологически активные добавки.

Первая диаграмма отражает объём продаж в денежном выражении (USD): на долю Узбекистан приходится 520 млн долларов США, что составляет 56% общего объёма продаж, тогда как в Казахстане данный показатель составляет 411 млн долларов США или 44%. Это свидетельствует о том, что фармацевтический рынок Узбекистана в стоимостном выражении превосходит рынок Казахстана. Вторая диаграмма демонстрирует объём продаж в натуральном выражении (в упаковках): в Узбекистан реализовано 151 млн упаковок (53%), а в Казахстан — 135 млн упаковок (47%). Таким образом, представленные данные показывают, что Узбекистан занимает лидирующие позиции по объёму продаж фармацевтической продукции как в денежном, так и в натуральном выражении по сравнению с Казахстан.

3.4.1. Оценка производителей лекарственных средств

По официальным данным Агентства по развитию фармацевтической отрасли анализ производственных показателей фармацевтической отрасли свидетельствует о положительной динамике развития отечественного производства ЛС. Так, в 2023 году объём производства составил 334,5 млн упаковок ЛС на сумму 4300 млн сумов

или 373913 долларов США (1 доллар США -11500 сум). В 2024 году наблюдалось увеличение объёма производства до 507,6 млн упаковок, при этом общая стоимость произведённой продукции составила 5100 млн сумов или 410628 долларов США (1 доллар США - 12420 сум). В 2025 году объём производства составил 452,65 млн упаковок, а стоимость произведённой продукции достигла 7370 млн сумов или 607284 доллара США (1 доллар США -12136 сум). В целом представленные данные свидетельствуют о расширении производственных мощностей фармацевтической отрасли и увеличении экономических показателей отечественного производства ЛС [2]. При этом обращает на себя внимание более быстрый рост стоимостных показателей по сравнению с натуральными (в упаковках). Указанное иллюстрирует переход на производство более дорогостоящих ЛС и влияние инфляционных процессов на конечную цену продукции.

В таблице 12 приведены данные по динамике производства, темп роста в стоимостных показателях рассчитан нами в национальной валюте, чтобы исключить влияние инфляции.

Таблица 12 - Динамика объема производства фармацевтической отрасли Республики Узбекистан

Кол-во упаковок млн. шт.			Темп роста в %	Стоимость в млн. сум			Темп роста в %
2023	2024	2025	2023/2025	2023	2024	2025	2023/2025
334,5	507,6	452,65	135,3	4300	5100	7370	171,4

Источник: составлено автором

В настоящее время в Республике Узбекистан функционируют 74 фармацевтических предприятия, и все они имеют сертификат GMP. Данный показатель свидетельствует о значительном прогрессе в модернизации отечественного фармацевтического производства и создании условий для выпуска качественных, безопасных и конкурентоспособных ЛС.

Нами проведен региональный анализ производителей ЛС с распределением по областям РУз. Обобщение результатов на рисунке 12 позволяет выявить территориальные особенности развития отрасли, определить регионы-лидеры и зоны с недостаточной концентрацией сертифицированных производственных

мощностей, что формирует основу для последующего анализа дисбалансов и направлений дальнейшего развития.

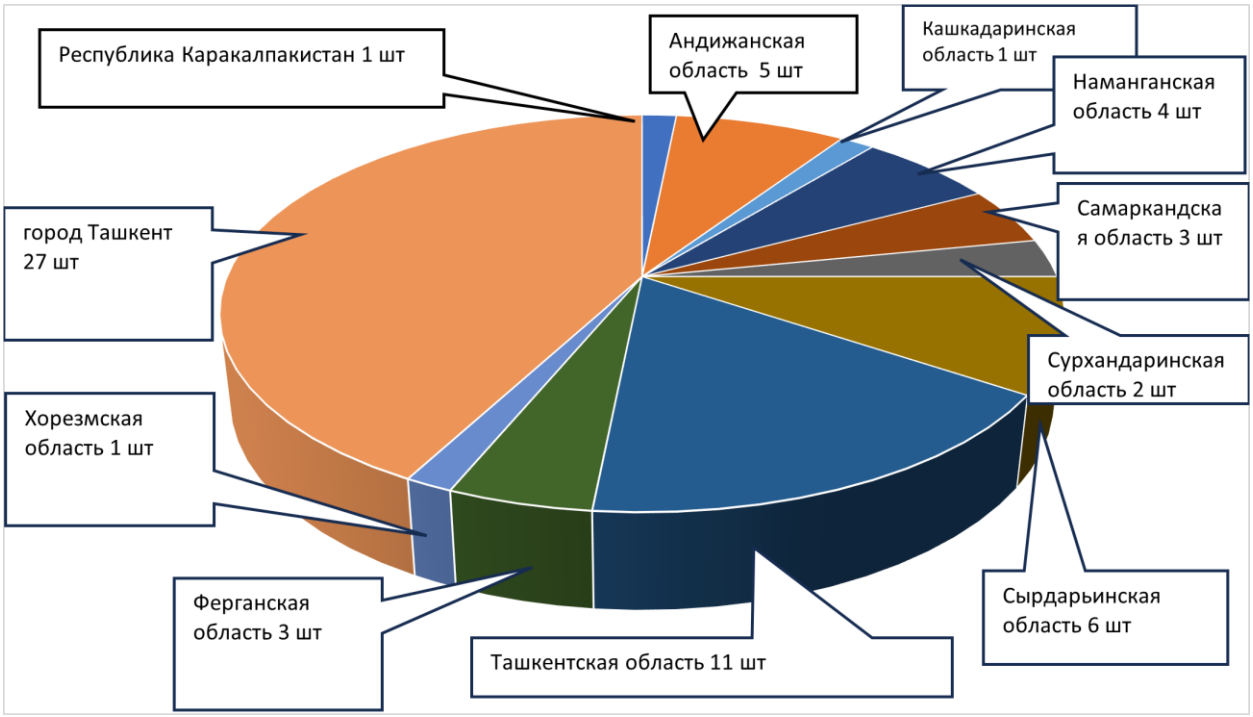


Рисунок 12 - Количество производителей ЛС в Республике Узбекистан.
Источник: составлен автором

Полученные данные свидетельствуют о выраженной территориальной концентрации сертифицированных производственных мощностей: наибольшая доля производителей приходится на г. Ташкент (27) и Ташкентскую область (11), совокупно формируя более половины общей численности. Существенно меньшие доли зафиксированы в Сырдарьинской (6), Андижанской (5), Наманганской (4), Самаркандской (3) и Ферганской (3) областях. В Бухарской, Джизакской и Навоийской областях показатели равны нулю. При этом следует отметить, что производство ЛС представлено во всех регионах страны, сертификат GMP имеют только отдельные предприятия, отраженные в анализе [8].

В целях комплексной оценки производственного потенциала отрасли здравоохранения РУз и выявления региональных особенностей развития производства, далее представлен систематизированный анализ предприятий, осуществляющих выпуск ЛС. Для наглядности и сопоставимости данных

составлены два рисунка (рис.13 и рис. 14), отражающие распределение производителей МИ и производителей МТ по регионам Республики Узбекистан (в абсолютных значениях), что позволяет определить регионы-лидеры, территории с недостаточной представленностью производства и сформировать аналитическую основу для дальнейших выводов и управленческих рекомендаций.

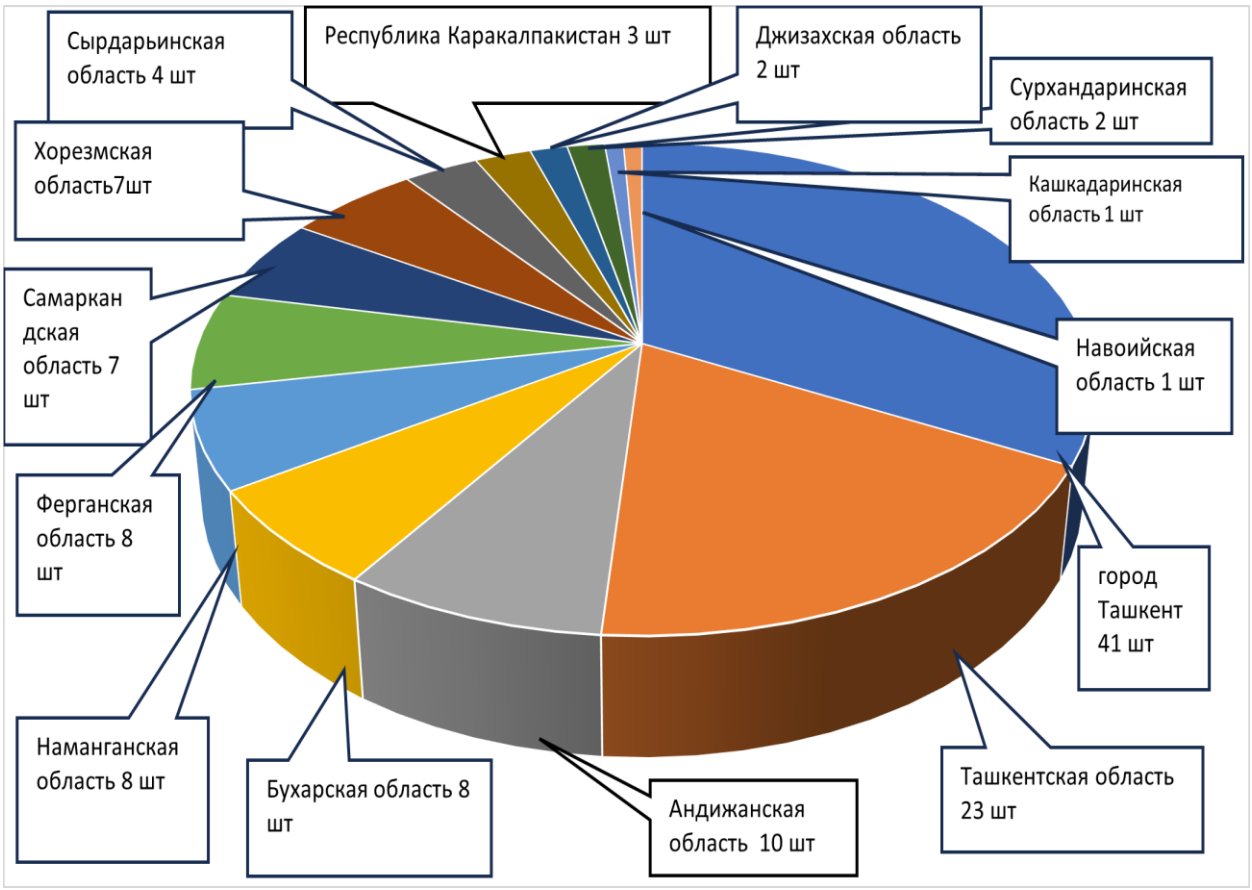


Рисунок 13 - Количество предприятий по производству медицинских изделий
Источник: составлено автором

Анализ данных показал, что в РУз функционируют **125** предприятий по производству МИ. Распределение производителей по регионам характеризуется выраженной территориальной концентрацией: наибольшая доля предприятий приходится на Ташкент — 41 предприятие (32,8%) и Ташкентскую область — 23 предприятия (18,4%). Таким образом, столичный регион аккумулирует 64 предприятия, что составляет 51,2% общего числа производителей МИ в стране.

Значимая, но существенно меньшая представленность предприятий отмечена в ряде областей: Андижанская (8%), Бухарская, Наманганская и Ферганская (по

6,4%), Самаркандская и Хорезмская (по 5,6%), Сырдарьинская (3,2%), Республика Каракалпакстан (2,4%). Наименьшие показатели зафиксированы в Джизакской и Сурхандарьинской (по 1,6%), а также в Кашкадарьинской и Навоийской областях (по 0,8%). В целом полученные результаты свидетельствуют о региональной неоднородности развития производства МИ: при наличии предприятий в большинстве регионов, более половины производственных субъектов сосредоточено в г. Ташкент и Ташкентской области. Данный факт указывает на необходимость дальнейшего анализа факторов территориальной концентрации (инвестиционный климат, инфраструктура, кадровый потенциал, логистика, доступ к рынкам сбыта) и обоснования мер по стимулированию развития производства МИ в регионах с низкой долей предприятий.

Для расширения оценки современного состояния производства и получения более полной картины развития сегмента продукции медицинского назначения, далее целесообразно рассмотреть региональное распределение предприятий по производству МТ. В отличие от МИ, данный сегмент, как правило, требует более высокого уровня технологического оснащения, инженерных компетенций и инвестиционных ресурсов, что может отражаться на территориальной структуре размещения производителей. В связи с этим ниже представлен рисунок 14, отражающий количество производителей МТ по регионам РУз.

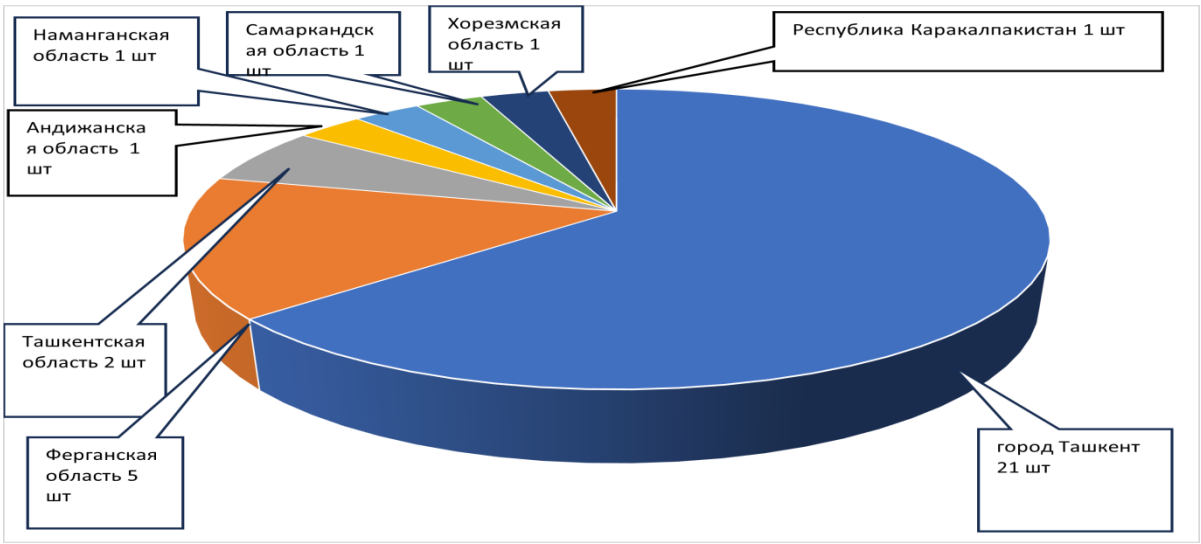


Рисунок 14 - Количество предприятий по производству медицинской техники

Источник: составлено автором

Как видно из рисунка, в Республике Узбекистан функционирует 33 предприятия по производству МТ, при этом их распределение по регионам отличается выраженной концентрацией. Абсолютным лидером является г. Ташкент, где сосредоточено 21 предприятие, что составляет 63,64% от общего числа производителей. Второе место занимает Ферганская область — 5 предприятий (15,15%), Ташкентская область представлена 2 предприятиями (6,06%), тогда как в остальных регионах производство МТ носит единичный характер: Андижанская, Наманганская, Самаркандская области, Республика Каракалпакстан и Хорезмская область имеют по 1 предприятию (по 3,03%) каждая. В целом результаты демонстрируют, что производство МТ в стране имеет более высокую степень региональной концентрации, чем производство МИ.

В целом проведенный анализ современного состояния производства продукции медицинского назначения в Республике Узбекистан показывает, что отрасль характеризуется наличием сформированной производственной базы и положительной динамикой развития, однако сохраняется выраженная региональная неоднородность размещения предприятий. Производство МИ представлено шире и более диверсифицировано по регионам (125 предприятий), тогда как производство МТ отличается существенно меньшими масштабами (33 предприятия) и высокой концентрацией в г. Ташкент. Доминирование столичного региона и Ташкентской области в обоих сегментах отражает концентрацию инфраструктуры, кадрового потенциала и инвестиционных ресурсов, в то время как ряд областей демонстрирует минимальные показатели или отсутствие производственных мощностей по отдельным направлениям.

3.4.2 Анализ динамики экспорта лекарственных средств

Эмпирическую базу настоящего исследования составили данные статистики отгрузок ЛС отечественного производства за период с 2020 по 2023 год, предоставленные Государственным таможенным комитетом РУз. Метод

количественного анализа в разрезе кодов ТН ВЭД позволил выявить основные особенности экспортных поставок и их структуры (табл. 13).

Таблица 13 - Сумма экспорта фармацевтической продукции (2020–2023 гг.)

Код ТН ВЭД	2020		2021		2022		2023	
	тыс. долл.	%	тыс. долл	%	(тыс. долл	%	тыс. долл	%
3004100001 (ЛС, содержащие пенициллины или стрептомицины)	341,2	2,3	42,0	0,3	181,6	1,6	122,0	1,3
3004200002 (ЛС, содержащие прочие антибиотики)	2394,1	16,12	946,8	6,7	535,3	4,7	339,0	3,5
3004900002 (Прочие дозированные ЛС)	12111,2	81,58	13186,7	93,0	10714,8	93,7	9275,1	95,2
Итого (по трем группам ТН ВЭД)	14846,5	100	14175,5	100	11431,7	100	9736,1	100

Источник: Составлено автором на основе статистики [126]

Проведенный анализ экспортного портфеля показал, что основу фактически осуществляемого экспорта формируют лишь три ключевые группы ЛС. Основной объем отгружаемой на экспорт продукции формировался антибактериальными средствами (коды ТН ВЭД 3004100001 и 3004200002), в частности комплексными пенициллинами со стрептомицинами, а также антибиотиками цефалоспориновой группы и тетрациклинами. При этом реализация кортикостероидных препаратов, в частности флуоцинолона, и алкалоидных субстанций представляла собой фактор поддержки стабильного уровня экспорта [7].

При этом по другим номенклатурным позициям экспортные операции за исследуемый период полностью отсутствовали: недозированные ЛС, содержащие пенициллины (код ТН ВЭД 3003100000); инсулинсодержащие гормональные ЛП (3004310000); ЛС на основе псевдоэфедрина (3004420000); витаминные ЛП с содержанием цианокобаламина (3004500006); дозированные ЛС на основе парацетамола или рибоксина (3004900006).

Следует отметить, что группа прочих дозированных ЛС (код ТН ВЭД 3004900002), статистические значения по которой существенно превысили уровень

всех остальных товарных подгрупп, является доминирующей позицией внешнеторгового оборота.

Были выявлены не только количественные, но и качественные изменения товарной номенклатуры в 2022–2023 годах. Так, в экспортный перечень были включены новые позиции: антималярийные смеси (с 2022 года), производные алкалоидов, прочие кортикостероиды и новые формы витаминных ЛП (с 2023 года). Средняя стоимость таких ЛС варьирует от 12 до 21 тыс. долл. США за одну тонну. Указанный сдвиг позволил компенсировать, в частичной мере, общее падение физических объемов отгрузок по низкостоимостной продукции.

Динамика рассматриваемых экспортных показателей характеризуется высокой волатильностью (в натуральном выражении). Следует отметить, что базовый показатель объема поставок достиг уровня 9343,7 тонн за 2020 год, далее снизится до 7422,9 тонн к 2021 году, а 2022 году был достигнут локальный максимум, равный 9650,7 тонн. К 2023 году параметр уменьшился до 4738,7 тонн. Резкое падение реализации продукции (по главному товарному направлению, т. е. по коду ТН ВЭД 3004900002), стало основной причиной возникновения указанной негативной динамики. Снижение объема совокупной валютной выручки является устойчивой тенденцией, в частности, было зафиксировано падение с 17,21 млн долл. США в 2020 году до 12,35 млн долл. США к 2023 году. Одновременно с этим, средневзвешенная цена одной тонны реализуемой продукции показала рост с уровня 1,84 тыс. долл. до 2,61 тыс. долл. за аналогичный промежуток времени [13]. Таким образом, наш анализ показал высокую степень зависимости сложившейся структуры внешнеэкономической деятельности от узкого набора позиций.

3.4.3 Анализ импорта лекарственных средств

Нами проанализированы данные таможенной статистики Государственного таможенного комитета РУз, а также отчетность о деятельности локальных фармацевтических производителей. Проведенный статистический анализ выявил существенные изменения структуры внутреннего рынка ЛС. Ключевым индикатором в данном случае является соотношение объемов импорта (внешних

поступлений из стран дальнего и ближнего зарубежья) и локального производства и выявленные тенденции позволяют выделить две противоположные макроэкономические фазы. На смену периоду активного насыщения рынка за счет импортных поставок (2020–2024 гг.) закономерно приходит этап структурной коррекции, при этом новый этап, начавшийся в 2025 году, ориентирован на масштабную локализацию производства востребованных ЛП на базе отечественных предприятий РУз [10]. Сводные данные о динамике и структуре соотношения импорта и локального производства фармацевтической продукции представлены в таблице 14.

Таблица 14 - Динамика и структура соотношения объемов импорта и локального производства фармацевтической продукции на рынке Республики Узбекистан (2020–2025 гг.)

Год	Показатель	Зарубежные страны (импорт)		Республика Узбекистан (локальный сегмент)		ИТОГО
		Значение	Уд. вес, %	Значение	Уд. вес, %	
2020	Кол-во (упаковок)	2647782,00	66,0	1356568,00	34,0	4 004350,00
	Сумма (долл. США)	16449405,57	85,0	2999524,08	15,0	19 448929,65
2021	Кол-во (упаковок)	2919648,00	72,0	1131658,00	28,0	4051 306,00
	Сумма (долл. США)	18688956,23	89,0	2314248,88	11,0	21003 205,11
2022	Кол-во (упаковок)	4518344,00	90,0	507701,00	10,0	5026 045,00
	Сумма (долл. США)	26820597,63	95,0	1491129,71	5,0	28 311727,34
2023	Кол-во (упаковок)	4 505840,00	87,0	675439,00	13,0	5 181279,00
	Сумма (долл. США)	27786453,59	95,0	1578300,51	5,0	29 364754,10
2024	Кол-во (упаковок)	4331 962,00	92,0	364006,00	8,0	4 695968,00
	Сумма (долл. США)	32772368,75	96,0	124636,60	4,0	34 019205,35

2025	Кол-во (упаковок)	1787790,00	75,0	582100,00	25,0	2 369890,00
	Сумма (долл. США)	15228261,00	88,0	2119622,22	12,0	17 347883,22

Источник: Составлено автором

При детальном рассмотрении показателей таблицы становится видна траектория развития узбекистанского фармрынка в 2020–2025 годах. По сути, весь этот временной промежуток разделяется на две принципиально разные фазы: на этап практически полной зависимости от зарубежных поставок (вплоть до конца 2024 года) и на наметившийся в 2025 году переход к фактическому импортозамещению. Первые пять лет совокупная емкость рынка шла исключительно в рост, с 2020 год по 2025 год показатель поднялся с базовых 19,45 млн до 34,02 млн долларов, прибавив в итоге почти 75%. Однако обеспечивалась такая динамика почти целиком ввозимыми ЛС. Затраты на закупку импортных ЛС ожидаемо выросли, то есть с 16,45 млн в начале периода до 32,77 млн долларов к концу 2024 года. Как следствие, доля зарубежных ЛС в денежном выражении увеличилась с 85% до 96%.

Если оценивать объемы по количеству проданных упаковок, статистика оказывается схожей — к 2024 году за импортом закрепилось 92% рынка. Показатели местных производителей на этом фоне опустились до предельных минимумов. К началу 2025 года локальные предприятия контролировали 8% продаж (в физическом объеме), а в финансовом исчислении их присутствие ограничивалось 4%.

Ситуация переломилась в 2025 году. На фоне обновления регуляторной политики импорт в денежном выражении уменьшился более чем вдвое — до 15,23 млн долл. США, и столь резкое уменьшение внешних закупок не спровоцировало дефицита социально значимых ЛС. Так, продажи ЛС отечественного производства всего за год увеличились сразу на 70% (до 2,12 млн долл. США). В итоге рыночная доля местных производителей составила 12% в стоимостном выражении и до 25% в натуральном (составив 582,1 тыс. проданных упаковок) [14].

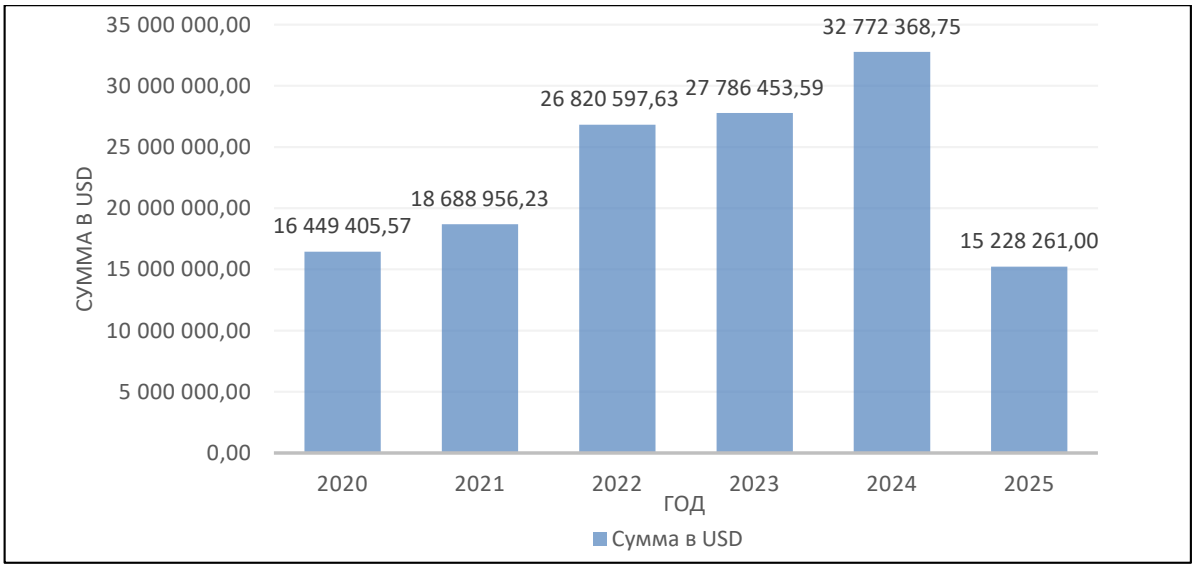


Рисунок 15 - Динамика объема импорта лекарственных средств (дол. США)
Источник: составлено автором

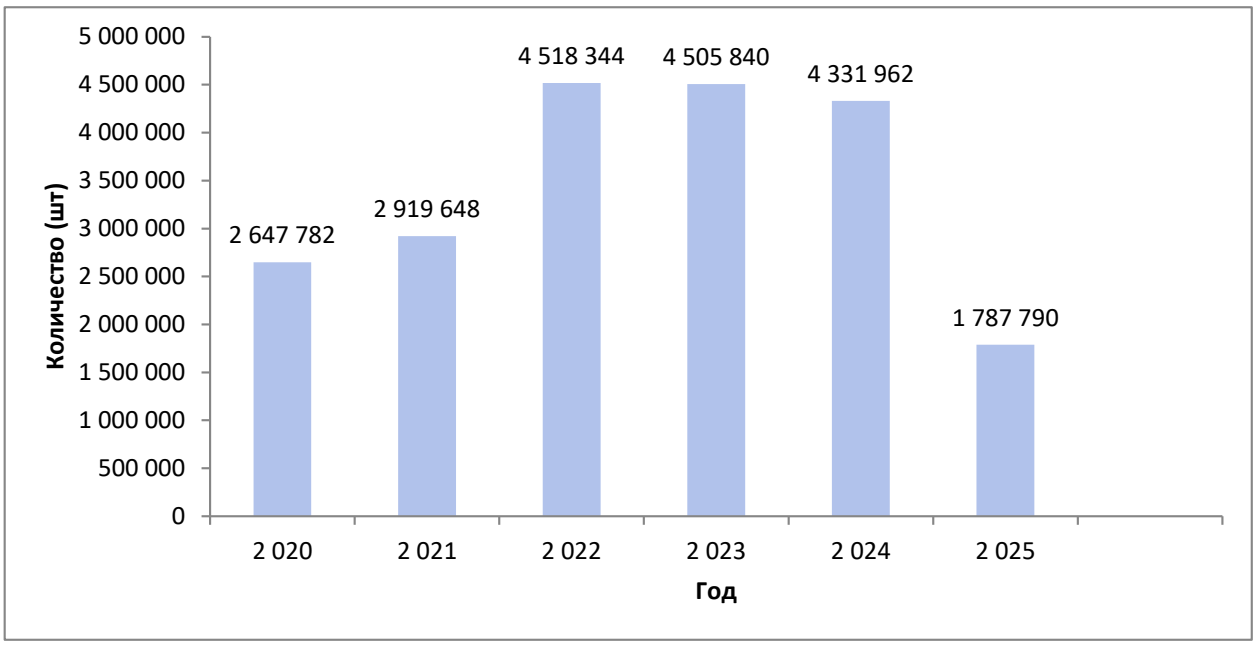


Рисунок 16 - Динамика импорта лекарственных средств (кол-во упаковок
Источник: составлено автором

Расходы на закупку ЛС резко выросли, как иллюстрирует рис. 13, с 26,82 млн до 32,77 млн долл. США за два года – с 2022 по 2024 год. Столь заметное расхождение показателей демонстрирует удорожание единицы импортной продукции. Сопоставление стоимостных и натуральных показателей, иллюстрирует серьезный дисбаланс (рис. 15-16).

Сравнение стоимости и физического объема импорта за исследуемый период иллюстрирует явный ценовой дисбаланс, вызванный макроэкономическими факторами, а также общим ростом издержек на мировом рынке. Физический объем поставок из-за рубежа в 2022 году достиг пика (4,52 млн упаковок). Далее закупки пошли на спад, и к 2024 году они сократились до 4,33 млн упаковок.

В соответствии с задачами исследования далее нами проанализирована динамика поставок противодиабетических средств (табл. 15 и 16).

Таблица 15 - Динамика импорта противодиабетических средств в стоимостном выражении

Наименование (МНН)	**2020 (USD)**	**2021 (USD)**	**2022 (USD)**
Metformin	4436690	5748452	5866760
Empagliflozin	-	64885	1782370
Glimepiride	3441415	2772472	2561441
Sitagliptin,metformin	575750	627601	2322681
Insulin human*	2745183	2308233	3710481
Gliclazide	1282248	1728383	1483830
Empagliflozin, metformin	-	-	532558
Insulin glargine	1829848	2791407	2004135

Источник: Составлено автором на основе данных статистики
**Примечание: Полное наименование: Mixed human soluble insulin and isophane insulin suspension*

Данные таблицы 15 показывают, что в начальный период исследования (2020–2022 гг.) по большинству традиционных номенклатурных позиций, таких как метформин и человеческий инсулин, отмечалось контролируемое увеличение объемов финансирования закупок. Дальнейшая динамика стоимостных показателей импорта за последующий трехлетний период, дополненная расчетом относительных темпов роста, представлена в таблице 16.

Таблица 16 - Динамика импорта противодиабетических средств в стоимостном выражении (период 2023–2025 гг.)

Наименование (МНН)	**2023 (USD)**	**2024 (USD)**	**Темп роста 2024/2023, %**	**2025 (USD)**	**Темп роста 2025/2024, %**
Metformin	6273 020	5645 846	90,00	1058 680	18,75
Empagliflozin	2839 488	5109 487	179,94	4332 870	84,80
Glimepiride	2768 123	3070 157	110,91	855460	27,86

Sitagliptin, metformin	1917 891	2893 671	150,88	270000	9,33
Insulin human*	2887 098	2274 521	78,78	1974 660	86,82
Gliclazide	1711 827	1630 554	95,25	1070 799	65,67
Empagliflozin, metformin	580875	1347 016	231,89	2488 853	184,77
Insulin glargine	3837 872	1400 656	36,50	1057 646	75,51

Источник: Составлено автором на основе данных статистики.

**Примечание: Mixed human soluble insulin and isophane insulin suspension.*

Анализ динамики закупок в группе ЛП базовой терапии демонстрирует, что данная категория одной из первых подверглась глубокой структурной трансформации на фоне сокращения импорта. Наиболее репрезентативна статистика по метформину. Если до конца 2023 года объем его закупок составлял 6,27 млн долл. США, то в результате последующего резкого снижения поставок к 2025 году показатель импорта упал почти на 83% — до 1,06 млн долл. США. Аналогичная нисходящая динамика выявлена при анализе поставок глимепирида, где объем импорта сократился на 72%. Выпадающие при этом объемы зарубежных поставок были в полной мере компенсированы увеличением реализации ЛП локального производства (Республика Узбекистан).

Группа инновационных ЛП имеет выраженную специфику – в ней преобладают не имеющие на сегодняшний день близких отечественных аналогов высокотехнологичные позиции. Лидером группы остается дорогостоящий эмпаглифлозин. Если в 2020 году импорт его фактически находился на нулевой отметке, то к 2024 году он составил 5,11 млн долл. США, сохранив стабильно высокие показатели и в 2025 году (4,33 млн долл. США).

Отмечается растущая востребованность фиксированных комбинаций, в частности сочетания эмпаглифлозина с метформином. В данном сегменте в 2025 году годовой прирост составил 184,77%, а итоговый объем закупок – 2,49 млн долл. США. Смещение в структуре импорта данных векторов обусловлено переходом на современные клинические протоколы и на стандарты комбинированной терапии сахарного диабета.

Технологически сложные гормональные субстанции, основа которых сформирована различными формами инсулина, объединяют группу

биотехнологических ЛП, и объемы внешних поставок этой категории демонстрируют высокую стабильность и отсутствие резких рыночных колебаний. Суммарный импорт человеческого инсулина по итогам 2025 года составил 1,97 млн долл. США. Это почти повторяет показатели предыдущих периодов, и поскольку данные позиции входят в перечень жизненно важных ЛС, все еще высокой остается стратегическая зависимость внутреннего рынка от зарубежных контрагентов.

Заключение по главе 3

Проведённый анализ показателей демографического, экономического и медико-социального развития Республики Узбекистан показал, что устойчивый рост численности населения, который к 2025 году достиг 37,5 млн человек, приводит к увеличению потребности в медицинской и лекарственной помощи, обусловливает необходимость дальнейшего совершенствования системы лекарственного обеспечения населения. Установлено, что наряду с положительной динамикой экономического развития сохраняются региональные различия в уровне доходов населения и доступности медицинской помощи, что требует дифференцированного подхода к организации льготного лекарственного обеспечения.

Установлено, что в период 2020–2024 гг. количество амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось на 34,4%, а число медицинских организаций – на 60,1%, что сопровождалось снижением нагрузки на одну поликлинику на 19,3% и на одно медицинское учреждение – на 37,2%. Установлена статистически значимая сильная корреляционная связь между численностью населения региона и количеством амбулаторно-поликлинических и аптечных учреждений.

Эпидемиологический анализ выявил рост числа впервые зарегистрированных случаев сахарного диабета на 27%, при этом город Ташкент характеризуется наиболее высокой эпидемиологической нагрузкой (интенсивный показатель более 2,58 на 1000 населения).

Анализ аптечной инфраструктуры показал, что по состоянию на 2025 год в РУз функционировало 12893 аптечных объекта, однако их территориальное распределение остаётся неравномерным. Средняя нагрузка составила 2912 жителей на одну аптечную организацию, при этом наиболее высокая обеспеченность отмечена в городе Ташкенте, а максимальная нагрузка — в Джизакской, Кашкадарьинской областях и Республике Каракалпакстан. Выявленные региональные различия свидетельствуют о необходимости дальнейшей оптимизации размещения аптечной сети.

Проанализированы данные по динамике производства ЛС, темп роста натурального показателя (кол-во упаковок) 2023/2025гг составил 135,3%, а по стоимости 171,4%. Региональный анализ производителей ЛС с распределением по областям РУЗ показал, что наибольшая доля производителей приходится на г. Ташкент (27) и Ташкентскую область. В таких регионах, как Бухарская, Джизакская и Навоийская области, показатели равны нулю.

Анализ фармацевтического рынка выявил критическую импортозависимость. Учитывая рост доли локального производства в 2025 году до 12% в денежном и 25% в натуральном выражении (582,1 тыс. упаковок), в сегменте противодиабетических средств абсолютно доминируют зарубежные компании (182 иностранных производителя против 26 отечественных). Инновационные препараты (агонисты GLP-1, глиптины) и инсулины полностью зависят от импорта, — это требует форсированной локализации производства полного цикла на территории республики.

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

4.1 Организация системы льготного обеспечения граждан в Республике Узбекистан

В соответствии с Постановлением Кабинета Министров «О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения ЛС отдельных категорий лиц на льготной основе» утверждено Положение, регулирующее порядок предоставления ЛС отдельным категориям пациентов при амбулаторном лечении. Постановлением Кабинета Министров от 22.07.2013 г. № 204 утвержден перечень из 14 категорий граждан, для которых амбулаторное лечение ЛС проводится бесплатно за счет государственного бюджета: 1. Больные онкологическими заболеваниями. 2. Больные туберкулезом. 3. Больные лепрой (болезнью Гансена). 4. Больные эндокринологическими заболеваниями (сахарным и несахарным диабетом). 5. Больные психическими заболеваниями. 6. ВИЧ-инфицированные. 7. Лица, перенесшие операцию по протезированию клапана сердца и пересадке органов. 8. Больные, получающие программный гемодиализ. 9. Одинокие пенсионеры, нуждающиеся в постороннем уходе. 10. Лица, ставшие инвалидами вследствие войны 1941—1945 годов, участники войны и приравненные к ним. 11. Участники трудового фронта в годы войны 1941—1945 годов. 12. Лица с инвалидностью из числа принимавших участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС. 13. Воины-интернационалисты. 14. Лица пенсионного возраста, проходившие военную службу на ядерных полигонах и радиационно-ядерных объектах [6,4].

Согласно утверждённому порядку, льготное обеспечение пациентов осуществляется через амбулаторно-поликлинические учреждения или аптечные организации - аптеки «Дори-Дармон». Акционерное общество «Дори Дармон» является одним из крупнейших участников оптово-розничной фармацевтической торговли на рынке Узбекистана. В его состав входят региональные подразделения

— 6 акционерных обществ и 7 обществ с ограниченной ответственностью, располагающих 17 складами и 15 исследовательско-аналитическими лабораториями. По поручению правительства для обеспечения жителей отдалённых и горных районов медикаментами компания организовала 133 мобильные аптеки и аптечные филиалы, оснащённые специализированными автомобилями с изотермическими фургонами.

Особое внимание уделяется развитию сети социальных аптек, предлагающих перечень социально значимых ЛС и МИ. В настоящее время действует свыше 1600 социальных аптек, из которых около 70% размещены в сельских семейных поликлиниках и врачебных пунктах. В столице функционируют 44 социальные аптеки, интегрированные в семейные и многопрофильные поликлиники. В Ташкенте работает справочная служба «1002», предоставляющая актуальную информацию о наличии ЛС и изделий медицинского назначения в 96 аптеках столицы [128].

Льготный отпуск ЛП из аптек осуществляется строго по рецептам, которые выписываются лечащими врачами на специальных бланках установленной формы, утверждённой Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Для получения рецепта пациент или его законные представители обращаются в амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства или прикрепления, предоставив документы, подтверждающие право на льготу.

Процесс оформления, хранения, учёта и уничтожения рецептурных бланков, а также порядок заполнения самих рецептов регулируется Министерством здравоохранения. При этом в отрывные корешки вносятся все необходимые данные о ЛП (наименование, количество, серия), а также информация о фармацевте, заверенная подписью и штампом аптеки. Один экземпляр корешка остаётся в аптеке, второй — передаётся пациенту. Если ЛП отсутствует в нужном количестве, пациенту выдается доступное количество с соответствующей отметкой. Порядок финансирования льготного лекарственного обеспечения основан на прямых договорах амбулаторно-поликлинических учреждений или территориальных органов здравоохранения с аптеками. Такие договоры заключаются в рамках

утверждённой сметы расходов и не требуют проведения конкурса, тендера или размещения объявлений на электронных площадках. Заключённые соглашения подлежат обязательной регистрации в подразделениях Казначейства. Согласно условиям, медицинские учреждения ежемесячно производят авансовый платёж в размере 15% от суммы договора. До 10-го числа каждого месяца аптеки предоставляют реестры отпущенных по льготным рецептам ЛС вместе со счётом-фактурой и корешками рецептов. По итогам месяца окончательные расчёты проводятся до 15 числа следующего месяца на основании представленных реестров, корешков рецептов и счетов-фактур.

Амбулаторно-поликлинические учреждения получают ЛП благодаря плановым ассигнованиям, внебюджетным доходам, централизованного распределения или иных законных источников. При этом все расходы на льготное обеспечение имеют строго целевое назначение и не могут быть использованы на иные нужды.

Ответственность за необоснованное назначение ЛС отдельным категориям пациентов возлагается непосредственно на лечащего врача. Организация своевременной и правильной выдачи ЛП пациентам в соответствии с установленным порядком является обязанностью руководителя амбулаторно-поликлинического учреждения. Надзор за исполнением требований Положения осуществляют Министерство здравоохранения и Министерство финансов РУз.

Перечень ЛС, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении утвержден Постановлением Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и Министерства финансов Республики Узбекистан от 18.11.2013 г. № 2522 «Об утверждении Перечня лекарственных средств, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении» [109].

В 2023 году началось поэтапное внедрение механизмов государственного медицинского страхования в городе Ташкенте. Соответствующим приказом Министерства здравоохранения установлены объемы гарантированной медицинской помощи, оказываемой в семейных врачебных пунктах, семейных

поликлиниках, многопрофильных центральных поликлиниках, районных (городских) центральных больницах и родильных домах. В перечень гарантированных объемов медицинской помощи, оказываемой пациентам бесплатно за счет средств государственного бюджета, включены в общей сложности 520 диагнозов, 28 диагностических исследований, 46 лабораторных анализов, 235 видов ЛС, 27 оперативных методов лечения и 76 изделий медицинского назначения [190].

Современным этапом развития системы льготного лекарственного обеспечения в РУз стало внедрение системы реимбурсации, Реимбурсация представляет собой принципиально иной механизм государственного возмещения стоимости ЛП. В рамках данной системы пациенты обеспечиваются ЛС бесплатно. Финансирование предоставляемых ЛП осуществляется за счёт средств государственной системы медицинского страхования, при этом все расходы покрываются уполномоченной государственной страховой организацией. Отпуск ЛС пациентам производится через аптечные организации, участвующие в реализации программы, без заключения индивидуальных договоров пациентами. Лекарства, включённые в перечень ЛП, предоставляемых пациентам в рамках программы реимбурсации, сначала выдаются из имеющихся запасов медицинских учреждений, а также в рамках отдельных программ. После исчерпания этих запасов ЛП предоставляются пациентам через аптеки в соответствии с программой реимбурсации [108].

Данная система ориентирована преимущественно на пациентов с социально значимыми хроническими заболеваниями, в том числе сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией, бронхиальной астмой и другими нозологиями, требующими длительной и непрерывной фармакотерапии.

Организационный механизм функционирования системы включает следующие этапы. Пациент обращается к семейному врачу по месту жительства, который формирует электронный рецепт на ЛП, включённые в перечень реимбурсации. В электронном рецепте может быть указано до трех ЛП по каждому диагнозу. Срок действия электронного рецепта 7 дней. Отпуск ЛП осуществляется

через аптечные организации, заключившие договор с Фондом государственного медицинского страхования (ФГМС). Финансовые расчёты с аптечными организациями производятся за счёт средств ФГМС, что обеспечивает централизованный контроль расходования бюджетных средств [120].

Начиная с 2025 года, реализация программы была расширена в городе Ташкенте, а к концу 2026 года планируется её масштабирование на всю территорию республики. Следует отметить, что пациенты с сахарным диабетом 2 типа уже получают ряд ЛП в рамках механизма реимбурсации. Это свидетельствует о постепенном переходе от прямого бюджетного финансирования к страховой модели покрытия расходов на медикаментозную терапию.

Основой происходящих перемен в системе лекарственного обеспечения населения является Указ Президента Республики Узбекистан № УП-149 от 5 сентября 2023 года «О мерах по внедрению механизмов государственного медицинского страхования», который заложил основы внедрения системы реимбурсации ЛС и электронного рецепта. В январе 2022 года постановлением Президента № ПП-99 «О мерах по созданию эффективной системы развития производства и расширения промышленной кооперации в республике» в республике ввели нормы цифрового учета и механизм сравнения цен с мировыми аналогами (референтное ценообразование). Вслед за этим потребовались и правки в профильном законе «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности». В частности, государство пересмотрело саму роль аптек: теперь выдавать ЛП льготникам могут любые поставщики, прошедшие отбор, вне зависимости от того, частный это капитал или государственный.

В ходе изучения новой формы снабжения выделены следующие важные элементы:

- Применение модели денежного возмещения (реимбурсации). Путем внедрения данного механизма Государственный фонд медицинского страхования (ГФМС) получил полномочия плательщика. Фонд оплачивает не абстрактный товар на полке, а фактически выданный больному препарат. Заключение прямых договоров с частным сектором позволило демонополизировать рынок. Число точек

отпуска лекарств кратно возросло. Теперь пункты выдачи располагаются в шаговой доступности для населения.

- Контроль стоимости через референтные цены. Государством установлены жесткие ценовые границы. Сумма, перечисляемая Фондом аптеке, не может превышать предельную цену. Расчет этого показателя ведется на основе данных из стран со схожим уровнем экономики. Подобный фильтр защищает бюджет от искусственного завышения цен.
- Использование персональных данных и электронных рецептов. Связь между врачом, аптекой и пациентом теперь полностью оцифрована. Ключевым идентификатором служит персональный номер гражданина (ПИНФЛ). Выписка рецепта по международному названию вещества (МНН) исключает случаи дублирования льгот – это позволяет контролировать путь каждой упаковки ЛП в реальном времени.

4.2. Анализ Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС)

В соответствии с методическим подходом к оценке доступности ЛС для льготного обеспечения при амбулаторном лечении в РУз (глава 2) нами проведён анализ Государственного реестра ЛС РУз за 2023–2025 гг. с целью оценки физической доступности ЛП на фармацевтическом рынке. Данный анализ направлен на выявление количественных и структурных характеристик, зарегистрированных ЛС, включая число МНН, ТН, ЛФ и дозировок.

Результаты анализа позволили установить динамику общего количества зарегистрированных ЛС, а также определить соотношение ЛП отечественного и зарубежного производства, включая ЛС, произведённые в странах СНГ. Полученные данные характеризуют структуру фармацевтического рынка РУз и позволяют оценить тенденции изменения ассортимента зарегистрированных ЛС за исследуемый период.

Анализ структуры зарегистрированных ЛС Государственного реестра по группам производителей за 2023–2025 гг. показал существенные изменения как в общем количестве зарегистрированных ЛС, так и в их распределении по

происхождению. Общее количество зарегистрированных ЛС за исследуемый период сократилось с 10402 наименований в 2023 году до 8317 наименований в 2025 году. Наибольшую долю в структуре Государственного реестра на протяжении всего анализируемого периода занимали ЛС зарубежного производства. В 2023 году их доля составляла 53,0% (5515 наименований), в 2024 году – 53,2% (5202 наименования), а в 2025 году увеличилась до 55,0% (4553 наименования). Несмотря на снижение абсолютного количества зарегистрированных ЛС зарубежного производства, их удельный вес в структуре реестра возрос.

Доля ЛС отечественного производства в 2023 году составляла 31,4% (3268 наименований), в 2024 году снизилась до 30,7% (2999 наименований), однако к 2025 году увеличилась до 35,0% (2915 наименований). Полученные данные свидетельствуют об укреплении позиций отечественных производителей в структуре зарегистрированных ЛС РУз.

ЛС производства стран СНГ характеризовались наиболее выраженным снижением. Их доля уменьшилась с 15,6 % (1619 наименований) в 2023 году до 10,0% (849 наименований) в 2025 году.

Проведён анализ ассортимента ЛС, применяемых в терапии сахарного диабета и представленных на фармацевтическом рынке Республики Узбекистан. Классификация ЛС осуществлялась в соответствии с АТХ-системой, по коду А10 «Противодиабетические средства», включая подгруппы А10А (инсулины и их аналоги) и А10В (пероральные сахароснижающие препараты). Выбор данных подгрупп обусловлен их ключевой ролью в фармакотерапии сахарного диабета и их наибольшей представленностью в Государственном реестре ЛС.

Было установлено, что ЛС группы А10А (противодиабетические средства) занимают значительную долю в общем объёме зарегистрированных ЛС и включает 5 фармакотерапевтических подгрупп (А10АВ, А10АС, А10АD, А10АЕ и др.), представленных инсулинами короткого, среднего, длительного действия, а также комбинированными инсулинами. В данной подгруппе зарегистрировано более 15 МНН и свыше 30 ТН ЛП как отечественного производства, так и производителей

стран СНГ и дальнего зарубежья. Наибольшее разнообразие ТН отмечено среди инсулинов короткого и длительного действия, что свидетельствует о высокой потребности в данных ЛС.

Подгруппа A10B включает 7 фармакотерапевтических подгрупп, среди которых ведущую роль занимают бигуаниды (A10BA), производные сульфонилмочевины (A10BB), комбинированные пероральные ЛП (A10BD), ингибиторы DPP-4 (A10BH) и ингибиторы SGLT-2 (A10BK). В данной группе зарегистрировано более 25 МНН и свыше 150 ТН, при этом наибольшее количество ТН приходится на препараты метформина и его комбинации, что отражает их статус как ЛП первой линии в терапии сахарного диабета 2 типа.

Удельный вес МНН противодиабетических ЛП различных подгрупп в общем числе противодиабетических препаратов представлен на рисунке 17.

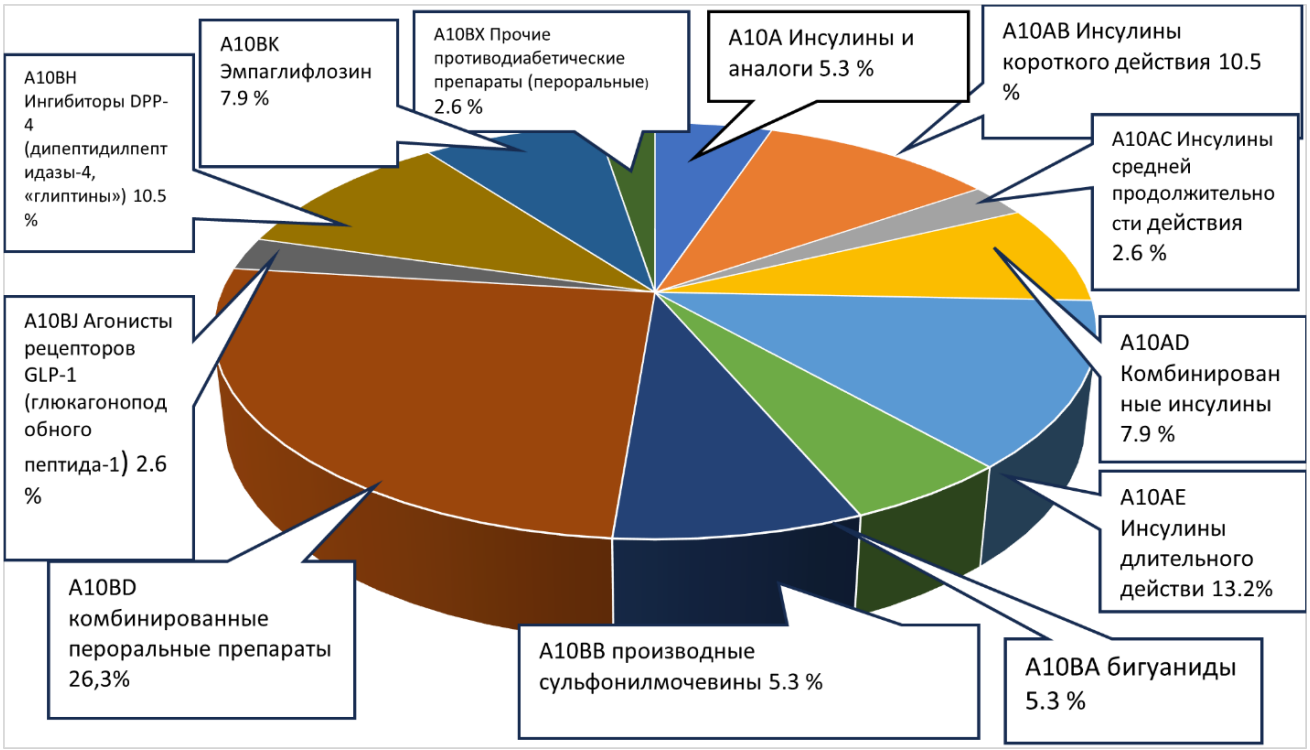


Рисунок 17 - Удельный вес МНН противодиабетических ЛП различных подгрупп в общем числе противодиабетических препаратов (в %)

Источник: составлено автором

В ходе анализа было выявлено, что наибольший удельный вес по количеству МНН имеют подгруппы: A10BD (комбинированные пероральные – 26,3%), A10AE (инсулины длительного действия – 13,2%), A10AB (инсулины короткого действия -10,5%) и A10BH (ингибиторы DPP-4 -10,5%).

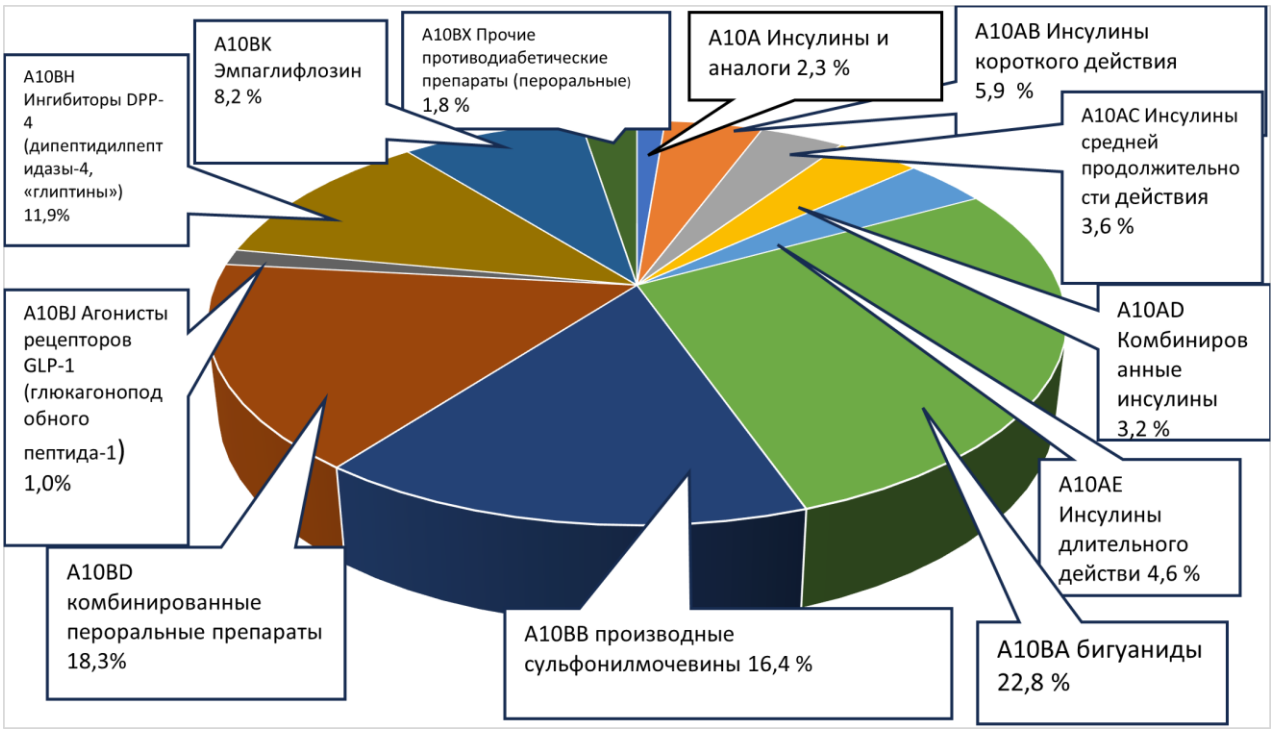


Рисунок 18 - Удельный вес ТН противодиабетических ЛП различных подгрупп в общем числе противодиабетических препаратов (в %)

Источник: составлено автором

Удельный вес ТН A10A и A10B противодиабетических ЛП различных подгрупп в общем числе противодиабетических препаратов (159 ТН) представлены на рисунке 18. При анализе ТН установлено, что наибольший удельный вес приходится на подгруппы: A10BA (бигуанидины-22,8%), A10BD (комбинированные пероральные-18,3%), A10BB (производные сульфонилмочевины – 16,4%), A10BH (ингибиторы DPP-4 -11,9%), а из инсулиновых препаратов с наибольшим удельным весом такие как A10AB (инсулины короткого действия -5,9%), A10AE (инсулины длительного действия -4,6%) и A10AC (инсулины средней продолжительности действия -3,6%).

Для дальнейшего изучения современного состояния рынка противодиабетических ЛП нами изучена география стран-производителей (таблица 15).

Таблица 15 - Анализ стран - производителей противодиабетических ЛП, зарегистрированных на территории РУз

№	Подгруппа	Страна	
		Узбекистан	**Иные страны**
1.	A10A Инсулины и аналоги	1	2
	A10AB Инсулины короткого действия	1	6
	A10AC Инсулины средней продолжительности действия	0	7
	A10AD Комбинированные инсулины	0	6
	A10AE Инсулины длительного действия	0	6
2.	A10BA бигуаниды	9	38
	A10BB производные сульфонилмочевины	8	31
	A10BD комбинированные пероральные препараты	3	34
	A10BJ Агонисты рецепторов GLP-1 (глюкагоноподобного пептида-1)	0	2
	A10BH Ингибиторы DPP-4 (дипептидилпептидазы-4, «глиптины»)	1	30
	A10BK Эмпаглифлозин	2	17
	A10BX Прочие противодиабетические препараты (пероральные)	1	3
ВСЕГО		**26**	**182**

Источник: составлено автором согласно данным Государственного перечня ЛС

Следует отметить, что в таблице отражено не количество ЛП, а число производителей, выпускающих соответствующие противодиабетические ЛП. При этом категория «иные страны» включает как производителей из различных зарубежных государств, так и нескольких производителей из одной страны.

В ходе исследования установлено, что производство противодиабетических ЛП на территории Республики Узбекистан представлено ограниченным количеством отечественных производителей, тогда как основная доля производителей относится к зарубежным странам. Так, в группе A10A «Инсулины и аналоги» выявлен 1 отечественный производитель и 2 зарубежных производителя. В подгруппе инсулинов короткого действия (A10AB)

зарегистрирован 1 отечественный производитель и 6 зарубежных производителей [5].

При анализе инсулинов средней продолжительности действия (A10AC), комбинированных инсулинов (A10AD) и инсулинов длительного действия (A10AE) установлено полное отсутствие отечественных производителей, тогда как количество зарубежных производителей составило 7, 6 и 6 соответственно. Это свидетельствует о высокой зависимости отечественного рынка инсулиновых препаратов от зарубежного производства.

Наибольшее количество производителей выявлено среди пероральных противодиабетических ЛП. В подгруппе бигуанидов (A10BA) зарегистрировано 9 отечественных и 38 зарубежных производителей. Производные сульфонилмочевины (A10BB) представлены 8 отечественными и 31 зарубежным производителем. В группе комбинированных пероральных противодиабетических ЛП (A10BD) зарегистрировано 3 отечественных и 34 зарубежных производителя.

Современные инновационные противодиабетические ЛП также преимущественно производятся зарубежными компаниями. Так, в группе агонистов рецепторов GLP-1 (A10BJ) отечественные производители отсутствуют полностью, при этом зарегистрировано 2 зарубежных производителя. В группе ингибиторов DPP-4 (A10BH) выявлен только 1 отечественный производитель против 30 зарубежных. Подгруппа препаратов эмпаглифлозина (A10BK) представлена 2 отечественными и 17 зарубежными производителями.

В целом установлено, что общее количество отечественных производителей противодиабетических ЛП составило 26, тогда как число зарубежных производителей достигло 182, что свидетельствуют о значительном преобладании зарубежных производителей на фармацевтическом рынке РУз, особенно в сегменте современных инсулиновых и инновационных сахароснижающих ЛП.

Анализ по подгруппам АТХ-классификации показывает, что в сегменте инсулинов и их аналогов (A10A, A10BJ) отечественное производство практически отсутствует, тогда как рынок полностью или преимущественно представлен зарубежными производителями. Вместе с тем наибольшая доля отечественных ЛП

отмечается в группе пероральных противодиабетических препаратов, в частности в подгруппах A10BA (бигуаниды), A10BB (производные сульфонилмочевины) и A10BD (комбинированные пероральные ЛП), что указывает на относительную развитость локального роизводства именно в данном сегменте.

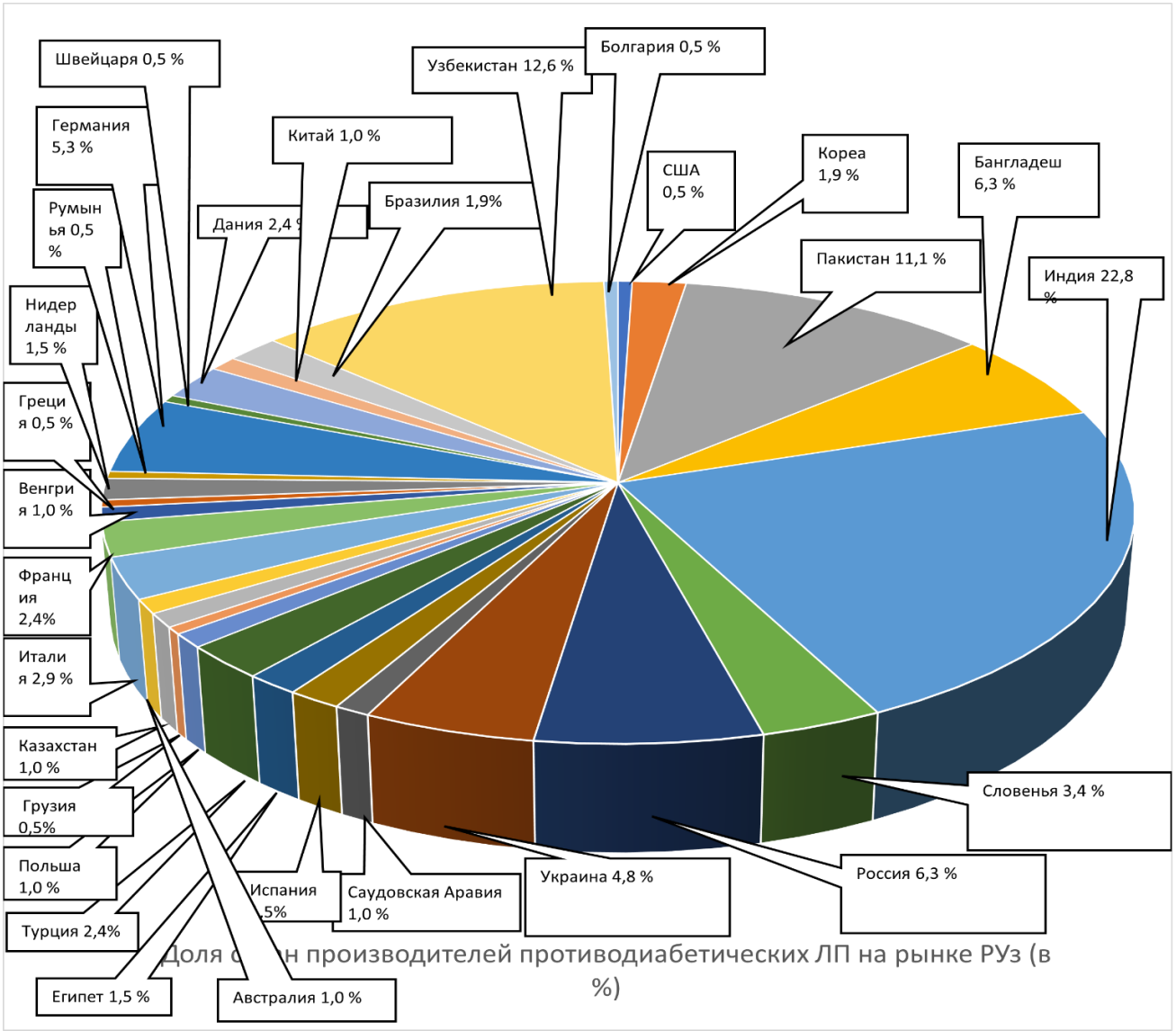


Рисунок 19 - Доля стран производителей противодиабетических ЛП на рынке РУз (в %)

Источник: составлено автором.

Таким образом, полученные данные подтверждают высокую импортозависимость рынка противодиабетических ЛП, особенно в инновационных и биотехнологически сложных группах, что подчёркивает актуальность политики

импортозамещения и стимулирования локального производства жизненно необходимых ЛС

Лидерами среди зарубежных стран по количеству производимых противодиабетических ЛП (рис.19), зарегистрированных на территории РУз, являются Индия (22,8%) и Пакистан - 11,1%. Существенную представленность также имеют производители из России (6,3%), Украины (4,8%) и Бангладеш (6,3%).

Среди стран Европейского союза наибольшая представленность отмечается у Германии (5,3%), Италии (2,9%), Франции (2,4%), Дании (2,4%), Словении (3,4%). Производители из Турции (2,4%) занимают умеренную долю рынка. Минимальная представленность противодиабетических ЛП характерна для таких стран, как Республика Корея (1,9%), Испания (1,5%), Нидерланды (1,5%), Египет (1,5%), Польша (1,0%), Саудовская Аравия (1,0%), Венгрия (1,0%), Казахстан (1,0%), Китай (1,0%) а также Грузия, Греция, США, Швейцария, Болгария и Румыния (по 0,5 %).

Вместе с тем следует отметить, что отечественное производство противодиабетических ЛП в Республике Узбекистан составляет 12,6% от общего числа зарегистрированных ТН, что свидетельствует о формировании и постепенном развитии национального сегмента фармацевтического производства. Наибольшая концентрация отечественных ЛС отмечается преимущественно в группе пероральных противодиабетических ЛП, тогда как сегмент инсулинов и их аналогов остаётся в значительной степени зависимым от импорта.

Таким образом, структура рынка противодиабетических ЛП Республики Узбекистан характеризуется доминированием зарубежных производителей при наличии значимого, но пока ограниченного по ассортименту, отечественного производства, что подчёркивает актуальность дальнейшего развития локализации и импортозамещения.

4.3 Анализ Перечня лекарственных средств, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении

В соответствии с разработанным нами методическим подходом была проведена оценка динамики регистрации льготных ЛС по категориям больных и странам производства (отечественное, СНГ, зарубежное). С этой целью проанализирован Государственный Реестр ЛС и изделий медицинского назначения и медицинской техники за период с 2020 по 2024 год (табл.16).

Таблица 16 — Динамика регистрации льготных лекарственных средств

Наименование категория больных	2020 год			2021 год			2022 год			2023 год			2024 год		
	отеч	СНГ	зарубб	отеч	СНГ	зарубб	отеч	СНГ	зарубб	отеч	СНГ	зарубб	отеч	СНГ	зарубб
Больные онкологий	-	9	10	-	11	12	1	12	6	1	12	6	1	11	6
Больные туберкулёзом	37	22	100	41	27	106	37	28	120	42	27	15	43	23	107
Больные лепрой	1	3	3	1	3	1	1	3	-	1	2	-	1	1	-
Эндокринологические заболевание	9	16	64	11	15	69	14	24	64	15	23	49	12	21	43
Для психических больных	17	33	33	21	32	32	21	29	30	21	23	25	19	25	21
Больные ВИЧ	1	5	14	3	5	26	2	2	22	2	4	13	1	3	10
Для людей перенёсших трансплантации органов	-	1	19	-	-	17	1	2	22	1	3	23	2	4	17
Одинокие пенсионеры, нуждающиеся в опеке, инвалиды вследствие войны 1941-1945 г. и ее участников, участники трудового фронта войны 1941-1945 г., участники аварии на Чернобыльской АЭС, участников боевых действий, воинская служба на ядерных полигонах и др. радиационно-ядерных объектах	355	239	374	428	232	367	441	222	359	435	189	325	426	189	308

	420	328	617	505	325	630	518	322	623	518	283	456	505	277	512
ИТОГ	**1365**			**1460**			**1463**			**1257**			**1294**		

Источник составлено автором на основе анализа Государственного реестра ЛС.

Как видно из таблицы, ЛС наркотического действия для больных с онкологией поступают из трех источников. В течение 5 лет для больных онкологией ЛП отечественного производства производились в единицах, что может свидетельствовать о нехватке или отсутствии производства специализированных ЛП в стране для данной группы. От стран СНГ в 2020-2021 годах в страну поступило 9-11 ЛП, а в 2022-2024 годах эти данные варьируются от 6 до 12 единиц. Препараты зарубежного производства составляли от 10 до 12 ЛП в разные годы, что может свидетельствовать о значительном импорте ЛП для больных онкологией. Для больных туберкулезом в 2020-2024гг. количество ЛП отечественного производства варьируется от 37 до 43. В 2020 году было зарегистрировано 22 ЛП, производимых в странах СНГ, в последующие годы количество ЛП увеличилось до 42 в 2023 году. Количество ЛС, поступающих из зарубежных стран, варьирует от 100 до 120, что указывает на большую зависимость от импорта. Лекарства для больных лепрой в перечне Льготных лекарственных средств (ЛЛС) составляет только один препарат Рифампицин, который также используется для лечения больных туберкулёзом. Всего в 2020 и 2021 году зарегистрировано по одному ЛП производство которых было отечественным. Количество ЛС отечественного производства для больных с эндокринологическими заболеваниями варьируется от 9 до 15. Лекарства из стран СНГ показывают большую стабильность - от 15 до 24 в различные годы. Импортированные ЛП для данной категории варьируют от 64 до 69. ЛП для лечения психических заболеваний в 2020г. зарегистрировано 17 ЛП, а в 2024г. - 19 ЛП, произведенных в Узбекистане. Препараты, поступающие из СНГ, варьируют от 33 до 32. Препараты зарубежного производства для этой категории пациентов варьируют от 21 до 30. Препараты отечественного производства для больных ВИЧ в основном составляют незначительное количество (от 1 до 3). ЛС из стран СНГ от

5 до 26, в 2022г. количество ЛС из зарубежных стран составило 13, что указывает на зависимость от международных поставок [12].



Рисунок 20 - Динамика регистрации ЛС по ключевым нозологиям (2020-2024 гг.)

Источник составлено автором

Препараты отечественного производства для пациентов, перенесших трансплантацию органов. до 2022г. не производилось, с 2023г. составляло несколько единиц. Лекарства, поступающие из СНГ и зарубежья, составляют 1-23. Препараты отечественного производства для категории одинокие пенсионеры и инвалиды (участники войны, ликвидаторы Чернобыльской аварии и другие категории) варьируют от 355 до 441 в разные годы по разным фармакотерапевтическим группам, ЛП из стран СНГ варьируют от 222 до 328, зарубежные ЛС - от 308 до 617.

Общее количество зарегистрированных ЛЛС для всех категорий в Узбекистане с 2020 по 2024 год варьируется от 1365 до 1463 единиц. В 2023 году наблюдается снижение до 1257 единиц, а в 2024 году — незначительное увеличение до 1294 единиц. На рисунке 21 отображена динамика доли зарегистрированных ЛЛС в период с 2020 по 2024 год, можно увидеть, что доля ЛЛС в общем количестве зарегистрированных ЛП колебалась в диапазоне от 12% до 14%.

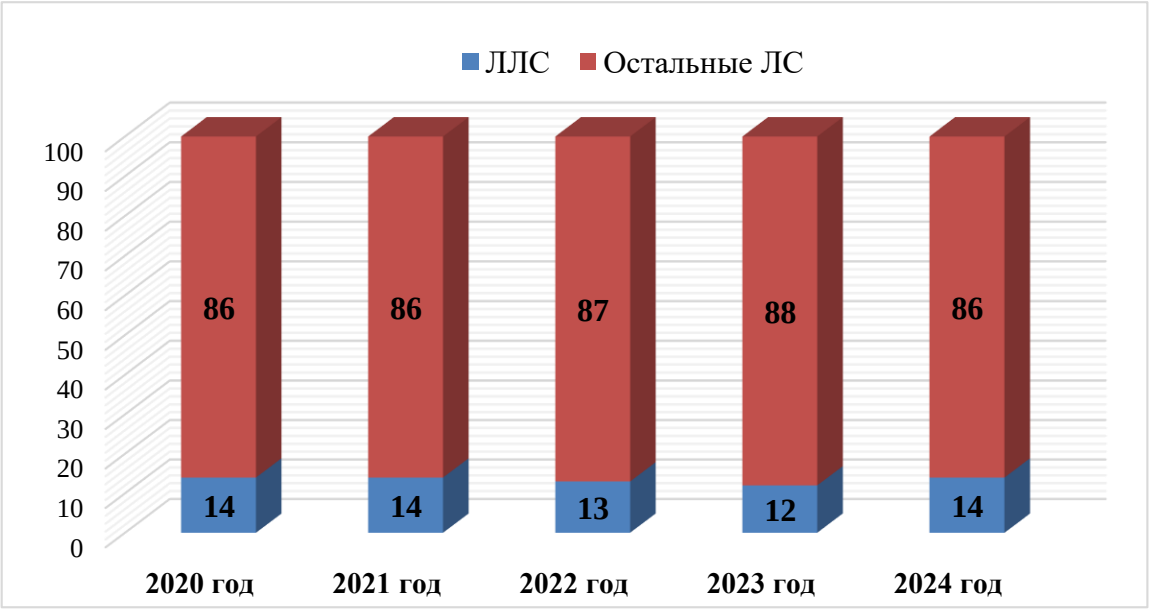


Рисунок 21 — Динамика регистрации ЛЛС в общей регистрации ЛС в Республике Узбекистан за 2020-2024 гг., %

Источник: составлено автором.

Далее представлены данные по источникам производства ЛЛС: отечественное производство, страны СНГ и зарубежные страны в табл.17. Из

таблицы видно, что ЛП отечественного производства в 2020 году составляли 31%, а к 2024 году увеличились до 39%, что указывает на успешную реализацию политики локализации производства. Доля ЛП из стран СНГ снизилась с 24% в 2020 году до 21% в 2024 году, что обусловлено внешнеполитическими и логистическими факторами. Доля ЛП из стран дальнего зарубежья составила 40% в 2024 году, что по-прежнему указывает на высокую импортозависимость в сегменте льготного обеспечения.

Таблица 17. Показатель регистрации ЛЛС по источникам производства

Год	Отечественные		СНГ		Зарубежные		Общий
	число, шт	%	число, шт	%	число, шт	%	
2020	420	31	328	24	617	45	1365
2021	505	35	325	22	630	43	1460
2022	518	35	322	22	623	43	1463
2023	518	41	283	23	456	36	1257
2024	505	39	277	21	512	40	1294

Источник: составлено автором

Далее нами проведен анализ зарегистрированных в Государственном реестре на 2024 год льготных ЛС по номенклатуре лекарственных форм. Анализ показал, что рынок РУз соответствует общемировым тенденциям [11]. Доминируют твердые ЛФ: наибольший удельный вес занимают таблетки (31,5%) и капсулы (8,0%). В совокупности с формой Порошок для приготовления... (8,4%), на твердые формы приходится почти половина всех зарегистрированных наименований. Значительная доля жидких форм: второе место по представленности занимают "Растворы" для различных путей введения (24%). Отдельно стоит отметить значительную долю (4,0%) лекарственного растительного сырья, что отражает традиции фитотерапии, а также государственную поддержку местных производителей. Мягкие ЛФ: данные формы, как мази (2,3%), гели (1,5%) и кремы (1,2%), занимают стандартную нишу ЛП дерматологии и местного применения.

В соответствии с проведенным анализом установлено, что за 2024 год в ЛФ составляют 9717 наименований, из них 5202 наименований ЛП из зарубежных

стран, 1830 наименований - из стран СНГ и 2685 наименований отечественного производства. Из них, наименьший удельный вес составляют: микросферы – 0,01%, а также повязки, пропитанные кремом – 0,01%. Наибольший удельный вес составляют: растворы – 24%, капсулы – 8%, порошки для приготовления – 8,4% и таблетки – 31,5%.

Далее были рассчитаны коэффициенты глубины ассортимента для льготных ЛП.

Коэффициент глубины $К_{Г:}$

$$К_Г = Г_{факт.} / Г_{баз.},$$

где: $Г_{факт.}$ – количество наименований ЛП в Перечне льготных ЛП (с учетом расфасовки и дозировки).

$Г_{баз.}$ – количество наименований ЛП исследуемой группы с учетом производителя и вида ЛФ, представленных в Государственном Реестре.

Анализ выявил расхождения между Перечнем льготных ЛП и Государственным реестром. По ряду позиций (например, Пиразинамид, Феназепам) коэффициент глубины превышает 100% (до 400%). Это связано с тем, что Перечень льготных ЛП (Постановление №2522) был составлен в 2013 году и не отражает современные тенденции регистрации новых дозировок и ЛФ. Наиболее критично выглядят препараты для лечения онкологии и обезболивания (Морфин — 20%), где выбор ЛФ ограничен.

В рамках нашего исследования особое внимание уделено препаратам для эндокринологии (Таблица 18).

Таблица 18 — Коэффициенты глубины ассортимента противодиабетических льготных ЛП

МНН	В списке льготных ЛП (формы/дозы)	В Реестре ЛС (формы/дозы)	Коэф. глубины, %
Аналоги инсулина	суспензия 100 МЕ/мл (картриджи, флаконы)	Растворы и суспензии 100 ЕД/мл, 300 ЕД/мл	75
Глибенкламид	таблетка 1,75 мг; 2,5 мг; 3,5 мг	Таблетки 1,75 мг, 3,5 мг, 5мг	100
Гликлазид	таблетка 30 мг; 60 мг; 80 мг	Таблетки 30 мг, 60 мг	150
Метформин	таблетка 500 мг; 850 мг; 1000 мг	Таблетки 500, 750, 850, 1000 мг	75

Источник: составлено автором.

Коэффициент глубины 100% и более оказался в группе пероральных сахароснижающих препаратов (Глибенкламид, Гликлазид), что говорит о полном соответствии выписываемых льготных дозировок реальному рынку. Однако по инсулинам и метформину (75%) наблюдается дефицит ЛФ по сравнению с тем разнообразием, которое предлагает коммерческий рынок.

В рамках исследования проведено сопоставление Перечня ЛС, предназначенных для льготного обеспечения, с Перечнем основных ЛС, утверждённого Министерством здравоохранения РУз в 2023 году. В результате установлено, что перечень льготных ЛС включает 108 наименований, из которых 82 ЛП входят в перечень ОЛС [110,6], что составляет 76% от общего числа.

Таблица 19 - Распределение зарегистрированных противодиабетических лекарственных средств (по подгруппам АТХ) по их наличию в Перечне основных лекарственных средств (ОЛС) Республики Узбекистан за 2023 г.

№	Подгруппа	ЛП входящие в Перечень ОЛП	
		Количество МНН, входящих в Перечень	Количество МНН не входящих в Перечень
1.	A10A Инсулины и аналоги	2	0
2.	A10AB Инсулины короткого действия	4	0
3.	A10AC Инсулины средней продолжительности действия	1	0
4.	A10AD Комбинированные инсулины	3	0
5.	A10AE Инсулины длительного действия	5	0
6.	A10BA бигуаниды	1	1
7.	A10BB производные сульфонилмочевины	2	1
8.	A10BD комбинированные пероральные препараты	1	9
9.	A10BJ Агонисты рецепторов GLP-1 (глюкагоноподобного пептида-1)	0	1
10.	A10BH Ингибиторы DPP-4 (дипептидилпептидазы-4, «глиптины»)	0	4
11.	A10BK Эмпаглифлозин	2	1
12.	A10BX Прочие противодиабетические препараты (пероральные)	0	1
ВСЕГО		**21**	**18**

Источник: составлено автором

Выявлено, что на сегодняшний день в Перечень основных лекарственных препаратов (ОЛП) включены 21 наименование МНН ЛП, зарегистрированных и применяемых для лечения сахарного диабета.

Таким образом, проведённый анализ показал, что перечень основных ЛП включает ограниченный, но базовый набор ЛС для лечения сахарного диабета, представленный преимущественно традиционными группами (инсулины и пероральные сахароснижающие препараты). В то же время установлена недостаточная представленность современных инновационных групп, что свидетельствует о необходимости дальнейшей актуализации перечня с учётом современных подходов к фармакотерапии данного заболевания.

4.4. Оценка соответствия стандартов лечения сахарного диабета порядку льготного лекарственного обеспечения

Сахарный диабет относится к числу социально значимых хронических заболеваний, требующих длительного наблюдения и системной терапии, поскольку его течение сопровождается высоким риском развития острых и хронических осложнений, влияющих на качество и продолжительность жизни пациентов. В этих условиях ключевое значение приобретает применение единых, доказательных и регламентированных подходов к ведению больных, закреплённых в стандартах оказания медицинской помощи. Настоящий раздел посвящён анализу стандартов лечения различных форм сахарного диабета и связанных с ним осложнений с указанием соответствующих кодов по МКБ-10 и целей медицинского вмешательства, что позволит последовательно рассмотреть особенности терапии в зависимости от клинической ситуации и уровня оказания помощи.

В соответствии с действующими стандартами медицинской помощи, ведение пациентов при сахарном диабете 2 типа (E11.9) направлено на достижение целевых уровней гликемии, снижение сердечно-сосудистых рисков и улучшение качества жизни. При развитии осложнений, включая диабетическую нейропатию при СД 1 и 2 типа (E10.4, E11.4) и диабетическую полинейропатию при СД 1 типа (E10.4), специализированная помощь ориентирована на замедление прогрессирования

поражения нервной системы, уменьшение болевого синдрома, улучшение микроциркуляции и восстановление нервной проводимости, что требует междисциплинарного наблюдения и, при необходимости, стационарного лечения (7–10 дней в зависимости от тяжести). Особое место занимает гестационный сахарный диабет (E24.4), при котором ключевой целью является контроль гликемии у беременных и профилактика осложнений у матери и плода; помощь оказывается в амбулаторных и/или стационарных условиях с момента установления диагноза до родоразрешения при динамическом наблюдении нескольких специалистов. Отдельно рассматривается синдром несахарного диабета (E23.6) как состояние, не относящееся к СД 1 или 2 типа, связанное с нарушением нейроэндокринной регуляции водно-солевого баланса. Для детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа (E10.9) стандарты специализированной помощи направлены на поддержание оптимальной гликемии, профилактику острых (кетоацидоз, гипогликемия) и хронических осложнений, обеспечение нормального роста и развития и повышение качества жизни семьи. При поражении почек (диабетическая нефропатия при СД 1 типа; E10.4) приоритетом является стабилизация углеводного обмена, замедление прогрессирования хронической почечной недостаточности и коррекция сопутствующих метаболических нарушений. Таким образом, стандарты лечения различных форм диабета и его осложнений обеспечивают единый алгоритм ведения пациентов, сочетающий контроль гликемии, профилактику осложнений и междисциплинарный подход в зависимости от клинической ситуации.

Для сопоставления клинико-организационных подходов и лекарственного обеспечения при различных формах сахарного диабета и его осложнениях представляется целесообразным систематизировать сведения о рекомендуемой фармакотерапии. Нами проведен анализ соответствия лекарственной терапии при различных формах сахарного диабета и его осложнениях, классифицированных по кодам МКБ-10, стандартам лечения и фактическому наличию ЛП в Перечне льготного лекарственного обеспечения. Такая структуризация позволяет оценить соответствие между клиническими рекомендациями и возможностями

гарантированного лекарственного обеспечения, выявить потенциальные разрывы в доступности терапии и обосновать направления совершенствования системы льготного лекарственного обеспечения.

Анализ данных показывает, что при сахарном диабете 2 типа без осложнений (E11.9) базовые инсулиновые препараты и аналоги инсулина (коды A10AC, A10AE, A10AB) включены в перечень льготного обеспечения, что соответствует действующим клиническим рекомендациям. Вместе с тем ряд сопутствующих фармакотерапевтических групп, применяемых для коррекции сердечно-сосудистых, липидных и гормональных нарушений (C02, C10, B01, A12, H03, G03), отсутствует в перечне ЛП, что может ограничивать комплексность терапии пациентов.

При лечении диабетической нейропатии (E10.4, E11.4) частично обеспечена доступность отдельных ЛП центрального действия (N03AF01, N06AA09, N02AX02), однако значительная часть ЛП, рекомендованных стандартами лечения (антидепрессанты и анальгетики других подгрупп), не включена в льготный перечень, что снижает возможности индивидуализации терапии и адекватного купирования болевого синдрома (Приложение 1).

Для сахарного диабета с острыми осложнениями (E10.0, E10.1, E11.0, E11.1) сохраняется льготное обеспечение инсулиновыми препаратами, тогда как большинство инфузионных растворов, электролитов, спазмолитиков и средств интенсивной терапии (B05, A12, A11 и др.) отсутствуют в перечне, что может создавать дополнительные финансовые барьеры при оказании экстренной медицинской помощи.

Анализ терапии гестационного сахарного диабета (E24.4) и сахарного диабета во время беременности (O24.0) показывает, что инсулиновые препараты входят в льготный список, однако вспомогательные средства и ЛП для коррекции сопутствующих состояний в большинстве случаев не обеспечиваются за счет льготного финансирования, что требует дополнительных затрат со стороны пациентов.

Особое внимание заслуживает ситуация с сахарным диабетом 1 типа у детей и подростков (E10.9), где обеспечена доступность базовой инсулинотерапии, однако такие ЛП, как глюкагон и отдельные вспомогательные средства, не включены в перечень льготных, несмотря на их клиническую значимость в неотложных состояниях.

При диабетической полинейропатии и сахарном диабете с поражением почек и множественными осложнениями (E13.4) наблюдается наиболее выраженный дефицит льготного лекарственного обеспечения: большинство рекомендованных ЛП отсутствует в перечне, за исключением отдельных позиций (A03AD02, H02AB06). Это свидетельствует о недостаточном охвате пациентов с тяжелыми и комбинированными формами заболевания.

4.5. Ретроспективный анализ реестра оформленных рецептов и отпущенных лекарственных препаратов при оказании амбулаторной помощи льготным категориям населения по регионам Республики Узбекиста

Для объективной оценки доступности фармакотерапии нами был проведен анализ выписанных и обеспеченных льготных рецептов. Исследование логически разделено на два этапа: первый этап включает анализ реестра оформленных рецептов в рамках амбулаторной помощи в целом по стране и регионам, а второй этап посвящен детальному изучению структуры отпуска ЛП на локальном уровне - на базе центральной аптеки в городе Ташкент.

На первом этапе проведён анализ темпов роста ЛЛО в амбулаторных условиях за 2021–2025гг. на основе данных реестров рецептов. Оценка выполнена по количеству выписанных и обеспеченных рецептов, а также по стоимости бесплатно отпущенных ЛП (тыс. сум) в разрезе региональных центральных аптек ООО и АО «Дори-Дармон» Республики Узбекистан и по основным категориям льготного лекарственного обеспечения. В целях комплексной оценки экономической нагрузки рассчитана средняя стоимость лекарственного обеспечения на один рецепт (*Необходимо отметить методологическое ограничение: расчет средних затрат на одно физическое лицо-льготника не*

представляется возможным ввиду специфики исходных данных (реестров АО «Дори-Дармон»). База данных фиксирует транзакционные факты отпуска ЛП (обеспеченные рецепты), при этом один пациент, имеющий хроническое заболевание (например, сахарный диабет), получает рецепты многократно в течение года. Таким образом, анализ стоимости одного рецепта является наиболее объективным и статистически достоверным критерием оценки стоимости терапии в текущих условиях агрегации данных).

Общие затраты на льготное лекарственное обеспечение представлены в таблице 20.

Таблица 20 - Количество рецептов и стоимость бесплатно отпущенных лекарственных средств через сеть социальных аптек АО «Дори-Дармон»

Показатель	**2021 г**	**2022 г**	**2023г**	**2024г**	**2025г**
Количество обеспеченных рецептов, шт.	503439	523915	468120	408716	414424
Общая стоимость отпущенных ЛС, тыс. сум	22853209	27087340	24980975	31755280	30504201
Эквивалент общей суммы в долл. США (USD)	2151206	2451564	2127308	2509505	2425589

Источник: составлено автором

Примечание: Расчет эквивалента в долларах США (USD) произведен автором строго на основе официальных среднегодовых обменных курсов Центрального банка Республики Узбекистан за соответствующие периоды: 2021 г. — 10623,44 сум/долл.; 2022 г. — 11049,00 сум/долл.; 2023 г. — 11743,00 сум/долл.; 2024 г. — 12654,00 сум/долл.; 2025 г. — 12576,00 сум/долл.

В абсолютных значениях общие затраты государства на льготное лекарственное обеспечение через социальные аптеки в 2021г. составили 22,85 млрд сум (или 2,15 млн долл. США). В период с 2022 по 2024гг. наблюдался выраженный рост финансовой нагрузки: несмотря на снижение общего числа отпущенных рецептов до 408,7 тыс. единиц, совокупные расходы к 2024г. достигли пикового значения в 31,75 млрд сум (2,51 млн долл. США). В 2025г. суммарные расходы скорректировались до 30,50 млрд сум. В пересчете на доллары составило 2,43 млн долл. США. Нивелирование фактора национальной инфляции за счет пересчета показателей в твердую валюту по среднегодовым курсам ЦБ РУз подтверждает: реальные (валютные) затраты на систему льготного обеспечения сохраняют устойчивый восходящий тренд по сравнению с базисным 2021 годом.

При этом в абсолютных цифрах по количеству рецептов в целом по системе наблюдается неравномерная динамика: базисный объем 2021г. составлял 503,4 тыс. рецептов. В 2022г. произошел пик обращаемости — 523,9 тыс. рецептов. Затем совокупный показатель демонстрирует снижение: 468,1 тыс. в 2023г. и 408,7 тыс. в 2024г. К 2025г. наметилась стабилизация на уровне 414,4 тыс. рецептов.

В таблице 21 приведены данные, предоставленные АО «Дори-Дармон» в разрезе областей РУз, которые позволяют сопоставить интенсивность ЛЛО по регионам и выявить территории с наиболее выраженными изменениями объёмов рецептурного отпуска.

Таблица 21 - Количество льготных рецептов в системе АО «Дори-Дармон» по регионам Республики Узбекистан (в абсолютных значениях, шт.)

№	Область / Подразделение	2021 год	2022 год	2023 год	2024 год	2025 год
1.	"Қоракалпак ДД" ООО	28935	28658	29466	25906	23173
2.	"Андижан ДД" АО	25419	23702	19952	22859	36213
3.	"Бухоро ДД" ООО	45626	51671	41862	36573	29399
4.	"Жиззах ДД" ООО	20893	19758	18377	18918	29280
5.	"Қашқадарё ДД" ООО	53874	56886	44756	36382	29645
6.	"Навоий ДД" АО	9734	9968	10590	16873	18310
7.	"Наманган ДД" АО	22427	22886	21376	13140	12737
8.	"Самарқанд ДД" АО	96843	110652	83406	57720	67345
9.	"Сурхондарё ДД" ООО	36260	34313	36360	42055	24655
10.	"Тошкент область.ДД" АО	39792	42006	38111	24136	28599
11.	"Фарғона ДД" АО	68421	67299	66271	55302	58900
12.	"Хоразм ДД" ООО	13368	15697	20691	27213	29893
13.	"Дори-Дармон" АОг. Ташкент	41847	40419	36902	31639	26275
Всего по РУз		**503439**	**523915**	**468120**	**408716**	**414424**

Источник: составлено автором

Анализ абсолютных показателей в региональном разрезе демонстрирует существенную территориальную дифференциацию в объемах ЛЛО. Традиционными лидерами по количеству выписываемых рецептов на протяжении всего исследуемого периода остаются Самаркандская (от 96,8 тыс. в 2021 г. до 67,3 тыс.) и Ферганская области (от 68,4 тыс. до 58,9 тыс. соответственно).

Вместе с тем, на фоне общего по республике снижения объемов обращаемости к 2025г., в отдельных регионах наблюдается обратная тенденция — устойчивый рост абсолютного числа льготных рецептов. В частности, в Хорезмской области количество выписанных рецептов увеличилось более чем в

два раза (с 13,3 тыс. в 2021 г. до 29,8 тыс. в 2025 г.), в Навоийской области показатель возрос с 9,7 тыс. до 18,3 тыс. единиц. Резкий скачок обращаемости в 2025г. зафиксирован в Андижанской (36,2 тыс.) и Джизакской (29,2 тыс.) областях.

Для более точной оценки интенсивности этих региональных изменений был рассчитан цепной темп роста количества льготных рецептов (Таблица 22).

Таблица 22 - Динамика назначений льготных рецептов АО «Дори-Дармон» в%)

№	Область / Подразделение	Темп роста в %			
		2022 г	2023 г	2024 г	2025 г
1.	"Қоракалпак ДД" ООО	99,04	102,82	87,91	89,45
2.	"Андижан ДД" АО	93,25	84,18	114,56	158,42
3.	"Бухоро ДД" ООО	113,25	81,02	87,36	80,38
4.	"Жиззах ДД" ООО	94,57	93,01	102,94	154,77
5.	"Қашқадарё ДД" ООО	105,59	78,67	81,29	81,48
6.	"Навоий ДД" АО	102,40	106,24	159,33	108,52
7.	"Наманган ДД" АО	102,05	93,40	61,47	96,93
8.	"Самарқанд ДД" АО	114,26	75,38	69,20	116,67
9.	"Сурхондарё ДД" ООО	94,63	105,96	115,66	58,62
10.	"Тошкент область.ДД"АО	105,56	90,72	63,33	118,49
11.	"Фарғона ДД"АО	98,36	98,47	83,45	110,50
12.	"Хоразм ДД" ООО	117,42	131,81	131,52	106,17
13.	"Дори-Дармон" АО город Ташкент	96,59	91,29	85,74	83,05
Среднее по РУз		**104,06**	**89,35**	**87,31**	**101,39**

Источник: составлено автором

Данные таблицы 22 подтверждают высокую волатильность и неравномерный характер динамики ЛЛО в региональном разрезе. В целом по системе АО «Дори-Дармон» пик обращаемости пришелся на 2022г. (темп роста 104,06%), после чего последовал общереспубликанский спад в 2023–2024гг. (89,35% и 87,31% соответственно), сменившийся стабилизацией к 2025г. (101,39%). При этом Хорезмская область демонстрировала стабильно высокие темпы прироста (131,81% и 131,52%). В 2024г. был зафиксирован резкий скачок количества рецептов в Навоийской области — 159,33% к уровню предыдущего года. В 2025г. наиболее выраженный всплеск интенсивности льготного обеспечения отмечается в Андижанской (158,42%) и Джизакской (154,77%) областях. Напротив, в Сурхандарьинской области в этот же период произошел резкий спад объема

выданных рецептов почти вдвое (темп роста составил всего 58,62%), аналогичное резкое снижение наблюдалось в 2024г. в Наманганской (61,47%) и Ташкентской (63,33%) областях.

Подобная динамика свидетельствует о том, что объемы отпущенных ЛП в отдельных регионах зависят от объективной эпидемиологической потребности населения, неравномерного распределения квот, периодичности выделения целевого регионального финансирования, а также от разовых программ закупки ЛП конкретных областей.

Для углублённой оценки системы льготного обеспечения представлен анализ стоимостных показателей в региональном разрезе. В таблице 23 приведены абсолютные данные по стоимости отпущенных ЛП, на основе которых был рассчитан темп роста финансовых затрат (Таблица 23).

Таблица 23 - Динамика стоимости бесплатно отпущенных льготных лекарственных средств по регионам (в абсолютных значениях, тыс. сум)

№	Область/ Подразделение	2021 г	2022 г	2023 г	2024 г	2025 г
1.	"Қоракалпак ДД" ООО	967596,8	970951,3	1058164,7	1296742,0	426205,4
2.	"Андижан ДД" АО	918833,4	1050981,9	1003285,5	1059043,0	1841413,5
3.	"Бухоро ДД" ООО	1838145,5	2364153,4	2069990,1	2159560,0	1834150,3
4.	"Жиззах ДД" ООО	779614,4	877889,3	726729,5	1789373,0	2846108,0
5.	"Қашқадарё ДД" ООО	1776735,0	2198220,0	2013761,0	2097069,0	2465071,0
6.	"Навоий ДД" АО	455027,0	510042,4	464103,1	506773,0	900000,0
7.	"Наманган ДД" АО	904035,2	947580,9	917237,0	990786,0	1034956,0
8.	"Самарқанд ДД" АО	6861026,0	8755329,0	6955790,0	5162 026,0	3770350,0
9.	"Сурхондарё ДД" ООО	1649035,3	1904703,4	190677,8	2541 211,0	1189850,0
10.	"Тошкент область.ДД" АО	1565264,4	1620 787,8	1725985,8	1589 210,0	2162169,7
11.	"Фарғона ДД" АО	2617179,6	2914 063,2	3233079,5	3075536,0	3120624,2
12.	"Хоразм ДД" ООО	675474,6	870612,6	994911,2	7434595,0	7261778,0
13.	"Дори-Дармон" АО г. Ташкент	1845242,4	2102024,9	2027259,8	2053356,4	1651524,6
Всего по РУз		22853209	27087340	24980975	31755280	30504201

Источник: составлено автором

Анализ показывает, что в 2021–2022гг. безоговорочным лидером по объему финансирования была Самаркандская область (от 6,8 до 8,7 млрд сум), к 2024–

2025гг. ее затраты снизились почти вдвое (до 3,7 млрд сум). Напротив, рост абсолютных денежных затрат зафиксирован в Хорезмской области, где общая сумма льготного обеспечения увеличилась с 0,99 млрд сум в 2023г. до 7,43 млрд сум в 2024г. Стабильно высокий уровень государственного финансирования также сохраняется в Ферганской области (более 3 млрд сум ежегодно). Анализ стоимостных показателей выявляет эффект дисбаланса между физическим количеством выписанных рецептов и их стоимостью. Как видно из представленных данных, аномальным с точки зрения нагрузки на бюджет стал 2024 год: на фоне резкого снижения количества рецептов общая сумма затрат государства достигла абсолютного максимума — 31,75 млрд сум (эквивалентно 2,51 млн USD). Однако рассчитанный нами коэффициент корреляции Спирмена по данным 2024г. (ρ = 0,841, $p < 0,001$) и 2025 г показал сильную (0,886, $p < 0,001$) корреляционную зависимость между количеством рецептов и их стоимостью.

Для детального понимания интенсивности и скорости этих финансовых сдвигов был рассчитан темп роста стоимости льготных рецептов по каждому региону (Таблица 24).

Таблица 24 - Темп роста стоимости льготных рецептов АО «Дори-Дармон» (по регионам в %)

№	Область/ Подразделение	Темп роста в %			
		2022 г	2023 г	2024 г	2025 г
1	"Қоракалпак ДД" ООО	100,34	108,98	122,55	32,87
2	"Андижан ДД" АО	114,38	95,46	105,56	173,87
3	"Бухоро ДД" ООО	128,62	87,56	104,33	84,93
4	"Жиззах ДД" ООО	112,60	82,78	246,22	159,07
5	"Қашқадарё ДД" ООО	123,72	91,61	104,12	117,55
6	"Навоий ДД" АО	112,09	90,99	109,19	177,59
7	"Наманган ДД" АО	104,82	96,79	108,02	104,46
8	"Самарқанд ДД" АО	127,61	79,45	74,21	73,04
9	"Сурхондарё ДД" ООО	115,50	94,01	141,91	46,82
10	"Тошкент область.ДД"АО	103,55	106,49	92,07	136,05
11	"Фарғона ДД"АО	111,34	110,95	95,13	101,46
12	"Хоразм ДД" ООО	128,88	114,27	747,26	97,67
13	"Дори-Дармон" АО г.Ташкент	113,91	96,44	101,29	80,43
В среднем по РУз		118,53	92,22	127,12	96,06

Источник: составлено авторами по официальным данным АО «Дори-Дармон»

Рассчитанный нами коэффициент ранговой корреляции Спирмена ≈ 0,577 показал наличие умеренной положительной связи**:** чем выше темп роста количества рецептов, тем в целом выше и темп роста стоимости рецептов.

Выявленные нами резкие финансовые скачки обусловлены разовыми крупными закупками дорогостоящих ЛП в отдельных регионах, что требует дополнительного изучения показателя - стоимости одного рецепта (табл.25).

Таблица 25 - Динамика стоимости одного рецепта по областям (тыс. сум / эквивалент в USD)

№	Область/ Подразделение	2021 г	2022 г	2023 г	2024 г	2025 г	Темп роста 2025 к 2024, %
1	"Қоракалпак ДД" ООО	33,44 ($3,15)	33,88 ($3,07)	35,91 ($3,06)	50,06 ($3,96)	18,39 ($1,46)	36,74
2	"Андижан ДД" АО	36,15 ($3,40)	44,34 ($4,01)	50,28 ($4,28)	46,33 ($3,66)	50,85 ($4,04)	109,76
3	"Бухоро ДД" ООО	40,29 ($3,79)	45,75 ($4,14)	49,45 ($4,21)	59,05 ($4,67)	62,39 ($4,96)	105,66
4	"Жиззах ДД" ООО	37,31 ($3,51)	44,43 ($4,02)	39,55 ($3,37)	94,59 ($7,48)	97,20 ($7,73)	102,76
5	"Қашқадарё ДД" ООО	32,98 ($3,10)	38,64 ($3,50)	44,99 ($3,83)	57,64 ($4,56)	83,15 ($6,61)	144,26
6	"Навоий ДД" АО	46,75 ($4,40)	51,17 ($4,63)	43,82 ($3,73)	30,03 ($2,37)	49,15 ($3,91)	163,67
7	"Наманган ДД" АО	40,31 ($3,79)	41,40 ($3,75)	42,91 ($3,65)	75,40 ($5,96)	81,26 ($6,46)	107,77
8	"Самарқанд ДД" АО	70,85 ($6,67)	79,12 ($7,16)	83,39 ($7,10)	89,43 ($7,07)	55,98 ($4,45)	62,60
9	"Сурхондарё ДД" ООО	45,48 ($4,28)	55,51 ($5,02)	49,25 ($4,19)	60,43 ($4,78)	48,26 ($3,84)	79,86
10	"Тошкент область.ДД" АО	39,34 ($3,70)	38,58 ($3,49)	45,29 ($3,86)	65,84 ($5,20)	75,60 ($6,01)	114,82
11	"Фарғона ДД" АО	38,25 ($3,60)	43,30 ($3,92)	48,79 ($4,15)	55,61 ($4,39)	52,98 ($4,21)	95,27
12	"Хоразм ДД" ООО	50,53 ($4,76)	55,46 ($5,02)	48,08 ($4,09)	273,20 ($21,59)	242,93 ($19,32)	88,92
13	"Дори-Дармон" АО г. Ташкент	44,09 ($4,15)	52,00 ($4,71)	54,94 ($4,68)	64,90 ($5,13)	62,86 ($5,00)	96,86
В среднем по РУ:		45,39 ($4,27)	51,70 ($4,68)	53,36 ($4,54)	77,70 ($6,14)	73,61 ($5,85)	94,74

Источник: составлено автором

Примечание: значения в скобках указаны в USD по среднегодовому курсу ЦБ РУз

Анализ таблицы 25 показывает, что стоимость одного льготного рецепта в целом по РУз стабильно растет; в 2021г. - 45,39 тыс. сум ($4,27), 2024г. - 77,70 тыс.

сум ($6,14), в 2025г. - 73,61 тыс. сум ($5,85), хотя темп роста стоимости в 2025г. снизился по сравнению с 2024г и составил 94,74%. Общее количество выписанных рецептов при этом падает, что свидетельствует о том, что система ЛО переходит на современные дорогие ЛП. При этом в Хорезмской области в 2025 г. стоимость 1 рецепта достигла 242,93 тыс. сум ($19,32). Схожую вариабельность демонстрируют и другие территории. На один рецепт в Джизакской области уходит в среднем $7,73. Кашкадарьинская и Наманганская области показали отметки $6,61 и $6,46 соответственно. Обратную картину показывает Республика Каракалпакстан - расходы на один рецепт составили всего $1,46. Самаркандская область держит уровень $4,45. Возможно в этих регионах используются исключительно дешевые ЛП базовой терапии.

Причины изменения стоимости льготного обеспечения прослеживаются при анализе соотношения количества рецептов и стоимости отпущенных ЛС по основным нозологическим группам заболеваний (табл.26).

Таблица 26 – Соотношение количества рецептов и стоимости отпущенных ЛС по основным категориям заболеваний

Категория заболеваний	**2021 год (рецепты/ тыс. сум)**	**2022 год (рецепты/ тыс. сум)**	**2023 год (рецепты/ тыс. сум)**	**2024 год (рецепты/ тыс. сум)**	**2025 год (рецепты/ тыс. сум)**
Пациенты с онкологией	70463/ 5220458	67904/ 5320962	66470/ 5566815	74813/ 7585490	79255/ 8177294
Эндокринология (вкл. сах. диабет)	179807/ 10442891	199840 / 13060 986	145264 / 10099 357	156056 / 10918 217	165099/ 9991272
Психические заболевания	233131/ 6112 923	240067/ 7142 041	245460/ 8241195	150401/ 5402 604	141669/ 4657513
ВИЧ-инфицированные	32/3234	1173/69215	42/2855	202/4292	1689/76339
Плановый гемодиализ	Нет данных	Нет данных	Нет данных	11140/ 6705279	17491/ 6864966

Источник: составлено автором

Основу финансовых затрат льготного сегмента исторически составляют эндокринологические заболевания. Терапия пациентов данной группы в 2021 году потребовала 10,44 млрд сум. Показатель равен почти 45,0% совокупного бюджета. Больные психиатрического профиля продемонстрировали более высокую частоту обращений. Количество выписанных им рецептов составило 233 тыс. единиц. Диабетологический сегмент показал 179 тыс. единиц. Суммарные расходы на

психиатрию при этом остановились на уровне 6,11 млрд сум. Лечение сахарного диабета характеризуется кратно большей капиталоемкостью. Вектор затрат изменил направление к 2025г. Финансирование эндокринологии стабилизировалось в пределах 9,99 млрд сум. Доминирующие позиции в структуре государственного финансирования заняли узкопрофильные клинические направления. Затраты на онкологию достигли 8,17 млрд сум. Проведение планового гемодиализа потребовало 6,86 млрд сум.

Динамика средней стоимости одного рецепта отражает итоговую экономическую нагрузку. Соответствующие расчеты в разрезе ключевых нозологий приведены в таблице 27.

Таблица 27 - Динамика стоимости 1 рецепта по ключевым заболеваниям (тыс. сум / эквивалент в USD)

Список заболеваний	**2021 год**	**2022 год**	**2023 год**	**2024 год**	**2025 год**	**Темп роста 2025 к 2024, %**
Пациенты с онкологией	74,09 ($6,97)	78,36 ($7,09)	83,75 ($7,13)	101,39 ($8,01)	103,18 ($8,20)	101,76
Эндокринология (сах. диабет)	58,08 ($5,47)	65,36 ($5,92)	69,52 ($5,92)	69,96 ($5,53)	60,52 ($4,81)	86,51
Психические заболевания	26,22 ($2,47)	29,75 ($2,69)	33,57 ($2,86)	35,92 ($2,84)	32,88 ($2,61)	91,54
Плановый гемодиализ	-	-	-	601,91 ($47,57)	392,48 ($31,21)	65,21
Одинокие пенсионеры	41,91 ($3,94)	99,97 ($9,05)	74,83 ($6,37)	52,66 ($4,16)	94,42 ($7,51)	179,30
В среднем по системе:	45,39 ($4,27)	51,70 ($4,68)	53,36 ($4,54)	77,69 ($6,14)	73,61 ($5,85)	94,75

Источник: составлено автором

Для объективной оценки стоимости льготного обеспечения целесообразно сопоставить средний чек по всей системе с показателями самой массовой категории - больными эндокринологическими заболеваниями (где подавляющую долю составляет сахарный диабет). Исходя из данных, стоимость одного рецепта по эндокринологии превышает средний чек в целом по системе.

В 2021г. средний рецепт на препараты для лечения сахарного диабета обходился государству в 58,08 тыс. сум ($5,47), что на 28% дороже среднего чека по всей льготной системе (45,39 тыс. сум или $4,27). Однако к 2025г. тенденция изменилась. Средний чек по эндокринологии скорректировался до 60,52 тыс. сум

($4,81), оказавшись ниже среднереспубликанского показателя в 73,61 тыс. сум ($5,85). Это сопоставление доказывает, что удорожание льготного обеспечения в 2024–2025гг. произошло посредством включения в программу высокозатратных нозологий: онкологии (103,18 тыс. сум/$8,20 за рецепт) и планового гемодиализа (до 601,91 тыс. сум/$47,57 за рецепт).

Изменения бюджета зависят непосредственно от колебаний стоимости терапии отдельных заболеваний. Препараты базовой терапии требуют минимальных затрат. Средняя цена одного рецепта для эндокринологических больных варьирует в диапазоне 58–69 тыс. сум ($4,8–5,9). Показатель для психиатрических пациентов составляет 26–35 тыс. сум ($2,4–2,8). Стабильный рост стоимости лечения демонстрирует онкологический сегмент. Затраты на один выписанный рецепт возросли с 74,09 тыс. сум ($6,97) в 2021 году до 103,18 тыс. сум ($8,20) к 2025 году. Максимальная финансовая нагрузка бюджета формируется узкими клиническими группами. Затраты на один рецепт планового гемодиализа в 2024 году равнялись 601,91 тыс. сум ($47,56). Медикаментозное обеспечение лиц после трансплантации органов в 2022 году обходилось в 358,07 тыс. сум ($32,40) за единицу.

В рамках исследования оценки фактической обеспеченности пациентов на амбулаторном этапе был проведен ретроспективный анализ отпуска противодиабетических ЛП. В качестве базы исследования целенаправленно выбрана центральная аптека сети АО «Дори-Дармон» в городе Ташкенте. Выделение столицы в качестве основного объекта локального анализа обусловлено рядом объективных медико-демографических и инфраструктурных факторов. Во-первых, как показал проведенный нами эпидемиологический анализ (глава 3), Ташкент является зоной экстремально высокого эпидемиологического риска: уровень заболеваемости здесь достигает 142803,9 случая на 100 тыс. населения, а интенсивный показатель по сахарному диабету стабильно превышает 2,58 случаев на 1000 населения (максимум по республике). Во-вторых, Ташкент обладает наиболее плотной аптечной инфраструктурой (2043 аптеки, минимальная нагрузка

— 1524 чел. на одну аптеку), а центральная аптека АО «Дори-Дармон» исторически агрегирует самый масштабный и репрезентативный поток льготных рецептов.

В таблице 28 представлена динамика отпуска бесплатных противодиабетических ЛП за период 2022–2025 гг.

Таблица 28 - Показатели деятельности центральной аптеки АО «Дори-Дармон» г. Ташкент

Год	Общее количество отпущенных ЛП по программе ЛЛО (шт)	Количество отпущенных ЛП для больных с сахарным диабетом (шт)	Общая стоимость отпущенных ЛП для больных с сахарным диабетом (млн. сум.)	Общая сумма отпущенных ЛП для больных с сахарным диабетом (в долл. США)	Средняя стоимость 1 рецепта (тыс.сум.)	Средняя стоимость 1 рецепта (в долл. США)
2022	2083	1401	96841750	7957,41	69123,30	5,68
2023	1612	826	59102350	4856,40	71552,48	5,88
2024	618	483	46661750	3834,16	96608,18	7,93
2025	399	149	16154470	1327,40	108419,26	8,91

Источник: составлено автором

Анализ эмпирических данных позволил проследить не только количественную динамику обслуженных льготных рецептов, но и качественную трансформацию структуры назначаемой фармакотерапии.

В 2022г. общее количество обслуженных по программе льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО) рецептов составило 2083 шт., из которых 1401 рецепт (67,3%), был выписан пациентам с сахарным диабетом. Общая сумма отпущенных противодиабетических ЛП составила 96,8 млн сум (экв. 8 764 USD). В этот период основу терапии составляли традиционные ЛП базового уровня, а наибольший удельный вес в стоимостном выражении заняли современные пероральные ЛП и импортные инсулины: Сиофор 1000 №60 (15,6%) и Лантус №5 ручка (9,8%). Средняя стоимость одного рецепта составила 69,1 тыс. сум.

В 2023 г. отмечено общее снижение количества рецептов до 1612 шт., из них для больных сахарным диабетом — 826 шт. Общая сумма затрат закономерно снизилась до 59,1 млн сум (экв. 5 046 USD). Снижение количества рецептов в конце 2023г. было обусловлено временным дефицитом ряда ЛП в дистрибьюторской сети. В структуре расходов лидерство удержали Метформин 1000 №30 (12,3%) и

Сиофор 1000 №60 (9,3%). При этом, несмотря на падение абсолютных объемов отпуска, средняя стоимость одного рецепта возросла до 71,6 тыс. сум. В 2024г. произошел кардинальный структурный сдвиг: количество льготных рецептов сократилось до 618 шт. (в том числе 483 рецепта для пациентов с диабетом). Общая стоимость отпущенных ЛП составила 46,6 млн сум (экв. 3687 USD). Лидерами по затратам стали Диабетон MR 60 мг (12,9%) и высокотехнологичный инсулин Лантус №5 (12,7%). Средняя стоимость 1 рецепта достигла 96,6 тыс. сум. Указанное обрушение объемов отпуска напрямую связано с началом масштабного внедрения механизма реимбурсации в Ташкенте. Произошло перераспределение потока пациентов: диабетики получили возможность получать льготные ЛП в социальных аптеках непосредственно при своих семейных поликлиниках. В 2025г. данная тенденция достигла своего пика: было обслужено всего 399 рецептов (из них 149 для пациентов с диабетом) на общую сумму 16,1 млн сум (экв. 1284 USD). Больше всего средств было выделено на Диабетон MR 60 мг (30,5%) и Новапирид 100 ЕД (17,0%). При этом средний чек достиг исторического максимума за анализируемый период — 108,4 тыс. сум.

Таким образом, проведенный анализ показал глубокую системную трансформацию льготного отпуска и за период 2022–2025 гг. общее количество отпущенных рецептов (в центральной аптеке) сократилось в 5,2 раза, а рецептов конкретно для больных сахарным диабетом — в 9,4 раза стало меньше (доля диабетиков в структуре отпуска упала с 67,3% до 37,3%). Параллельно с этим средняя стоимость 1-го рецепта выросла на 56,8% (с 69,1 до 108,4 тыс. сум).

Выявленная динамика полностью объясняется внедрением системы реимбурсации, которая децентрализовала выдачу базовых ЛП, оставив на долю центральной аптеки обеспечение наиболее сложных, клинически эффективных, дорогостоящих импортных ЛП (преимущественно современных инсулинов в шприц-ручках).

Заключение по главе 4

Проведен анализ системы ЛЛО в РУз и ее трансформации, связанной с внедрением механизма реимбурсации и децентрализацией отпуска ЛС. В результате анализа ГРЛС за 2023–2025гг. с целью оценки фактической доступности ЛП на фармацевтическом рынке, установлено, что его структура характеризовалась преобладанием ЛП зарубежного производства, постепенным увеличением удельного веса отечественных ЛП и существенным сокращением доли ЛП, произведённых в странах СНГ. Анализ зарегистрированных ЛП, применяемых в терапии сахарного диабета по группам АТХ классификации, показал, что ЛП группы А10 (противодиабетические средства) занимают значительную долю в общем объёме зарегистрированных ЛП и включает 5 фармакотерапевтические подгрупп (A10AB, A10AC, A10AD, A10AE и др.), представленных инсулинами короткого, среднего, длительного действия, а также комбинированными инсулинами преимущественно зарубежного производства. Проведен анализ Перечня ЛС, предназначенных для ЛЛО (по источникам производства, видам ЛФ, коэффициентам глубины, по наличию в перечне основных ЛС). Сопоставление клинических рекомендаций с Перечнем льготных ЛП выявило недостаточную представленность отдельных ЛС, необходимых для терапии осложнений сахарного диабета. В результате регионального ретроспективного (2023-2025гг) анализа реестра оформленных рецептов и отпущенных ЛП при оказании амбулаторной помощи льготным категориям населения по 13 регионам Республики Узбекистан выявлено снижение количества выписанных и обеспеченных рецептов, увеличение стоимости бесплатно отпущенных ЛП, увеличение средней стоимости 1 рецепта в целом по РУз и резкие финансовые скачки в отдельных регионах. Анализ отпуска льготных ЛС в центральной аптеке «Дори-Дармон» Ташкента показал сокращение количества обслуженных льготных рецептов в 2022–2025 гг. в 5,2 раза, а рецептов для пациентов с сахарным диабетом - в 9,4 раза, что обусловлено внедрением системы реимбурсации.

ГЛАВА 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СИСТЕМОЙ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ЛС ЛЬГОТНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН

С целью получения объективной оценки функционирования системы ЛЛО было организовано социологическое исследование с использованием метода анкетирования. В исследовании приняли участие фармацевтические работники АО «Дори-Дармон» РУз, непосредственно задействованные в отпуске льготных ЛС, врачи-эндокринологи, осуществляющие их назначение, а также пациенты с сахарным диабетом, получающие лечение в амбулаторных условиях.

На первом этапе проведено анкетирование фармацевтических работников, направленное на изучение практических аспектов реализации ЛЛО на уровне аптечных организаций. В ходе опроса оценивались наличие и ассортимент льготных ЛП, своевременность и регулярность их поставок, возникающие логистические и организационные проблемы, особенности отпуска ЛП по льготным рецептам, а также взаимодействие аптечных организаций с медицинскими учреждениями и пациентами (приложение 7).

На втором этапе проведено анкетирование врачей-эндокринологов, позволившее оценить практику назначения ЛП в рамках льготного обеспечения. Особое внимание уделялось доступности необходимых ЛП для пациентов, возникающим сложностям при назначении и оформлении льготных рецептов, соответствию имеющегося ассортимента потребностям пациентов, а также мнению специалистов об эффективности действующей системы ЛЛО и направлениях ее совершенствования.

На третьем этапе проведён опрос пациентов с сахарным диабетом, направленный на оценку ЛЛО с позиции непосредственных получателей лекарственной помощи. Изучались удовлетворённость доступностью, своевременностью и полнотой лекарственного обеспечения, регулярность

получения необходимых ЛП, удобство получения ЛП по льготным рецептам и необходимость их самостоятельного приобретения.

5.1. Социологическое исследование удовлетворенности фармацевтических работников

В целях оценки функционирования системы ЛЛО на амбулаторном этапе был проведён социологический опрос 151 фармацевтического работника, задействованного в отпуске ЛП на льготной основе в аптечных организациях АО «Дори-Дармон» в различных регионах РУз. В ходе опроса особое внимание уделялось вопросам наличия ЛП в аптечной сети, частоты перебоев в обеспечении, а также влияния данных факторов на своевременность и непрерывность фармакотерапии. Кроме того, оценивалась информированность фармацевтических работников о механизмах ЛЛО.

Социально-демографическая характеристика респондентов показала преобладание женщин -71,0%. Наиболее представленной возрастной группой являлись специалисты в возрасте 31–40 лет (31,8%), далее следовали респонденты 41–50 лет (24,5%), до 30 лет (22,5%), 51–60 лет (16,6%) и старше 60 лет (4,6%).

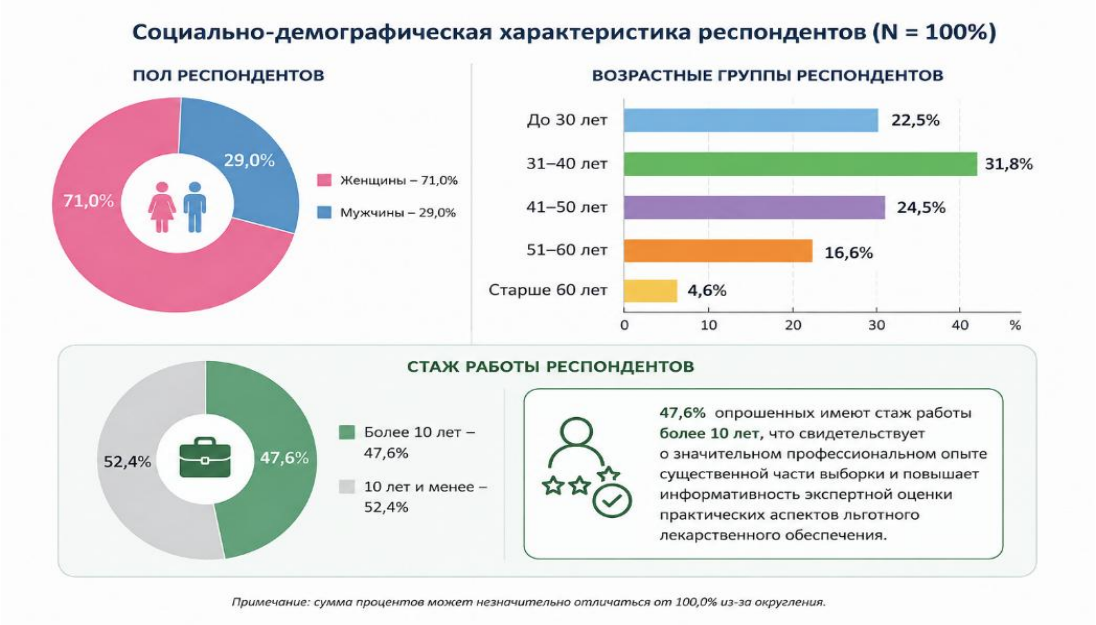


Рисунок 22 — Социально-демографическая характеристика респондентов по полу, возрасту и стажу работы

Источник: составлено авторами

При этом 47,6% опрошенных имели стаж работы более 10 лет, что свидетельствует о значительном профессиональном опыте и повышает информативность экспертной оценки практических аспектов ЛЛО (рис. 22).

В профессиональной структуре респондентов преобладали фармацевты (54,3%), заведующие аптеками - 29,1%, провизоры — 14,6%, заместители заведующих — 2,0%. Большинство специалистов работали в государственных аптечных организациях (71,5%), ещё 25,8% — в аптечных пунктах при медицинских организациях. Территориальная структура выборки охватывала г. Ташкент, областные центры, районы и сельскую местность (рис. 23), что позволило получить сведения о функционировании системы льготного лекарственного обеспечения на различных административно-территориальных уровнях.

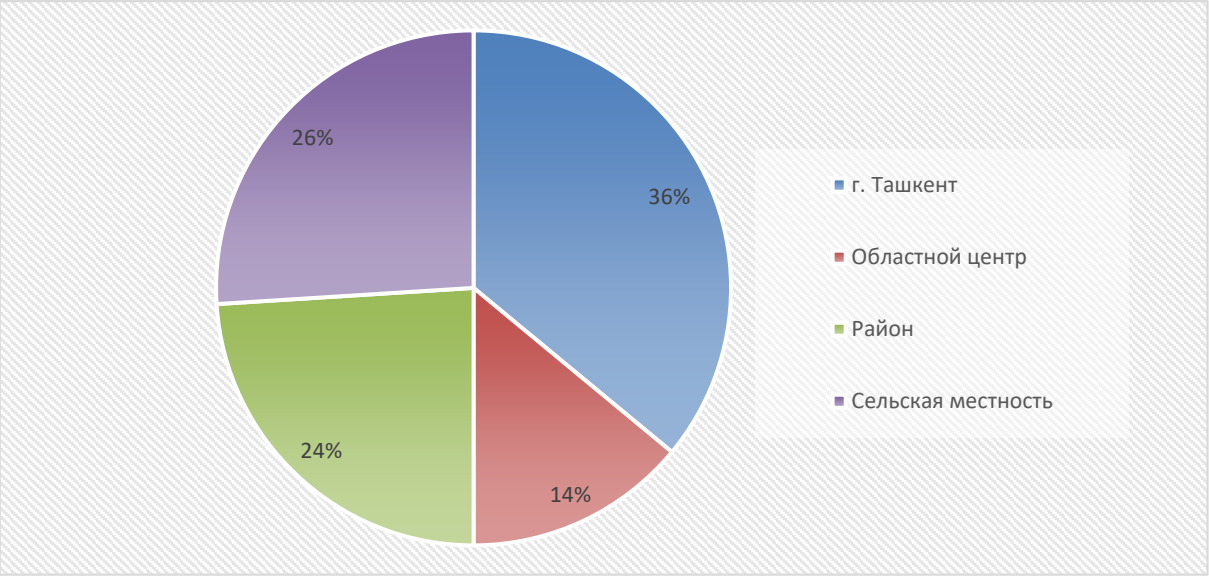


Рисунок 23 - Распределение респондентов по региону работы
Источник: составлено авторами

Результаты исследования свидетельствуют о высокой востребованности ЛЛО населением. В 72,9% аптечных организаций отпуск льготных ЛП осуществляется регулярно, а 64,2% специалистов отметили ежедневное обращение пациентов за данной категорией ЛП. Ещё 31,8% указали на обращения несколько раз в неделю. Одновременно выявлены проблемы, связанные с физической доступностью ЛП и стабильностью их поставок. О частом отсутствии льготных ЛП

на складе сообщили 31,8% респондентов, ещё 46,4% сталкивались с данной ситуацией иногда. Следовательно, 78,2% опрошенных в той или иной степени отмечали случаи отсутствия необходимых ЛП. Аналогичная тенденция установлена в отношении поставок: 21,8% специалистов указали на частые задержки, 46,4% — на периодические. В совокупности 68,2% респондентов сталкивались с задержками поставок, что указывает на необходимость совершенствования механизмов планирования потребности, закупок, распределения и логистики льготных ЛС. Подавляющее большинство респондентов (82,1%) указали на отсутствие случаев отпуска ЛП с минимальным остаточным сроком годности, тогда как наличие таких случаев отметили 11,9% специалистов.

Отдельное значение имеют результаты оценки цифровых механизмов ЛЛО. Полностью удобной систему работы с электронными рецептами считают только 27,8% респондентов, в то время как 67,6% указали на наличие технических сложностей, а 4,6% оценили систему как неудобную. Кроме того, трудности при подтверждении и обработке льготных рецептов часто или периодически возникают у 60,3% опрошенных.

Финансовый механизм системы оценивается специалистами более положительно: 67,6% респондентов отметили своевременное финансирование отпущенных льготных ЛП. Вместе с тем 11,9% указали на наличие задержек, а 20,5% затруднились дать однозначную оценку.

Анализ взаимодействия с пациентами показал, что разногласия по вопросам ЛЛО возникают с различной частотой: 8,0% специалистов сталкиваются с ними часто, 29,1% — иногда, 38,4% — редко. Отсутствие подобных ситуаций отметили 24,0% респондентов. Наличие разногласий может быть связано как с доступностью конкретных ЛП, так и с ожиданиями пациентов относительно ассортимента и условий их получения.

Одной из наиболее выраженных проблем является недостаточность ассортимента льготных ЛП. Только 23,8% специалистов считают существующий ассортимент достаточным, тогда как 55,0% оценивают его как достаточный лишь

частично, а 21,2% — как недостаточный. Следовательно, 76,2% респондентов указывают на полную или частичную недостаточность существующего ассортимента. Данный результат согласуется с ответами на вопрос о необходимости расширения перечня льготных ЛС: такую необходимость отметили 94,0% опрошенных (рис. 24).

В структуре отпуска льготных ЛП, по мнению респондентов, преобладает сочетание ЛП отечественного и импортного производства (69,5%). Только отечественные ЛП указали 27,8% специалистов, только импортные — 2,7%. При этом качество ЛП, предоставляемых на льготной основе, в целом оценивается положительно: 68,2% респондентов считают его удовлетворительным, 27,2% — удовлетворительным частично и лишь 4,6% дали отрицательную оценку.



Рисунок 24 - Оценка достаточности ассортимента льготных лекарственных средств и необходимости его расширения

Источник: составлено авторами

Несмотря на функционирование системы ЛЛО, сохраняется необходимость приобретения пациентами ЛП за собственные средства. По данным опроса, 11,9% специалистов отметили, что такая необходимость возникает часто, 45,7% — иногда и 34,4% — редко. Только 8,0% указали на отсутствие подобных случаев. Это

свидетельствует о том, что льготное обеспечение не во всех случаях полностью покрывает фактическую потребность пациентов в ЛП, что может быть обусловлено недостаточностью ассортимента, временным отсутствием ЛП либо несоответствием доступного перечня индивидуальной терапии.

Вместе с тем фармацевтические работники в целом положительно оценивают социальную значимость действующей системы: 80,8% респондентов считают, что ЛЛО способствует повышению доступности лекарственной помощи населению, ещё 18,5% признают данный эффект частично. Отрицательную оценку дали только 0,7% опрошенных.

По результатам оценки эффективности (рис. 25) действующей системы ЛЛО по 5-балльной шкале установлено, что большинство фармацевтических работников дали положительную оценку. Наибольшая доля респондентов оценила систему на 4 балла — 34,43% (52 человека), на 5 баллов — 31,80% (48 человек). Оценку 3 балла дали 29,80% (45 человек). Низкие оценки встречались единично: 2 балла — 2,65% (4 человека), 1 балл — 1,32% (2 человека). Таким образом, 66,23% респондентов оценили эффективность системы на 4–5 баллов, тогда как доля неудовлетворительных оценок (1–2 балла) составила лишь 3,97%. Средняя оценка эффективности составила 3,93 балла из 5, что свидетельствует о преимущественно положительном восприятии действующей системы ЛЛО.

Особого внимания заслуживает высокая потребность специалистов в расширении возможностей выбора ЛП: 94% респондентов считают необходимым расширение перечня льготных ЛС, а 70% поддерживают возможность выбора производителя с частичной доплатой со стороны пациента. Данные результаты свидетельствуют о целесообразности рассмотрения более гибких механизмов лекарственного обеспечения, позволяющих учитывать потребности пациентов и расширять доступные варианты фармакотерапии.



Рисунок 25 – Оценка степени удовлетворённости фармацевтических работников эффективностью системы льготного лекарственного обеспечения

Источник: составлено авторами

Анализ открытых ответов позволил систематизировать основные направления совершенствования системы. Наиболее значимыми из них являются расширение ассортимента и перечня льготных ЛС; обеспечение своевременных и бесперебойных поставок и совершенствование логистики; устранение технических проблем электронной системы; повышение качества и доступности ЛП; расширение возможности использования импортных ЛС; повышение информированности населения; совершенствование организационных механизмов назначения и отпуска препаратов. В дополнительных предложениях также отмечались необходимость увеличения финансирования ЛЛО, улучшения условий труда фармацевтических работников, расширения перечня заболеваний и показаний для предоставления льгот.

5.2. Социологическое исследование удовлетворенности медицинских работников

Эффективность системы ЛЛО в значительной степени определяется не только объёмами финансирования и количеством отпускаемых ЛП, но и профессиональной оценкой врачей, непосредственно участвующих в назначении и контроле фармакотерапии. В этой связи было проведено социологическое исследование среди врачей, направленное на выявление их мнения о функционировании системы ЛЛО (Приложение 8). С этой целью был организован опрос врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, осуществляющих ведение пациентов, получающих ЛП по льготным рецептам. Исследование было направлено на оценку удовлетворённости врачей доступностью ЛС, соответствием ассортимента действующим стандартам лечения, а также организацией процесса выписывания и отпуска препаратов.

Социологический опрос проводился среди врачей, осуществляющих лечение пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа в РУз на амбулаторном уровне.

Анализ социально-демографических характеристик респондентов показал преобладание женщин — 81,5%. Наиболее многочисленной возрастной группой являлись специалисты в возрасте 31–40 лет (31,5%), далее следовали врачи 41–50 лет (26,0%), до 30 лет (20,0%), 51–60 лет (18,5%) и старше 60 лет (4,0%). Профессиональный состав характеризовался различной продолжительностью работы по специальности: 40,7% врачей имели стаж до 5 лет, 13,0% — 5–10 лет, 26,0% — 10–20 лет и 20,3% — более 20 лет. Таким образом, в исследовании были представлены как молодые специалисты, так и врачи со значительным профессиональным опытом (рис.26). Более половины респондентов (55,0%) работали в городских поликлиниках, 26,5% — в специализированных эндокринологических центрах, 17,9% — в районных поликлиниках и 0,6% — в частных медицинских организациях. В территориальном отношении 56,7% опрошенных представляли областные центры, 27,7% - г. Ташкент, 15,0% -



Рисунок 26 - Социально – демографическая характеристика респондентов (врачей - эндокринологов)

Источник: составлено автором

районы и 0,6% — сельскую местность. Полученная структура выборки позволила охватить различные уровни оказания эндокринологической помощи (рис.26). Результаты исследования свидетельствуют об активном участии врачей-эндокринологов в реализации ЛЛО. Регулярное назначение ЛП в рамках ЛЛО осуществляют 65,4% респондентов, ещё 19,8% назначают их периодически, только 11,1% указали, что не осуществляют подобных назначений. Среди заболеваний, при которых наиболее часто осуществляется льготное обеспечение, ведущая позиция принадлежит сахарному диабету 2 типа — 54,9%, далее следует сахарный диабет 1 типа — 25,9%. На заболевания щитовидной железы приходится 6,2%, ожирение — 3,1%, другие заболевания — 9,9%.

Оценка доступного перечня льготных ЛС выявила неоднозначное мнение специалистов. Полностью удовлетворены существующим перечнем 38,3% врачей,

тогда как большинство — 59,8% — удовлетворены им лишь частично. Не удовлетворены перечнем 1,9% респондентов. При этом достаточным ассортимент ЛП для достижения клинических целей считают 48,1% специалистов, тогда как 29,6% дали отрицательный ответ, а 22,3% затруднились с оценкой. Таким образом, несмотря на относительно высокую общую удовлетворённость, результаты указывают на наличие существенной потребности в расширении терапевтических возможностей системы льготного обеспечения.

Отдельного внимания заслуживает функционирование электронной системы выписки льготных рецептов. Полностью удобным данный механизм считают 37,0% опрошенных, однако большинство врачей — 58,0% — отметили наличие технических сложностей, а 5,0% оценили его как неудобный. Следовательно, почти две трети специалистов в той или иной степени сталкиваются с затруднениями при использовании электронной системы, что свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования её технической и организационной составляющих.

Уровень информированности пациентов о ЛЛО преимущественно оценивается как средний — такой ответ дали 59,9% врачей. Высоким уровень информированности считают 29,0%, низким — 11,1%. Полученные данные свидетельствуют о наличии резерва для усиления информационно-разъяснительной работы с пациентами относительно порядка получения ЛС и возможностей действующей ЛЛО.

При оценке случаев отказа пациентов от ЛЛО установлено, что 10,5% врачей сталкиваются с отказами часто, 43,2% — иногда, 29,0% — редко и только 17,3% не наблюдали подобных случаев. Следовательно, 82,7% специалистов в своей практике в той или иной степени сталкивались с отказом пациентов от льготного обеспечения. Контент-анализ открытых ответов показал, что причины отказа связаны с недостаточной эффективностью и нежелательными реакциями ЛП, предпочтением другого ЛП или схемы терапии, отсутствием необходимого ЛП и ограниченностью ассортимента, предпочтением определённого производителя,

самостоятельным приобретением ЛП, недоверием к их качеству, а также организационно-территориальными трудностями их получения (рис 27).

Вместе с тем большинство врачей положительно оценивают влияние ЛЛО на приверженность пациентов к терапии. По мнению 62,3% респондентов, система способствует улучшению приверженности к лечению, ещё 35,2% считают, что способствует частично. Отрицательную оценку дали только 2,5% специалистов. Таким образом, в совокупности 97,5% опрошенных признают полное или частичное положительное влияние льготного обеспечения на соблюдение пациентами назначенной терапии.

Несмотря на это, результаты исследования выявили существенную проблему дополнительной финансовой нагрузки на пациентов. По мнению 24,1% врачей, пациентам часто приходится самостоятельно приобретать необходимые ЛП, 51,9% указали, что такая ситуация возникает иногда, и 19,1% — редко. Только 4,9% респондентов отметили отсутствие необходимости дополнительного приобретения ЛП. Следовательно, 76,0% специалистов указали на частую или периодическую необходимость приобретения пациентами ЛП за собственные средства, что может свидетельствовать о неполном покрытии фактической потребности пациентов действующей системой ЛЛО.

Наибольшая доля респондентов оценила её на 4 балла — 42,0%; оценку 5 баллов дали 18,6%, 3 балла — 26,5%. Низкие оценки составили меньшую долю: 2 балла — 8,6%, 1 балл — 4,3%. Таким образом, 60,6% врачей оценили эффективность системы на 4–5 баллов, тогда как доля низких оценок (1–2 балла) составила 12,9%. Расчётная средняя оценка составила около 3,62 балла из 5, что позволяет характеризовать систему как в целом удовлетворительно функционирующую, однако имеющую значительный потенциал для дальнейшего совершенствования.



Рисунок 27 — Оценка случаев отказа пациентов от льготного лекарственного обеспечения и его влияния на приверженность к терапии по мнению врачей-эндокринологов

Источник: составлено автором

Анализ причин неудовлетворённости показал, что критические замечания специалистов преимущественно касались ограниченности ассортимента и перечня льготных ЛС, отсутствия отдельных необходимых групп ЛП, несвоевременного обеспечения, технических сбоев электронной системы, недостатков организационного механизма назначения и отпуска, ограниченности финансирования и необходимости расширения объёма бесплатного лекарственного обеспечения.

Особенно показательными являются результаты оценки необходимости расширения перечня ЛП: 90,7% врачей считают такое расширение необходимым, и лишь 9,3% придерживаются противоположного мнения. Кроме того, 71,0% специалистов поддерживают возможность выбора производителя ЛП с частичной доплатой со стороны пациента, тогда как 29,0% не считают данный механизм необходимым.

Контент-анализ предложений врачей позволил определить основные направления совершенствования ЛЛО: расширение перечня и ассортимента ЛП;

включение современных и комбинированных ЛП и аналогов инсулина; обеспечение своевременности и бесперебойности поставок; повышение качества ЛП; совершенствование механизмов назначения и отпуска; расширение полномочий профильных специалистов; упрощение процедуры получения ЛП; дальнейшая автоматизация электронной системы; развитие механизмов выбора ЛП с частичной доплатой; увеличение финансирования и совершенствование контроля за назначением и отпуском ЛП.

Предложения, непосредственно касающиеся пациентов с эндокринными заболеваниями, также были ориентированы на расширение ассортимента, внедрение современных сахароснижающих и комбинированных ЛП и аналогов инсулина, повышение качества ЛП, обеспечение стабильности поставок и индивидуализацию лекарственной терапии с учётом типа, и тяжести заболевания. Дополнительно специалисты указали на необходимость расширения льготного обеспечения при других эндокринных заболеваниях, повышения роли врача-эндокринолога, совершенствования финансирования, цифрового контроля, хранения и логистики, а также расширения обеспечения пациентов средствами самоконтроля сахарного диабета.

Таким образом, результаты социологического исследования свидетельствуют о том, что врачи-эндокринологи в целом положительно оценивают роль ЛЛО в повышении доступности фармакотерапии и приверженности пациентов к лечению. Вместе с тем выявлены ключевые ограничения действующей системы: недостаточная ассортиментная доступность, необходимость самостоятельного приобретения части ЛП пациентами, технические сложности электронного рецептурного механизма и ограниченные возможности индивидуального выбора терапии. Приоритетными направлениями совершенствования являются расширение перечня современных ЛП, обеспечение стабильности поставок, повышение качества и терапевтического выбора ЛП, совершенствование цифровых и организационных механизмов, а также более активное вовлечение профильных врачей-эндокринологов в процессы назначения и контроля льготной фармакотерапии.

5.3. Социологическое исследование удовлетворенности пациентов

С целью изучения доступности и оценки функционирования системы ЛЛО проведено социологическое исследование среди 157 пациентов с сахарным диабетом. Анкетирование было направлено на изучение социально-демографических характеристик пациентов, опыта получения ЛП на льготной основе, уровня удовлетворённости оказываемой лекарственной помощью, финансовой нагрузки, предпочтений в отношении ЛП, а также предложений по совершенствованию действующей системы (Приложение 9).

Анализ социально-демографических характеристик показал, что среди участников исследования преобладали женщины — 64,3%. Наиболее многочисленной возрастной группой являлись пациенты в возрасте 60–74 лет — 40,7%, далее следовали лица 45–59 лет — 32,5%, 25–44 лет — 18,5% и 75–89 лет — 8,3%. Таким образом, 73,2% опрошенных относились к возрастной группе 45–74 лет, что свидетельствует о значительной представленности пациентов среднего и старшего возраста (рис 28).

По уровню образования наибольшую долю составили лица с высшим образованием — 45,9%. Среднее образование имели 25,5%, среднее специальное — 19,7%, незаконченное высшее — 8,9% респондентов. Большинство участников исследования проживали в городской местности — 77,1%, тогда как доля сельских жителей составила 22,9%. Анализ трудовой занятости показал, что наиболее многочисленной категорией являлись пенсионеры — 49,6%. Работающие составили 16,6%, пенсионеры по инвалидности — 14,6%, безработные — 7,0%, учащиеся и предприниматели — по 4,5%, самозанятые — 1,3%, другие категории — 1,9%. При этом сопутствующие заболевания имели 58,6% пациентов, что необходимо учитывать при оценке потребности в лекарственной терапии и формировании системы льготного обеспечения (рис 28).

Анализ продолжительности заболевания показал, что у большинства пациентов сахарный диабет носил длительный характер: 73,9% респондентов

болели более 5 лет, 19,1% — от одного года до пяти лет и только 7,0% — менее одного года.



Рисунок 28 - Социально-демографическая характеристика пациентов с сахарным диабетом, участвовавших в социологическом исследовании

Источник: составлен автором

При изучении отношения пациентов к ЛЛО установлено, что 28,0% респондентов отмечали отказ от ЛЛО, тогда как 72,0% не отказывались от него. Контент-анализ причин отказа позволил выделить такие факторы, как несоответствие предоставляемых ЛП индивидуальным потребностям пациента, неудовлетворительное качество ЛП, организационные трудности и недостаточная информированность.

Важным результатом исследования является ограниченный охват пациентов фактическим ЛЛО. На момент проведения опроса регулярно получали льготные ЛП 38,9% респондентов, 14,6% получали их три раза, 8,3% — один раз, тогда как 38,2% вообще не получали льготные ЛП. Это свидетельствует о наличии разрыва

между потенциальным правом пациента на ЛЛО и фактическим использованием данной возможности.

Дополнительную характеристику доступности системы дают ответы на вопрос о случаях отказа в выписке льготного рецепта. С такими случаями сталкивались 17,2% опрошенных; 43,3% указали на отсутствие отказов, а 39,5% сообщили, что вообще не получают ЛП на льготной основе. При оценке аптечного обслуживания положительный ответ дали 31,8% пациентов, отрицательный — 25,5%, при этом 42,7% не пользовались льготным отпуском ЛП. Полученные результаты указывают на необходимость учитывать при оценке удовлетворённости не только качество обслуживания, но и фактический охват пациентов системой.

Особого внимания заслуживают источники финансирования лекарственной терапии. Только 1,9% пациентов указали, что получают необходимые ЛП исключительно за счёт государства. Почти половина респондентов — 48,4% — приобретали ЛП полностью за собственные средства, а 49,7% использовали одновременно государственное обеспечение и собственные средства. Таким образом, 98,1% опрошенных в той или иной степени используют личные денежные средства для лекарственной терапии, что свидетельствует о значительной финансовой нагрузке на пациентов с сахарным диабетом.

Оценка пациентами эффективности лечения с использованием льготных ЛП также выявила неоднозначные результаты. Эффективным такое лечение считают 14,7% всех опрошенных, 13,4% дали отрицательную оценку, 33,1% затруднились ответить, а 38,8% сообщили, что не получают ЛП на льготной основе. Высокая доля неопределённых ответов и пациентов, не охваченных ЛЛО, ограничивает возможность однозначной оценки эффективности предоставляемой фармакотерапии и одновременно свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования системы (рис 29).



Рисунок 29 - Источники финансирования лекарственной терапии и оценка эффективности льготного лекарственного обеспечения пациентами с сахарным диабетом

Источник: составлен автором

В структуре бесплатно получаемых ЛП наиболее часто респонденты указывали аналоги биосинтетического человеческого инсулина различной продолжительности действия — 23,0%, эмпаглифлозин — 19,7%, метформин — 17,2%, гликлазид — 7,6% и глибенкламид — 1,3%. На другие ЛП пришлось 25,5% ответов. Полученные данные характеризуют фактическую структуру ЛП, доступных опрошенным пациентам в рамках льготного обеспечения.

При анализе производителей льготных ЛП 39,5% пациентов сообщили, что им предлагаются как отечественные, так и импортные ЛП; 13,4% - преимущественно отечественные и 8,9% - импортные. При изучении продолжительности участия в системе установлено, что 29,9% получают льготные ЛП менее 5 лет, 15,3% -от 5 до 10 лет и 6,4% - более 10 лет, тогда как 48,4% указали, что не получают льготные ЛП.

Оценка удовлетворённости оказываемой лекарственной помощью по пятибалльной шкале показала преобладание среднего уровня удовлетворённости. Половина опрошенных - 50,3% - поставили 3 балла, 26,1% - 4 балла и только 5,7%

- максимальные 5 баллов. Низкие оценки 1 и 2 балла дали по 8,9% респондентов соответственно. Таким образом, положительные оценки 4–5 баллов составили 31,8%, а низкие оценки 1–2 балла - 17,8%. Расчётная средняя оценка составила около 3,11 балла из 5, что свидетельствует об умеренном уровне удовлетворённости пациентов ЛЛО. Среди причин низкой удовлетворённости пациенты отмечали отсутствие необходимых ЛП, длительные перебои в обеспечении инсулином, неполучение ЛП несмотря на постановку на учёт, невозможность получить рецепт на замену отсутствующего инсулина, недостаточную эффективность и качество предоставляемых ЛП, неудобную форму выпуска инсулина во флаконах, необходимость самостоятельного приобретения ЛП, отсутствие зарубежных ЛП.

Существенной является и экономическая нагрузка, связанная с лечением сахарного диабета. Наибольшая доля пациентов - 30,6% - указала ежемесячные расходы на ЛП в размере от 1 до 3 млн сум, ещё 29,3% расходовали от 800 тыс. до 1 млн сум. Расходы от 600 до 800 тыс. сум отмечены у 17,8%, от 300 до 600 тыс. сум — у 9,6%, до 300 тыс. сум — у 7,6%. У 5,1% расходы превышали 5 млн сум в месяц. Следовательно, 65,0% опрошенных указали расходы от 800 тыс. сум и выше, что подчёркивает значимость экономической доступности фармакотерапии сахарного диабета.

При изучении предпочтений в отношении производителя ЛП установлено, что 59,2% пациентов хотели бы иметь доступ как к отечественным, так и к импортным ЛП, 38,9% предпочли импортные и лишь 1,9% - исключительно отечественные ЛП, т.е. 98,1% респондентов хотели бы иметь возможность получения импортных ЛП или выбора между отечественными и импортными ЛП.

Особенно показательны результаты оценки готовности пациентов к частичной доплате за возможность выбора ЛП. Более половины респондентов — 54,8% — готовы доплачивать, поскольку считают бесплатно предоставляемые ЛП менее эффективными; ещё 30,6% готовы к доплате в связи с привычкой к определённым ЛП, отличающимся от бесплатно предоставляемых. Только 14,6% предпочли бы получать исключительно бесплатные ЛП. Таким образом, 85,4%

пациентов выразили готовность к частичной доплате при предоставлении права выбора производителя, фирмы или формы выпуска ЛП. Данный результат обосновывает целесообразность рассмотрения дифференцированного механизма льготного обеспечения с возможностью выбора препарата пациентом.

При отказе от ЛЛО 56,1% пациентов хотели бы получать денежную компенсацию от государства, тогда как 43,9% не поддержали данный вариант.

Контент-анализ предложений пациентов подтвердил выявленные количественные тенденции. Основными направлениями совершенствования системы стали расширение ассортимента льготных ЛП и современных инсулинов, обеспечение инсулином в шприц-ручках, включение импортных ЛП, повышение качества и эффективности ЛП, индивидуальный подбор терапии, своевременное и бесперебойное обеспечение ЛП, контроль сроков годности, снижение финансовой нагрузки, обеспечение глюкометрами, совершенствование территориальной доступности аптек, а также упрощение доступа к системе ЛЛО.

Таким образом, результаты социологического исследования пациентов с сахарным диабетом выявили сочетание положительного опыта использования ЛЛО с рядом существенных проблем. К основным ограничениям относятся неполный охват пациентов льготным обеспечением, необходимость значительных расходов собственных денежных средств, недостаточная удовлетворённость доступными ЛП, перебои в обеспечении и ограниченные возможности выбора ЛП. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности расширения ассортимента современных ЛС и инсулинов, повышения стабильности и территориальной доступности их отпуска, внедрения пациент-ориентированного подхода к выбору ЛП и рассмотрения механизмов частичной доплаты при выборе альтернативного производителя или формы выпуска.

5.4 Разработка программного продукта для информационно-аналитической поддержки процесса обеспечения льготными лекарственными средствами пациентов с сахарным диабетом в Республике Узбекистан

Проведённый анализ организации льготного лекарственного обеспечения, а также результаты социологического исследования врачей-эндокринологов, фармацевтических работников и пациентов позволили выявить ряд проблем, связанных с доступностью информации о ЛП, включённых в систему ЛЛО, порядком их назначения и получения, ассортиментом ЛП и информированностью участников системы.

Сравнительный анализ удовлетворённости системой ЛЛО среди пациентов с сахарным диабетом, врачей-эндокринологов и фармацевтических работников выявил заметные различия в оценках между непосредственными получателями лекарственной помощи и профессиональными участниками системы. Наиболее высокий уровень оценки отмечен среди фармацевтических работников: средний балл составил 3,93 из 5, при этом 66,23% респондентов оценили систему на 4–5 баллов, 29,80% — на 3 балла и лишь 3,97% — на 1–2 балла. Несколько более сдержанную, но также преимущественно положительную оценку дали врачи-эндокринологи: средний показатель составил 3,62 балла, доля оценок 4–5 баллов достигла 60,6%, оценку 3 балла дали 26,5%, а низкие оценки 1–2 балла — 12,9% специалистов. На этом фоне существенно ниже оказалась удовлетворённость пациентов с сахарным диабетом: средняя оценка составила 3,11 балла, только 31,8% пациентов поставили 4–5 баллов, тогда как половина опрошенных (50,3%) оценила оказываемую лекарственную помощь на 3 балла, а 17,8% — на 1–2 балла. Таким образом, средняя оценка у фармацевтических работников была на 0,31 балла выше, чем у врачей-эндокринологов, и на 0,82 балла выше, чем у пациентов, тогда как оценка врачей превышала пациентскую на 0,51 балла. Ещё более выраженные различия наблюдались по доле положительных оценок: показатель 4–5 баллов у фармацевтических работников (66,23%) оказался более чем в два раза выше, чем у

пациентов (31,8%), а среди врачей-эндокринологов он также достиг достаточно высокого уровня — 60,6%. Одновременно доля неудовлетворительных оценок 1–2 балла последовательно возрастала от 3,97% среди фармацевтических работников до 12,9% среди врачей и 17,8% среди пациентов. Полученные результаты демонстрируют выраженное расхождение в восприятии функционирования системы различными её участниками: профессиональные группы, особенно фармацевтические работники, оценивают действующую систему значительно выше, чем пациенты, являющиеся конечными получателями льготной лекарственной помощи. Такое различие может отражать то, что специалисты оценивают преимущественно организационные и профессиональные механизмы функционирования системы, тогда как оценка пациентов непосредственно формируется под влиянием фактической доступности необходимых ЛП, регулярности их получения, соответствия предоставляемых ЛП назначенной терапии, их качества и необходимости дополнительных расходов за собственные средства. Следовательно, относительно благоприятная оценка системы со стороны врачей и фармацевтических работников не в полной мере отражает уровень удовлетворённости конечных получателей льгот, а выявленный разрыв между профессиональной и пациентской оценками указывает на необходимость дальнейшего совершенствования системы с усилением её пациент-ориентированности, повышением фактической доступности ЛП, обеспечением бесперебойности их отпуска, расширением терапевтического выбора и снижением финансовой нагрузки на пациентов.

В связи с этим в рамках исследования предложена разработка программного продукта для информационно-аналитической поддержки процесса обеспечения льготными ЛП пациентов с сахарным диабетом в Республике Узбекистан.

Основной целью разработки является повышение информационной доступности и прозрачности системы ЛЛО пациентов с сахарным диабетом посредством предоставления структурированной и актуализируемой информации о порядке получения ЛП, перечне ЛП и основных этапах льготного обеспечения.

В качестве технологической формы реализации программного продукта предложено использование Telegram-бота, что обусловлено возможностью оперативного доступа пользователей к необходимой информации с мобильных устройств без установки специализированного программного обеспечения. Предлагаемый Telegram-бот «Imtiyozli Diabet Dori» (Льготные лекарства при диабете») рассматривается, прежде всего, как информационно-аналитический и навигационный инструмент и не предназначен для самостоятельного назначения ЛП или замены консультации врача.

Функциональная структура программного продукта предусматривает возможность формирования отдельных информационных блоков для пациентов и специалистов. Для пациентов могут быть представлены сведения о порядке получения ЛП по льготе, перечне доступных ЛП, алгоритме действий при возникновении затруднений, а также справочная информация по системе ЛЛО. Для медицинских и фармацевтических работников предусматривается систематизированный доступ к нормативной и справочной информации, перечням ЛП и алгоритмам взаимодействия участников системы.

Таким образом, разработка Telegram-бота направлена на формирование единого цифрового информационного пространства в области ЛЛО пациентов с сахарным диабетом. Практическое внедрение предлагаемого программного продукта может способствовать повышению информированности пациентов и специалистов, сокращению времени поиска необходимой информации, стандартизации информационного сопровождения и совершенствованию взаимодействия между основными участниками процесса ЛЛО.

Для практической реализации разработанной концепции было сформировано техническое задание на создание Telegram-бота информационно-аналитической поддержки ЛЛО пациентов с сахарным диабетом, представленное ниже.

1. Наименование программного продукта

«Imtiyozli Diabet Dori» — Telegram-бот, предназначенный для информационно-аналитической поддержки процесса обеспечения льготными ЛС пациентов с сахарным диабетом в Республике Узбекистан.

2. Цель разработки

Создание автоматизированной информационной системы, предназначенной для повышения информированности пациентов с сахарным диабетом, врачей и фармацевтических работников по вопросам ЛЛО, проверки статуса ЛП, оценки уровня их доступности, формирования персонализированного информационного маршрута получения ЛП.

3. Основные задачи программы

Telegram-бот должен обеспечивать следующие возможности:

- предоставление информации о системе ЛЛО;
- поиск ЛП по международному непатентованному наименованию (МНН);
- определение включения ЛП в перечень ЛЛО;
- проверка наличия ЛП в ГРЛС;
- сопоставление ЛП со стандартами лечения сахарного диабета и клиническими протоколами;
- предоставление информации об условиях назначения и отпуска ЛП;
- формирование алгоритма действий пациента при отсутствии ЛП;
- расчёт интегрального показателя доступности ЛП;
- сбор обезличенных данных обратной связи от пользователей;
- формирование статистической и аналитической информации для администратора.

4. Категории пользователей

После запуска программы пользователь выбирает одну из следующих категорий: Пациент. Врач. Фармацевтический работник. Администратор.

Для пациентов, врачей и фармацевтических работников обязательная регистрация с использованием персональных данных не требуется.

5. Выбор языка

При первом запуске бота пользователю предлагается выбрать язык:

Tilni tanlang / Выберите язык: O‘zbek tili (узбекский); Русский.

Пользователь должен иметь возможность в любое время изменить язык через раздел «Настройки».

6. Главное меню

После выбора языка и категории пользователя формируется соответствующее главное меню.

7. Модуль «Пациент»

Основное меню пациента:

1. Проверить лекарственное средство.
2. Льготное лекарственное обеспечение.
3. Что делать, если лекарственного средства нет?
4. Где можно получить лекарственное средство?
5. Информация об инсулинах.
6. Порядок получения лекарственного средства.
7. Оценка доступности лекарственных средств.
8. Часто задаваемые вопросы.

7.1. Функция «Проверить лекарственное средство»

Пользователь вводит один из следующих вариантов: МНН; ТН ЛП. Система осуществляет последовательную проверку.

Этап 1. Проверка наличия лекарственного средства в базе данных.

Этап 2. Определение соответствующего МНН.

Этап3. Проверка государственной регистрации ЛП в РУз.

Этап 4. Проверка включения ЛП в перечень ЛЛО.

Этап5. Проверка соответствия стандартам лечения сахарного диабета и клиническим протоколам.

Этап 6. Определение условий назначения и отпуска ЛП.

По результатам проверки пользователю предоставляется следующая информационная карточка:

Наименование:

МНН:

Лекарственная форма:

Дозировка:

Зарегистрировано в Республике Узбекистан: Да/Нет

Включено в льготный перечень: Да/Нет

Порядок отпуска: по рецепту/в ином установленном порядке

Статус доступности: высокий/ограниченный/низкий.

8. Авторский модуль — «Оценка доступности ЛС»

Для комплексной оценки доступности ЛП должен быть разработан отдельный программный алгоритм. Рабочее название алгоритма:

«Интегральный индекс доступности лекарственных средств — ИИДЛС»

Алгоритм учитывает следующие критерии:

R — регистрационный критерий: наличие ЛП в ГРЛС;

L — критерий льготного обеспечения: наличие МНН в перечне ЛЛО;

C — клинический критерий: соответствие ЛП стандарту лечения или клиническому протоколу;

A — организационный критерий: возможность получения ЛП через установленную систему льготного обеспечения;

I — информационный критерий: наличие понятной для пациента информации об условиях получения ЛП.

Основная модель расчёта:

ИИДЛС = (R + L + C + A + I) / 5 × 100%

Каждый показатель принимает значение от 0 до 1.

Администратор должен иметь возможность в дальнейшем изменять весовые коэффициенты критериев без изменения основного программного кода.

Интерпретация результатов

80–100% — высокая доступность

«Лекарственное средство имеет высокий уровень доступности в рамках действующей системы».

50–79% — ограниченная доступность

«Возможность получения ЛП имеется, однако выявлены отдельные ограничения». Бот должен отображать выявленные ограничения.

Менее 50% — низкая доступность

«Возможность получения ЛП в рамках действующего механизма ограничена». После этого система предоставляет пользователю алгоритм дальнейших действий.

9. Модуль «Что делать, если лекарственного средства нет?»

При выборе данного раздела бот задаёт следующий вопрос:

«С какой проблемой Вы столкнулись?»

Варианты ответа:

- ЛП нет в аптеке;
- ЛП выдано не в полном объёме;
- отсутствует электронный рецепт;
- рецепт не отображается в электронной системе;
- ЛП не включено в льготный перечень;
- возникла техническая неисправность;
- не знаю, куда обратиться;
- другая проблема.

В зависимости от выбранного ответа система формирует соответствующий информационный маршрут.

Например:

Лекарственное средство отсутствует в пункте отпуска

↓

Проверка правильности назначения

↓

Проверка наличия действующего рецепта

↓

Получение информации о возможности получения ЛП

↓

Получение информации об установленном порядке действий при временном отсутствии ЛП

↓

При необходимости — получение контактной информации соответствующей организации

10. Персонализированный информационный маршрут

Одной из основных функций программы является:

«Мой маршрут получения лекарственного средства»

После ввода пользователем необходимых данных бот последовательно определяет:

1. категорию пользователя;
2. тип заболевания;
3. необходимое лекарственное средство;
4. МНН;
5. наличие в установленном перечне;
6. условия получения;
7. необходимый тип рецепта;
8. дальнейшие действия пользователя.

Результат предоставляется пользователю в форме пошаговой инструкции.

11. Модуль «Врач»

Основное меню:

- проверить ЛП;
- поиск по МНН;
- ЛП, применяемые при лечении сахарного диабета;
- стандарты лечения и клинические протоколы;
- перечень льготных ЛП;
- алгоритм назначения ЛП;
- электронный рецепт;
- нормативно-правовые документы;
- информационные материалы.

Функция «Комплексная проверка»

Врач выбирает или вводит МНН.

Система автоматически отображает следующую последовательность информации:

МНН → государственная регистрация → стандарт лечения → льготный перечень → условия назначения → условия отпуска.

Бот не должен самостоятельно назначать лечение или изменять терапию пациента. Программа выполняет исключительно информационно-справочную функцию.

12. Модуль «Фармацевтический работник»

Основное меню:

- проверить ЛП;
- поиск по МНН;
- льготный перечень;
- условия отпуска ЛП;
- информация об электронном рецепте;
- алгоритм действий при отсутствии ЛП;
- нормативно-правовые документы;
- обратная связь.

При выборе лекарственного средства отображаются:

- МНН;
- ТН;
- лекарственная форма;
- дозировка;
- принадлежность к льготному перечню;
- условия отпуска;
- дополнительная информация.

13. Модуль обратной связи

После получения информации пользователю задаётся вопрос:

«Удалось ли Вам получить необходимое лекарственное средство?»

Варианты ответа:

- Да, полностью.
- Да, частично.
- Нет.

При выборе ответа «Нет» система уточняет причину:

- лекарственное средство отсутствует;

- проблема с рецептом;
- техническая неисправность;
- недостаток информации;
- отказ в отпуске ЛП;
- другая причина.

Дополнительно:

«Оцените доступность льготного лекарственного обеспечения по 5-балльной шкале».

Данные должны храниться в форме, не позволяющей идентифицировать личность пользователя.

14. Панель администратора

Администратор должен иметь возможность: добавлять ЛП; редактировать данные; удалять устаревшую информацию; обновлять льготный перечень; обновлять нормативно-правовые документы; загружать стандарты лечения; редактировать справочную информацию; редактировать вопросы и ответы; просматривать обезличенную статистическую информацию; экспортировать статистические данные.

Доступ к панели администратора должен быть защищён и ограничен соответствующими правами доступа.

15. Аналитический модуль

Система должна автоматически формировать следующие статистические показатели: количество пользователей; количество запросов; наиболее часто запрашиваемые ЛП; наиболее часто запрашиваемые МНН;количество случаев отсутствия ЛП; основные причины невозможности получения ЛП; доля пользователей, получивших ЛП полностью; доля пользователей, получивших ЛП частично; доля пользователей, не получивших ЛП; средняя субъективная оценка доступности ЛП; распределение обращений по регионам при добровольном указании региона.

Статистическая информация должна формироваться за следующие периоды: день; месяц; квартал; год; период, установленный пользователем.

16. Экспорт данных

Администратор должен иметь возможность выгружать обезличенные данные в следующих форматах: Excel (.xlsx); CSV; при необходимости — отчёт в формате PDF.

Экспортируемая база данных не должна содержать ФИО пациента, номер телефона или иные идентифицирующие личность сведения, если сбор таких данных отдельно не предусмотрен установленным порядком.

17. Структура базы данных

Необходимо создать следующие основные таблицы.

«Лекарственные средства»

- ID;
- МНН;
- торговое наименование;
- производитель;
- страна-производитель;
- лекарственная форма;
- дозировка;
- статус государственной регистрации;
- регистрационный номер;
- дата регистрации;
- статус льготного обеспечения.

«Льготный перечень»

- ID;
- МНН;
- лекарственная форма;
- дозировка;
- категория пациентов;
- условия назначения;
- условия отпуска;
- дата обновления информации.

«Стандарты лечения»

- заболевание;
- код;
- МНН;
- фармакотерапевтическая группа;
- этап терапии;
- примечание;
- источник.

«Нормативно-правовые документы»

- наименование документа;
- номер;
- дата;
- орган, принявший документ;
- краткое содержание;
- ссылка/файл;
- дата обновления информации.

«Обратная связь»

- анонимный ID;
- дата;
- категория пользователя;
- регион;
- лекарственное средство;
- результат получения;
- причина неполучения;
- оценка доступности.

18. Поисковая система

Поиск должен осуществляться по:

- полному наименованию МНН;
- части наименования;
- торговому наименованию;

- независимо от регистра букв;
- с учётом возможных вариантов написания.

Если точное совпадение не найдено, бот должен выводить сообщение:

«Возможно, Вы имели в виду...»

и предлагать похожие варианты.

19. Уведомления

Пользователю должна быть предоставлена возможность подписаться на уведомления о следующих изменениях: обновление льготного перечня; изменения нормативно-правовых документов; обновление справочной информации; изменение статуса выбранного ЛС.

Уведомления отправляются только с согласия пользователя.

20. Требования к интерфейсу

Интерфейс должен быть: простым; логичным; двуязычным; адаптированным для мобильных устройств; преимущественно управляемым с помощью кнопок; не требующим ввода сложных команд.

Основная навигация осуществляется посредством возможностей Telegram **Inline Keyboard / Reply Keyboard**.

В каждом разделе должны быть предусмотрены кнопки:

«Назад»

«Главное меню»

21. Технические требования

Рекомендуемая архитектура:

Telegram Bot API → серверное приложение → база данных → веб-панель администратора.

Рекомендуемые технологии:

- Python;
- aiogram или аналогичный современный фреймворк;
- PostgreSQL;
- REST API;
- веб-панель администратора.

Конкретный набор программных технологий может быть предложен разработчиком.

Обязательными являются:

- модульная архитектура;
- возможность дальнейшего расширения функциональных возможностей;
- создание резервной копии базы данных;
- ведение журнала технических ошибок;
- разграничение прав пользователей;
- защита панели администратора;
- возможность обновления базы данных без изменения основного кода Telegram-бота.

22. Информационная безопасность

Необходимо обеспечить:

- минимизацию сбора персональных данных;
- обезличивание статистической информации;
- ограничение прав доступа администратора;
- защищённое соединение;
- резервное копирование данных;
- хранение паролей в защищённом виде;
- ведение журнала действий администратора.

23. Информационное предупреждение

При первом запуске бота, а также в разделе «О программе» должно отображаться следующее предупреждение: «Информация, представленная в Telegram-боте, носит информационно-справочный характер и не заменяет консультацию врача. Решение о назначении или отмене лекарственного средства, а также изменении схемы лечения принимается медицинским специалистом в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и законодательством Республики Узбекистан».

24. Алгоритм работы программы

Общая последовательность работы программы:

Начало

↓

Выбор языка

↓

Выбор категории пользователя

↓

Выбор функции

↓

Ввод/выбор лекарственного средства

↓

Определение МНН

↓

Проверка по Государственному реестру

↓

Проверка по льготному перечню

↓

Проверка соответствия стандарту лечения

↓

Определение условий назначения и отпуска

↓

Расчёт интегрального индекса доступности лекарственных средств

↓

Формирование персонализированного информационного маршрута

↓

Предоставление результата пользователю

↓

Получение обратной связи

↓

Сохранение результатов в обезличенном виде для аналитического модуля

↓

Завершение работы / возврат в главное меню

25. Основные отличительные элементы программной разработки

Для формирования самостоятельного программного продукта должны быть реализованы следующие функциональные элементы:

1. **Комплексный автоматизированный алгоритм сопоставления:**

Государственный реестр → льготный перечень → стандарт лечения → условия получения.

2. **Интегральный индекс доступности лекарственных средств (ИИДЛС).**
3. Автоматическое определение причин ограничения доступности ЛП.
4. Формирование персонализированного информационного маршрута получения ЛП.
5. Формирование алгоритма действий пользователя в случаях неполучения ЛП.
6. Обезличенная система обратной связи, позволяющая проводить последующий статистический анализ причин отсутствия ЛП.
7. Отдельные информационные маршруты для пациента, врача и фармацевтического работника.

5.5. Разработка комплекса мероприятий, направленных на совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения

На основании результатов проведённого исследования, включавшего анализ нормативно-правовых и организационных основ ЛЛО, изучение ассортимента ЛС, оценку соответствия лекарственной терапии действующим стандартам лечения, а также результаты социологических опросов пациентов с сахарным диабетом, врачей-эндокринологов и фармацевтических работников, нами был разработан комплекс научно-практических мероприятий, направленных на совершенствование системы ЛЛО населения РУз.

Предлагаемый комплекс носит многоуровневый характер и охватывает основные группы участников системы ЛЛО: будущих специалистов фармацевтического профиля, врачей-эндокринологов, фармацевтических работников и непосредственно пациентов с сахарным диабетом. Разработанные мероприятия направлены на повышение профессиональной компетентности специалистов, совершенствование информационно-методического сопровождения процессов назначения и отпуска льготных ЛС, рационализацию выбора фармакотерапии, повышение информированности пациентов, а также внедрение цифровых технологий в информационное обеспечение системы.

Первым направлением комплекса мероприятий стало совершенствование образовательной подготовки будущих фармацевтических специалистов. В рамках данного направления нами разработано методическое пособие для студентов фармацевтических направлений высших образовательных учреждений на тему «Льготное лекарственное обеспечение льготных категорий населения Республики Узбекистан». Необходимость его разработки обусловлена значимостью формирования у будущих фармацевтических специалистов системных знаний об организационных, нормативно-правовых и практических аспектах ЛЛО населения.

Методическое пособие систематизирует основные положения организации ЛЛО в РУз и может быть использовано в образовательном процессе при подготовке студентов фармацевтических направлений. Его применение позволяет обеспечить последовательное изучение категорий населения, имеющих право на ЛЛО, порядка назначения и отпуска ЛС, функций медицинских и фармацевтических организаций, а также взаимодействия основных участников системы. Разработанное методическое пособие внедрено в образовательный процесс Ташкентского фармацевтического института, Бухарского государственного медицинского института и Самаркандского государственного медицинского университета, что подтверждает возможность его использования при подготовке фармацевтических кадров в различных высших образовательных учреждениях Республики Узбекистан.

Вторым направлением стало совершенствование профессиональной деятельности врачей-эндокринологов и фармацевтических работников, непосредственно участвующих в лекарственном обеспечении пациентов с сахарным диабетом. С этой целью нами разработаны методические рекомендации «Организация льготного лекарственного обеспечения и инсулинотерапии пациентов с сахарным диабетом 1 типа», предназначенные для врачей-эндокринологов и фармацевтических работников. Методические рекомендации направлены на систематизацию подходов к организации ЛЛО пациентов с сахарным диабетом 1 типа, повышение согласованности действий медицинских и фармацевтических работников, а также совершенствование информационного

сопровождения назначения и отпуска инсулинов. Особое значение данной разработки заключается в объединении медицинского и фармацевтического этапов лекарственного обеспечения в рамках единого организационно-методического подхода.

Практическая апробация и внедрение разработанных методических рекомендаций осуществлены на различных уровнях оказания медицинской и фармацевтической помощи: в частной аптеке ООО «Фарход Фарм Инвест», семейной поликлинике № 45 г. Ташкента, Городском эндокринологическом диспансере г. Ташкента, а также в АО «Дори-Дармон» г. Ташкента.

Третьим направлением комплекса мероприятий стала информационно-аналитическая поддержка рационального выбора лекарственной терапии сахарного диабета. В рамках данного направления нами разработана база данных «Методические рекомендации по выбору лекарственных средств при сахарном диабете (разных типов) согласно стандартам лечения и регистрации лекарственных препаратов, в Республике Узбекистан».

База данных предназначена для систематизации информации о ЛС, применяемых при различных типах сахарного диабета, с учётом действующих стандартов лечения и государственной регистрации ЛП в РУз. Использование данной разработки позволяет структурировать значительный объём профессиональной информации и обеспечить специалистам возможность её применения при выборе ЛС в соответствии с установленными подходами к фармакотерапии. Практическая значимость базы данных подтверждена получением авторского права на разработанный объект интеллектуальной собственности и её внедрением в деятельность Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии имени академика Ё.Х. Туракулова и семейной поликлиники № 16 г. Ташкента. Внедрение базы данных в медицинские организации различного уровня создаёт условия для использования систематизированной информации непосредственно в профессиональной деятельности специалистов.

Четвёртым направлением стало повышение информированности пациентов с сахарным диабетом о возможностях и порядке лекарственного обеспечения. Для решения данной задачи разработана «Памятка для пациентов с сахарным диабетом». Разработка ориентирована непосредственно на пациента и представляет информацию в доступной форме, что позволяет дополнить профессиональные мероприятия пациент-ориентированным информационным сопровождением. Памятка предназначена для повышения осведомлённости пациентов о возможностях лекарственного обеспечения и последовательности действий при его получении. Её применение способствует формированию более информированного участия пациента в процессе лекарственной терапии и взаимодействии с медицинскими и фармацевтическими организациями. Разработанная памятка внедрена в практическую деятельность аптек.

Пятым направлением комплекса мероприятий стала разработка технического задания для цифрового инструмента информационной поддержки пациентов. В рамках исследования разработан программный продукт — Telegram-бот «Imtiyozli Diabet Dori» («Льготные лекарства при диабете»), предназначенный для информационного сопровождения вопросов ЛЛО пациентов с сахарным диабетом.

Необходимость разработки цифрового продукта обусловлена потребностью в обеспечении оперативного и удобного доступа к структурированной информации о ЛЛО. Telegram-бот позволяет представить необходимую информацию в доступной для пользователя форме и может выполнять информационно-навигационную функцию, дополняя существующие каналы взаимодействия пациента с медицинскими и фармацевтическими организациями. При этом программный продукт не заменяет врача и не предназначен для самостоятельного назначения или изменения лекарственной терапии.

Таким образом, по результатам проведённого исследования сформирован комплекс взаимосвязанных мероприятий по совершенствованию системы ЛЛО, включающий образовательный, организационно-методический, информационно-аналитический, пациент-ориентированный и цифровой компоненты. В отличие от применения отдельных мероприятий, предложенный комплекс охватывает

различные этапы и уровни системы: подготовку будущих фармацевтических специалистов → профессиональную деятельность врачей и фармацевтических работников → информационную поддержку выбора лекарственной терапии → повышение информированности пациентов → цифровизацию доступа к информации о льготном лекарственном обеспечении.

Практическая направленность предложенного комплекса подтверждается внедрением разработок в образовательные, медицинские и фармацевтические организации Республики Узбекистан. Разработанные мероприятия позволяют сформировать единый подход к совершенствованию ЛЛО, основанный на повышении компетентности специалистов, систематизации информации о ЛС, улучшении межпрофессионального взаимодействия, повышении информированности пациентов и использовании современных цифровых технологий. В совокупности это создаёт организационно-методическую основу для повышения доступности, рациональности и информационной прозрачности лекарственного обеспечения пациентов с сахарным диабетом.

Заключение по главе 5

Проведённое социологическое исследование позволило комплексно оценить функционирование системы льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО) пациентов с сахарным диабетом в Республике Узбекистан с позиции пациентов, врачей-эндокринологов и фармацевтических работников. Установлено, что профессиональные участники в целом положительно оценивают действующую систему, тогда как удовлетворённость пациентов находится на более низком уровне. Средняя оценка составила 3,93 балла у фармацевтических работников, 3,62 балла у врачей-эндокринологов и 3,11 балла у пациентов, что свидетельствует о наличии различий между профессиональной оценкой системы и фактическим опытом её конечных получателей.

Основными проблемами ЛЛО определены недостаточность ассортимента и ограниченность терапевтического выбора, периодическое отсутствие необходимых ЛС и перебои в их поставках, технические затруднения при

использовании электронных рецептов, недостаточная информированность участников системы и значительная финансовая нагрузка на пациентов. Полученные результаты обосновывают необходимость расширения перечня современных ЛС и аналогов инсулина, повышения стабильности их предоставления, совершенствования логистических и цифровых механизмов, расширения возможностей индивидуального выбора терапии и усиления пациент-ориентированного подхода.

На основании выявленных проблем разработано техническое задание на программный продукт — Telegram-бот «Imtiyozli Diabet Dori», предназначенный для информационно-аналитической поддержки пациентов, врачей и фармацевтических работников. В рамках цифровой разработки предложены интегральный индекс доступности лекарственных средств (ИИДЛС), алгоритм комплексной проверки ЛС и персонализированный информационный маршрут его получения.

По результатам исследования сформирован комплекс научно-практических мероприятий, объединяющий образовательное, организационно-методическое, информационно-аналитическое, пациент-ориентированное и цифровое направления. Разработки внедрены в образовательную, медицинскую и фармацевтическую практику, что подтверждает их практическую направленность и возможность применения на различных уровнях системы лекарственного обеспечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. На основе контент-анализа отечественной, зарубежной научной литературы и действующего законодательства РУз проанализировано современное состояние научных исследований по оценке доступности ЛС льготным категориям граждан. Показано, что эффективное функционирование системы ЛЛО требует комплексного подхода, включающего государственное регулирование, рациональное использование ЛС, координацию деятельности медицинских и фармацевтических организаций, устранение регионального неравенства доступа к ЛС, нивелирование недостаточной правовой грамотности населения в отношении имеющихся льгот.

2. Разработан и научно обоснован дизайн исследования, направленного на комплексную оценку доступности ЛС, состоящий из пяти основных этапов и включающий целевые задачи, объекты исследования, использованные методы и ожидаемый результат. На первом этапе предложен методический подход к комплексной оценке доступности ЛС для льготных категорий граждан в РУз на основе интеграции системного и регионального подходов.

3. Проведенный анализ показателей демографического, экономического и медико-социального развития РУз показал, что в целом в Узбекистане сохраняется устойчивая тенденция роста численности населения (111,0%) с более выраженным увеличением в городских территориях по сравнению с сельскими. При этом структура занятости в Узбекистане демонстрирует доминирование аграрного сектора. Установлено, что наряду с положительной динамикой развития сохраняются территориальные различия в уровне доходов населения и соответственно доступности лекарственной помощи, что обусловлено различиями в уровне экономического развития регионов и структуре занятости населения.

4. Установлено, что в период 2020–2024 гг. количество амбулаторно-поликлинических учреждений увеличилось на 34,4%, а число медицинских учреждений – на 60,1%, что сопровождалось снижением нагрузки на одну поликлинику на 19,3% и на одно медицинское учреждение – на 37,2%. Установлена

статистически значимая сильная корреляционная связь между численностью населения региона и количеством амбулаторно-поликлинических учреждений ($\rho \approx 0{,}846$), численностью населения региона и количеством аптек ($\rho \approx 0{,}855$). Анализ также показал выраженные территориальные диспропорции в нагрузке на аптечные организации (от 1524 до 4702 жителей на 1 аптеку при средней по РУз - 2912).

5. Эпидемиологический анализ выявил трехкратный разрыв в интенсивных показателях заболеваемости сахарным диабетом между регионами (от 0,78 в Кашкадарьинской области до 2,58 в г. Ташкент). Для более детального анализа территориальной дифференциации регионы были сгруппированы по среднему уровню интенсивного показателя заболеваемости за четырёхлетний период: зоны очень высокого, высокого, среднего и низкого уровня. Анализ возрастной структуры заболеваемости сахарным диабетом также выявил региональные диспропорции.

6. Проанализированы данные по динамике производства ЛС, темп роста натурального показателя (кол-во упаковок) 2023/2025гг составил 135,3%. а по стоимости 171,4 %. Региональный анализ производителей ЛС с распределением по областям РУз показал, что наибольшая доля производителей приходится на г. Ташкент (27) и Ташкентскую область. Отдельные регионы представлены минимально, а в таких регионах, как Бухарская, Джизакская и Навоийская области, показатели равны нулю. Анализ динамики и структуры импорта ЛП (на примере противодиабетических ЛП) показал, что видна траектория развития фармацевтического рынка РУз в 2020–2025 годах, так, при постоянном росте импорта до 2025г., закупки в денежном выражении уменьшились в 2025 г. более чем вдвое. При этом в итоге рыночная доля местных производителей составила 12,0% в стоимостном выражении и до 25,0% в натуральном (составив 582,1 тыс. упаковок).

7. В результате проведенного анализа Государственного реестра лекарственных средств с целью оценки физической доступности ЛП на фармацевтическом рынке, установлено, что структура Государственного реестра

ЛС в 2023–2025 гг. характеризовалась преобладанием препаратов зарубежного производства (55,0%), постепенным увеличением удельного веса отечественных ЛС (35,0%) и существенным сокращением доли ЛП, произведённых в странах СНГ (10,0%). Выявлено, что ЛП группы A10A (инсулины и аналоги) занимают значительную долю в Реестре зарегистрированных ЛП (15 МНН и 30 ТН), в подгруппе A10B (пероральные противодиабетические ЛП) зарегистрировано более 25 МНН и свыше 150 ТН. Установлено полное отсутствие отечественных производителей инсулинов средней продолжительности действия (A10AC), комбинированных инсулинов (A10AD) и инсулинов длительного действия (A10AE), что свидетельствует о высокой зависимости отечественного рынка инсулиновых препаратов от зарубежного производства.

8. Проведен анализ Перечня лекарственных средств, предназначенных для ЛЛО при амбулаторном лечении (по источникам производства, видам ЛФ, коэффициентам глубины, по наличию в перечне основных ЛС). Установлено снижение количества зарегистрированных льготных ЛП с 1365 наименований в 2020г. до 1294 в 2024г. Анализ соответствия лекарственной терапии при различных формах сахарного диабета и его осложнениях, классифицированных по кодам МКБ-10, стандартам лечения и фактическому наличию ЛП в перечне ЛЛО выявил недостаточную представленность отдельных ЛС, необходимых в том числе для терапии осложнений сахарного диабета.

9. В результате регионального ретроспективного (2021-2025гг.) анализа реестра оформленных рецептов и отпущенных ЛП при оказании амбулаторной помощи льготным категориям населения по 13 регионам Республики Узбекистан выявлены снижение количества выписанных и обеспеченных рецептов, увеличение стоимости бесплатно отпущенных ЛП, увеличение средней стоимости одного рецепта в целом по РУз. Анализ абсолютных показателей в региональном разрезе демонстрирует существенную территориальную дифференциацию в объемах льготного лекарственного обеспечения. Анализ отпуска льготных ЛС на примере центральной аптеки АО «Дори-Дармон» г. Ташкента по основным группам льготников показал сокращение количества обслуженных льготных

рецептов в 2022–2025 гг. в 5,2 раза, а рецептов для пациентов с сахарным диабетом — в 9,4 раза, что обусловлено внедрением системы реимбурсации.

10. По данным социологического исследования выявлены различия в оценках удовлетворенности системой ЛЛО между непосредственными получателями лекарственной помощи и профессиональными участниками системы. Наиболее высокий уровень оценки отмечен среди фармацевтических работников. Данные опроса пациентов показали, что 38,2% респондентов не получали препараты на льготной основе, 98,1% пациентов используют личные денежные средства для лекарственной терапии, 65% пациентов указали, что их ежемесячные расходы на ЛП для лечения сахарного диабета составляют 68 долл. и выше. Предложен комплекс мероприятий, направленных на повышение доступности ЛС для льготных категорий граждан в РУз, в том числе рекомендации по организации льготного обеспечения и инсулинотерапии для врачей-эндокринологов и фармацевтических работников, базу данных для информационной поддержки выбора ЛП, памятку для пациентов с сахарным диабетом, программный продукт (Telegram-бот) для использования участниками ЛЛО, который будет способствовать повышению информированности пациентов и специалистов, сокращению времени поиска необходимой информации, совершенствованию взаимодействия между основными участниками процесса лекарственного обеспечения.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО / АК — Акционерное общество / Акционерная компания

АТХ (АТС) — Анатомо-терапевтическо-химическая классификация

ВВП — Валовой внутренний продукт

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ГРЛС — Государственный реестр лекарственных средств

ЖНВЛП (ЖНВЛС) — Жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (средства)

ИСЛО — Информационная система лекарственного обеспечения

ЛЛО — Льготное лекарственное обеспечение

ЛС — Лекарственные средства

ЛП – Лекарственные препараты

ЛФ – Лекарственная форма

ЛЛС — Льготные лекарственные средства

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МНН — Международное непатентованное наименование

НИЗ — Неинфекционные заболевания

ОЛС (ОЛП) — Основные лекарственные средства (препараты)

ОМС — Обязательное медицинское страхование

ООО — Общество с ограниченной ответственностью

ПИНФЛ — Персональный идентификационный номер физического лица

РСНПМЦЭ — Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии

РУз — Республика Узбекистан

СД — Сахарный диабет

СНГ — Содружество Независимых Государств

ТН — Торговое наименование

ФГМС (ГФМС) — Фонд государственного медицинского страхования

ФРСД — Федеральный регистр сахарного диабета

ЦБ РУз — Центральный банк Республики Узбекистан

ADA — American Diabetes Association (Американская диабетическая ассоциация)

HAI — Health Action International (Международная организация за доступность основных лекарств)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимова, Н.В. Доступность лекарственной помощи населению: обзор розничного фармацевтического рынка Хабаровского края за 2022 год / Н.В. Абросимова, И.В. Крюкова // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2023. – № 1 (95). – С. 48-52.

2. Агентство по развитию фармацевтической отрасли при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан. – URL: https://uzpharmagency.uz/ru

3. Адилет, А. Лекарственное обеспечение в первичной медико-санитарной помощи: мировой опыт / Адилет А. Назарбаев [и др.] // Фармация. Казахстан. 2026.

4. Азлярова, Г.У. Совершенствование системы бесплатного отпуска лекарственных препаратов в Узбекистане / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Материалы XII Всероссийского межвузовской научно-практической конференции. Самара – 2024. С. 111–114.

5. Азлярова, Г.У. Лекарственное обеспечение льготных категорий населения с сахарным диабетом / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Сборник материалов VIII Международной НПК. Ташкент – 2025. С. 341–343.

6. Азлярова, Г.У. Доступность лекарственных препаратов для льготных категорий граждан в Республике Узбекистан / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Сборник научных трудов XIII Всероссийской НПК. Махачкала – 2025. С. 13-15.

7. Азлярова, Г.У. Анализ экспорта лекарственных средств в Республике Узбекистан / Г.У. Азлярова, И.В. Косова // Фармация. – Москва, 2025. – Т.74, № 7. – С. 57-62.

8. Азлярова, Г.У. Проблемы и перспективы производства лекарственных средств в Республике Узбекистан / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Фармацевтический журнал. Ташкент – 2025. – № 2. – С. 12-16.

9. Азлярова, Г.У. Анализ заболеваемости сахарным диабетом в Республике Узбекистан / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Журнал Пульс – 2026. Vol. 28. № 1. – С. 66-72.

10. Азлярова, Г.У. Динамика и структура импорта лекарственных препаратов в Республике Узбекистан, включая противодиабетические средства / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Известия ГГТУ – 2026. Vol. 28. № 1. – С. 66-72.

11. Азлярова, Г.У. Динамика и региональные особенности льготного лекарственного обеспечения амбулаторных пациентов в Республике Узбекистан / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Лабораторная и клиническая медицина. Фармация, 2026, Т. 6, № 2. С. 33-40.

12. Азлярова, Г.У. Ретроспективный анализ рынка лекарственных препаратов Республике Узбекистан / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Вестник Росздравнадзора 2026, №1. С. 62-72.

13. Азлярова, Г.У. Оценка современного состояния производства и экспортного потенциала лекарственных средств в Республике Узбекистан / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Сборник научных трудов XIV Всероссийской межвузовской научно-практической конференции «Глобальные векторы развития фармацевтического образования, науки и практики в условиях непредсказуемой внешней среды и цифровизации». Москва – 2026. С. 13-15

14. Азлярова, Г.У. Трансформация импорта противодиабетических лекарственных средств в Республике Узбекистан / Г. У. Азлярова, И. В. Косова // Сборник научных трудов VII Международной научно-практической конференции «Современное состояние фармацевтической отрасли: проблемы и перспективы». Ташкент – 2026. С. 13-15.

15. Алиева Анна. Оценка эффективности скрининга на диабет 2 типа в Республике Узбекистан / Алиева А, Алимова А, Хайдарова Ф, Исмаилов С Агазатова А, Царева Р, Рахимова Г, Нажмутдинова Д, // Sign in International Journal of Endocrinology and Metabolism. – 2022. - №1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22Shagazatova%20B%22%5bAuthor%5d

16. Ананченкова, П.И. Неравенство в здравоохранении и проблема доступности лекарственных средств: роль медицинского туризма : монография / Ананченкова П.И., Тимченко Т.Н., Тонконог В.В. – Москва, 2024.

17. Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (АТХ). Международная система классификации лекарственных средств. – URL: https://www.lsgeotar.ru/atc

18. Ахмедов А. С. Эффективность препаратов метформина в лечении сахарного диабета 2 типа / А. С. Ахмедов, Т. Ю. Демидова, И. И. Кочергина // Медицинский совет. – 2016. – № 3. – С. 30–36.

19. Бадулина, Т. С. Оценка доступности лекарственного обеспечения льготным категориям граждан на амбулаторном этапе / Т. С. Бадулина, Ю. А. Литвиненко // Forcipe. – 2020. – Т. 3, спецвыпуск. – С. 581-582.

20. Базаргани, Я. Т. Основные лекарства более доступны, чем другие лекарства по всему миру / Я. Т. Базаргани [и др.] // PLOS ONE. – 2014. – Т. 9, №2.– URL: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087655

21. Балабкин, И.В. Вопросы льготного лекарственного обеспечения населения в Хабаровском крае / Балабкин И.В., Акулова Е.В. // Здравоохранение Дальнего Востока. 2009. № 2 (40). С. 5-9.

22. Барбиева, Э. Б. Анализ экономической доступности деконгестантов в Кыргызской Республике / Э. Б. Барбиева, И. З. Исмаилов // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2023. – № 3. – С. 51-55.

23. Барбиева, Э.Б. Анализ экономической доступности лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях респираторной системы в Кыргызской Республике / Барбиева Э.Б., Исмаилов И.З. // Известия НАН КР. 2023. № S7. С. 314-320.

24. Бегичева, С.В Аналитическая оценка доступности сахароснижающих лекарственных средств на региональном фармацевтическом рынке: кейс Свердловской области / Бегичева С.В., Калабина Е.Г. // Вестник Пермского университета. Серия: Экономика. 2025. Т. 20. № 2. С. 147-162.

25. Берстнева, С. В. Сахарный диабет типа 2: современный взгляд на проблему / С. В. Берстнева, О. М. Урясьев, А. В. Соловьева // ЗВ. – 2019. – № 1.

26. Блинова, Т.В. Отношение сельского населения к своему здоровью и доступности медицинской помощи / Блинова Т.В., Вяльшина А.А., Русановский В.А. // Экология человека. 2020. № 12. С. 52-58.

27. Болотская, Л. Л. Возможности мобильного здравоохранения для лечения диабета в условиях пандемии COVID-19 / Л. Л. Болотская // МС. – 2020. – № 11.

28. Борисова, О. А. Оценка доступности противовирусных лекарственных препаратов, входящих в перечень минимального ассортимента / О. А. Борисова, И. А. Джупарова // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2019. – Т. 7, № 1. – С. 27.

29. Бреднева, Н. Д. Роль аптеки медицинской организации в лекарственном обеспечении пациентов / Н. Д. Бреднева [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2019. – Т. 20, № 2 (98). – С. 102-108.

30. Вовк, Е. Г. Анализ основных показателей льготного лекарственного обеспечения граждан с высокозатратными нозологиями / Е. Г. Вовк, Р. И. Ягудина, В. Г. Серпик [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2023. – № 6. – С. 67-72.

31. Врубель, М.Е. Совершенствование деятельности общественных организаций пациентов в целях повышения доступности лекарственной помощи: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / М.Е. Врубель. – Москва, 2024.

32. Всемирная организация здравоохранения ДИАБЕТ 14 ноября 2024 г. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

33. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948).

34. В Узбекистане появился демографический портал. Зачем он нужен? // Газета.uz. – 2024. – 25 сентября. – URL: https://www.gazeta.uz/ru/2024/09/25/demographic-portal/

35. Генделека, Г. Ф. Инсулинотерапия сахарного диабета второго типа / Г. Ф. Генделека // МЭЖ. – 2020. – № 1. – С. 63–68.

36. Глембоцкая, Г. Т. Анализ экономической доступности лекарственных препаратов для лечения остеопороза на территории Пензенской области/

Пронькина А.А., Сурина А.С., Тихонова К.С., Глембоцкая Г.Т. // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. — 2026. — Т. 25, № 2. — С. 193-200.

37. Гражданкина А.А Анализ ассортимента инсулинов для оказания помощи больным сахарным диабетом 1 типа в Российской Федерации// Гражданкина А.А. Болдышев Д.А. Каракулова Е.В. // Научно-практический журнал Известия ГГТУ Медицина, фармация - 2024. №4, С 97-103.

38. Двенадцатая общая программа работы на 2014-2019 гг. Не только отсутствие болезней. – ВОЗ, 2014.

39. Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // под редакцией И. И. Дедова, М. В. Шестаковой, А. Ю. Майорова. — 11-й выпуск. — Москва. — 2023.

40. Дедов, И. И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, О. К. Викулова // Сахарный диабет. – 2017. – № 20 (1). – С. 13–41.

41. Демографическая ситуация в Республике Узбекистан 2020-2021 // Stat.uz. – URL: https://stat.uz/files/demograficheskaya-situatsiya-v-respublike-uzbekistan-yanvar-dekabr-2021-g.pdf

42. Джапарова, Д. Лекарственный рынок в Кыргызстане и государственная лекарственная политика / Д. Джапарова // Economics. – 2016. – № 10(19). – С. 9-12.

43. Джиенбекова, Ч.М. Льготное лекарственное обеспечение населения Кыргызской Республики в рамках обязательного медицинского страхования / Ч.М. Джиенбекова, И.З. Исмаилов, Т.С. Сабирова // Современные проблемы науки и образования. – 2023. – № 3.

44. Диабет пошел на мировой рекорд // Коммерсантъ. – 2023. – 23 июня. – URL: https://www.kommersant.ru/doc/6068812

45. Дооталиева, Т.Ч. Сравнительная характеристика степени удовлетворенности участников льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне города Бишкек / Дооталиева Т.Ч. // Человек и общество. 2016. № 1 (2). С. 27-31.

46. Доступ к основным лекарствам является одним из главных компонентов права на здоровье // ООН. – 2017. – URL: https://www.ohchr.org/ru/stories/2017/03/access-essential-medicines-fundamental-element-right-health

47. Егорова, А. О. Разработка программного обеспечения для рационализации ассортимента льготных лекарственных препаратов / А. О. Егорова [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2018. – № 2 (74).

48. Ендовицкая, Ю.В. Льготное лекарственное обеспечение как критерий удовлетворённости пациентов с сахарным диабетом / Ендовицкая Ю.В. [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. 2023. № 3 (88). С. 72-81.

49. Еремина, М.Г. Удовлетворенность врачей медицинской помощью в сельском здравоохранении / Еремина М.Г. [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. 2022. Т. 18. № 1. С. 63-67.

50. Жузенова, М.А. Доступность лекарственных средств для больных, страдающих сахарным диабетом, в городе Алматы / Жузенова М.А. // Фармация Казахстана. 2020. № 7-8. С. 12-20.

51. Жусупова, Г.К. Удовлетворенность населения Казахстана системой бесплатного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне / Г.К. Жусупова [и др.] // Journal of Health Development. – 2018. – Vol. 4, № 29. – С. 42-55.

52. Жусупова, Г.К. Обзор системы лекарственного обеспечения населения Казахстана / Г.К. Жусупова [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 4.

53. Закон Республики Узбекистан от 29.08.1996 г. № 265-I «Об охране здоровья граждан» // URL: https://lex.uz/docs/41329

54. Закон Республики Узбекистан от 04.01.2016 г. № ЗРУ-399 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Узбекистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности»

55. Ибрагимова Н. Сравнительный анализ распространенности сахарного диабета 2 типа по данным скрининга и регистров в Узбекистане// Ибрагимова Н, Трегулова Р, Норматова Н , Джалалов Ш / Диабет, ожирение и

метаболизм «Диабет» Эндокринологические рефераты. – 2018. - №56.- С342 DOI: 10.1530/endoabs.56.P342

56. Иванова, Н. В. Основы принятия медико-экономических решений в сфере льготного лекарственного обеспечения / Н. В. Иванова // Здоровье – основа человеческого потенциала. – 2019. – Т. 14, № 2. – С. 917-927.

57. Иванов, Г. И. Характеристика раннего процесса у больных с синдромом диабетической стопы: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Г. И. Иванов. – Санкт-Петербург, 2018.

58. Икрамова Ф.А Внедрение информационных технологий в процесс оценки приверженности пациентов лечению сахарного диабета. / Икрамова Ф.А // Центральноазиатский журнал академических исследований. – 2024. - Т 2, №11. С 24-30. https://www.inacademy.uz/index.php/CAJAR/article/view/34873

59. Исмаилов, И.З. Социальный портрет потребителя лекарственных средств / И.З. Исмаилов [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – № 10. – С. 283-286.

60. Исмаилов, С.И. Влияние сахароснижающий терапии на функциональное состояние почек у больных с сахарным диабетом 2 типа/ Исмаилов С.И. Даминова Л.Т. Муминова С.У. Собирова Н.М. // Центрально Азиатский эндокринологический журнал. – 2022. - Т 2, № 2

61. Исраилова, Д. К. Анализ доступности лекарственных препаратов, применяемых при вирусном гепатите в Киргизской Республике / Д. К. Исраилова [и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2023. – Т. 9, № 5. – С. 328-333.

62. Кабакова, Т. И. Инновации и методологии в исследованиях проблемных вопросов лекарственного обеспечения / Т. И. Кабакова, А. Б. Горячев [и др.] // Фармация. – 2024. – № (1). – С. 35–43

63. Калабина, Е. Г. Исследование доступности лекарственного обеспечения населения в контексте развития региональной системы здравоохранения / Е. Г. Калабина, С. В. Бегичева // Journal of New Economy. – 2020. – Т. 21, № 2. – С. 153–172.

64. Калабина, Е. Г. Исследование доступности лекарственного обеспечения населения / Е. Г. Калабина, С. В. Бегичева // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление. – 2022. – № 4. – С. 68–79.

65. Камалов Т.Т., Юнусова А.Б. Динамика распространенности сахарного диабета второго типа и ожирения в Узбекистане и в г. Ташкенте/ Камалов Т.Т., Юнусова А.Б. // Центрально Азиатский эндокринологический журнал - 2024. – (1) С.104-13.

66. Каюмов, Д. Система здравоохранения и современное лечение сахарного диабета 2 типа в Узбекистане / Д. Каюмов, О. Ахунбаев // Endocrine Abstracts. – 2024. – Т. 99.

67. Квачахия, Л. Л. Экономические особенности и проблемы льготного лекарственного обеспечения / Л. Л. Квачахия // Иннов: электронный научный журнал. – 2018. – № 3 (36). – С. 15.

68. Кичаева, Н.А. Сравнительный анализ реализации программ льготного лекарственного обеспечения населения / Кичаева Н.А., Окоряк Ю.О. // Студенческая наука и медицина XXI века. СамГМУ - 2016. С. 185.

69. Коваленко, А.В. Проблема доступности инновационных лекарственных средств для населения / Коваленко А.В. // Инновации в здоровье нации. СПХФУ - 2018. С. 161-165.

70. Комплексный и ориентированный на человека подход к лечению диабета приносит дивиденды в Узбекистане // ВОЗ. – 2024. – 3 июня. – URL: https://www.who.int/uzbekistan/news/item/03-06-2024

71. Косякова, Н. В. Организационно-экономическая оценка льготного лекарственного обеспечения пациентов, страдающих сахарным диабетом / Н. В. Косякова // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2022. – Т. 10, № 2. – С. 13–16.

72. Костина, М. Экономическая оценка бремени сахарного диабета 2 типа и его основных сердечно-сосудистых осложнений в РФ / М. Костина // Сахарный диабет. – 2016. – Т. 19, № 6. – С. 518–527.

73. Костров А.А. Прикладное программное обеспечение "льготное лекарственное обеспечение" // Костров А.А., Жуков Д.И., Першин А.В. // Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2019612068, 08.02.2019.

74. Косян, А. А. Комплексный подход в лечении диабетической полинейропатии: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / А. А. Косян. – Москва, 2022.

75. Котвицкая, А.А. Анализ современных тенденций фармацевтического обеспечения льготных категорий населения в странах СНГ / А. А. Котвицкая, Е. С. Коробова // Актуальные проблемы медицины. – 2013. – № 11 (154). – С. 29-33.

76. Крылова, О. В. Фармакоэкономический анализ схем лечения сахарного диабета в амбулаторных условиях / О. В. Крылова [и др.] // Ремедиум. – 2022. – № 2, Т. 26. – С. 147–154.

77. Кузнецов, В.В. Проблемы доступности лекарств для лечения орфанных заболеваний в России / Кузнецов В.В. // Инновации и перспективы в научных исследованиях. Москва, 2024. С. 648-658.

78. Кухнина, Л.С. Сравнительный фармакоэкономический анализ государственных затрат на сахарный диабет 1 и 2 типа / Кухнина Л.С. [и др.] // Тенденции развития науки и образования. С. 49-51.

79. Ларионова Т.М. Основные причины неудовлетворённости качеством медицинской помощи и льготным лекарственным обеспечением // Ларионова Т.М., Ларионов А.В. // Свидетельство о регистрации базы данных RU 2025620948, 28.02.2025.

80. Латынцев, А. В. Термины «доступность лекарственных препаратов», «доступность медицинских изделий» и нормы патентного права / А. В. Латынцев // Вестник Университета имени О. Е. Кутафина. – 2023. – № 6 (106). – С. 41-50.

81. Лимонова, А. Доступность лекарственной помощи в виде лекарственных средств в Российской Федерации / Лимонова А. // Устойчивое развитие науки и образования. 2021. № 5 (56). С. 54-58.

82. Литвиненко, С. В. Льготное лекарственное обеспечение москвичей / С. В. Литвиненко // Московская медицина. – 2021. – № 4 (44). – С. 38-40.

83. Лукъянцева, Д. В. Международный опыт лекарственного обеспечения населения в амбулаторном секторе / Д. В. Лукъянцева [и др.] // Фармакоэкономика. – 2017. – Т. 10, № 2. – С. 44-52.

84. Маличенко, В. С. Особенности организации амбулаторного лекарственного обеспечения отдельных групп населения в РФ / В. С. Маличенко [и др.] // Вестник РГМУ. – 2017. – № 2. – С. 103-108.

85. Малолеткина, Е. С. Оценка качества жизни и удовлетворенности лечением у пациентов с сахарным диабетом 2 типа / Е. С. Малолеткина [и др.] // Эффективная фармакотерапия. – 2022. – Т. 18, № 2. – С. 24–35.

86. Мартынов, А.А. Проблемы лекарственного обеспечения в дерматовенерологии на современном этапе / Мартынов А.А., Власова А.В. // Фарматека. 2023. Т. 30. № 9-10. С. 204-207.

87. Матвеева, Ю. Н. Лекарственное обеспечение льготных категорий граждан как социокультурная проблема / Ю. Н. Матвеева // Конкурентоспособность территорий. – Екатеринбург, 2019. – С. 183-186.

88. Медведева, Д. М. Анализ доступности лекарственных препаратов для детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи / Д. М. Медведева [и др.] // Фармакоэкономика. – 2021. – Т. 14, № 2. – С. 167–179.

89. Меньшикова, Л.И. Проблемы реализации права пациентов с сахарным диабетом на льготное лекарственное обеспечение / Меньшикова Л.И. [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. № 3. С. 628-641.

90. Мироненкова, Ж. В. Изучение доступности лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфицированных больных / Ж. В. Мироненкова [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2019. – Т. 11, № 1. – С. 96–102.

91. Миронова, Т.К. Право на лекарственную помощь и лекарственное обеспечение. Вопросы российского и международного права / Т.К. Миронова // 2016. – № 5. – С. 97–112.

92. Мищенко, М.А. Нормирование числа аптечных организаций как фактор доступности лекарственной помощи населению / Мищенко М.А. [и др.] // Евразийское Научное Объединение. 2020. № 11-3 (69). С. 205-208.

93. Моргунова, Т. Б. Преддиабет: проблемы и пути решения / Т. Б. Моргунова [и др.] // МС. – 2021. – № 12.

94. Морозов, В. А. Разработка методических подходов к оптимизации лекарственного обеспечения больных сахарным диабетом Республики Северная Осетия-Алания: диссертация кандидата фармацевтических наук / В. А. Морозов. – Пятигорск, 2006. – 164 с.

95. Мохов, А. А. Принципы правового регулирования государственной модели национального здравоохранения / А. А. Мохов // Актуальные проблемы российского права. – 2021. – Т. 16, № 3. – С. 85–96.

96. Мусоев, С.М. Анализ практики закупки и пути повышения доступности лекарственных средств в медицинских учреждениях Таджикистана / Мусоев С.М. // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. 2006. Т. 49. № 6. С. 575-579.

97. Нагибин, О. А. Нормативно-правовое регулирование льготного лекарственного обеспечения в Российской Федерации / О. А. Нагибин [и др.] // Российский медико-биологический вестник. – 2019. – Т. 27, № 4. – С. 520-529.

98. Нагибин, О.А. Льготное лекарственное обеспечение: современное состояние нормативно-правого регулирования / Нагибин О.А. [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. 2021. № 3 (71). С. 18-23.

99. Наличие основных лекарственных средств и цены на них в Узбекистане. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2023. – 48 с.

100. Неинфекционные заболевания // Всемирная организация здравоохранения. – 2024. – 23 декабря. – URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

101. Никитин, Р. О. Изучение данных распространенности и заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа на территории Белгородской области / Никитин Р. О. // Сборник материалов молодежного Форума-слета. – Белгород, 2022. – С. 83–84.

102. Никитин, Р. О. Оценка информационных потребностей специалистов аптечных организаций / Р. О. Никитин [и др.] // Innovations in life sciences. – Белгород, 2023. – С. 354–355.

103. Никитин, Р. О. Маркетинговый анализ фармацевтического рынка лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета 2-го типа / Р. О. Никитин [и др.] // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2022. – Т. 24.

104. Никитин, Р. О. Оценка удовлетворенности доступностью и качеством оказания медицинской и фармацевтической помощи диабетическим больным / Р. О. Никитин [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы фармацевтической науки. – Кемерово: КемГМУ, 2024. – С. 129–131.

105. Никитин, Р. О. Исследование факторов макросреды, влияющих на медицинскую и фармацевтическую помощь больным диабетом / Р. О. Никитин // Фундаментальная наука и клиническая медицина. – Санкт-Петербург: Сциентиа, 2025. – Т. XXVIII. – С. 705–706.

106. Никитин, Р. О. Сравнительный анализ структуры ассортимента лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета 2-го типа / Р. О. Никитин // Фундаментальная наука и клиническая медицина. – Санкт-Петербург, 2023. – Т. XXVI. – С. 691–692.

107. Никитин Р.О. Оптимизация фармацевтической помощи больным, страдающим сахарным диабетом 2-го типа, в амбулаторных условиях 3.4.3. Организация фармацевтического дела. Диссертация на соискание учёной степени кандидата фармацевтических наук. Белгород. 2026 год

108. Об утверждении Положения о программе реимбурсации по возмещению затрат на лекарственные средства: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 02.10.2024 г. № 619.

109. Об утверждении Перечня лекарственных средств, предназначенных для льготного обеспечения при амбулаторном лечении: Постановление Министерства здравоохранения и Министерства финансов РУз от 18.11.2013 г. № 2522.

110. Об утверждении перечня основных лекарственных средств: Приказ министра здравоохранения Республики Узбекистан от 31.08.2023 г. № 3455.

111. Об утверждении перечня лекарственных средств, включённых в программу Реимбурсации: Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 226 от 24 августа 2025 года.

112. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

113. О внедрении системы обязательной цифровой маркировки «Asl Belgisi» // Информационный портал Aktualno.uz. – URL: https://aktualno.uz (дата обращения: 24.06.2026).

114. Овод, А.И Анализ ассортимента кортикостероидных препаратов с государственным регулированием ценообразования / Овод А.И., Олемская А.А., Новикова М.Д., Олейникова Т.А., Солянина В.А.// Фармация. - 2026.- №5.

115. О государственной социальной помощи: Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ.

116. О государственной поддержке развития медицинской промышленности: Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890.

117. О дополнительных мерах по углублению реформ в фармацевтической отрасли Республики Узбекистан: Постановление Президента Республики Узбекистан от 30.12.2019 г. № ПП-4554.

118. О мерах по реализации Закона Республики Узбекистан от 4 января 2016 года № ЗРУ-399: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 06.04.2017 г. № 185.

119. О мерах по дальнейшему совершенствованию порядка обеспечения лекарственными средствами отдельных категорий лиц на льготной основе: Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан от 22.07.2013 г. № 204.

120. О мерах по внедрению механизмов государственного медицинского страхования: Постановление Президента Узбекистана от 05.09.2024 г. № ПП-311.

121. О мерах по совершенствованию и расширению масштабов эндокринологической службы: Постановление Президента Республики Узбекистан от 26.01.2022 г. № ПП-102.

122. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда РФ от 10.09.2018 № 57-ГК18-13.

123. О Стратегии «Узбекистан – 2030»: Указ Президента Республики Узбекистан от 11.09.2023 г. № УП-158.

124. Основные лекарственные средства // Всемирная организация здравоохранения. – 2024. – 25 сентября. – URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/essential-medicines

125. Официальные данные Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан: письмо от 26.12.2025 г. № 04-30/32414.

126. Официальный сайт Агентства по статистике при Президенте Республики Узбекистан. – URL: https://stat.uz/

127. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. – URL: http://www.who.int/phi/cewg/en/

128. Официальный сайт АО «Dori-Darmon». – URL: https://doridarmon.uz/ru/menu/biz-haqimizda (дата обращения: 24.06.2026)

129. Панин, В. П. Государственное управление лекарственным обеспечением граждан льготной категории / В. П. Панин // Академическая публицистика. – 2021. – № 10-1.

130. Петров, В. И. Фармакоэкономический анализ эффективности комплексной терапии больных с сахарным диабетом 2-го типа / В. И. Петров [и др.] // Вестник ВолГМУ. – 2010. – № 1 (33).

131. Петрухина, И. К. Характеристика обеспечения необходимыми лекарственными препаратами федеральных льготополучателей Самарской области / И. К. Петрухина [и др.] // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2019. – № 6 (2). – С. 65–66.

132. Петрухина, И. К. Анализ реализации федеральной программы обеспечения необходимыми лекарственными препаратами в субъектах РФ / И. К. Петрухина [и др.] // Фармация и фармакология. – 2020. – Т. 8, № 4. – С. 273-284.

133. Петрухина, И.К. О реализации региональных программ льготного лекарственного обеспечения в субъектах Российской Федерации / И. К. Петрухина [и др.] // Здравоохранение РФ. – 2022. – № 2.

134. Программный комплекс "льготное лекарственное обеспечение" регизг. Ver. 2023" // Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2025612176, 28.01.2025.

135. Пузин, С.Н Обеспечение защиты прав инвалидов на доступ к лекарственным средствам. / Пузин С.Н. [и др.] // Успехи геронтологии. 2018. Т. 31. № 4. С. 581-587.

136. Раззакова, Ч.М. Исследование доступности лекарств в Республике Татарстан с использованием методологии ВОЗ/HAI: учеб. пособие / Ч.М. Раззакова, Л.Е. Зиганшина, Э.Г. Александрова. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2018. – 56 с.

137. Раззакова, Ч.М. Разработка направлений повышения доступности лекарственных средств в Республиках Кыргызстан и Татарстан с использованием методологии ВОЗ/HAI : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ч.М. Раззакова. – Москва, 2022.

138. Рахымбаев, Н.А. Лекарственное обеспечение больных туберкулезом: регулирование, доступность, ценовая политика и международный опыт финансирования (обзор) / Н.А. Рахымбаев [и др.] - 2025 г. Фтизиопульмонология.

139. Реестр лицензий / Государственное учреждение «Центр безопасности фармацевтической продукции» при Минздраве РУз. – URL: https://www.uzpharm-control.uz/ru/pages/Statistical_data_license

140. Резолюция, принятая Советом по правам человека 1 июля 2016 года. 32/15. Доступ к лекарственным средствам... // ООН.

141. Рейтинг стран мира по Индексу качества жизни / Гуманитарный портал. – URL: https://gtmarket.ru/ratings/quality-of-life-index

142. Рейтинг стран мира по уровню валового внутреннего продукта / Гуманитарный портал. – URL: https://gtmarket.ru/ratings/gross-domestic-product-ranking

143. Рейтинг стран мира по уровню занятости / Гуманитарный портал. – URL: https://gtmarket.ru/ratings/employment-ranking

144. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности жизни / Гуманитарный портал. – URL: https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index

145. Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение / Гуманитарный портал. – URL: https://gtmarket.ru/ratings/global-health-expenditure

146. Рейтинг стран мира по уровню продолжительности здоровой жизни / Гуманитарный портал. – URL: https://gtmarket.ru/ratings/healthy-life-expectancy-index (дата обращения: 10.03.2026).

147. Рейхтман, Т.В. Совершенствование государственных механизмов управления доступностью лекарственной помощи: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Т.В. Рейхтман. – Москва, 2018.

148. Роль Узбекистана на фармацевтическом рынке Азии // Proxima Research. – URL: https://proximaresearch.com/uz/ru/novosti/rol-uzbekistana-na-farmaczevticheskom-rynke-azii/

149. Романов, А.С. Осведомленность врачей и больных эпилепсией о льготном лекарственном обеспечении / Романов А.С. [и др.] // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2023. Т. 15. № 2. С. 107-114.

150. Саиди, П. Оценки глобальной и региональной распространенности диабета за 2019 год и прогнозы на 2030 и 2045 годы / П. Саиди [и др.] // Diabetes Research and Clinical Practice. – 2019. – Т. 157. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31518657/

151. Сайфуллоева, Д. Ф. Разработка концепции повышения качества лекарственного обеспечения населения Республики Таджикистан : диссертация кандидата фармацевтических наук / Д. Ф. Сайфуллоева. – 2021.

152. Сахарный диабет: эпидемия болезней / Ж. А. Анорбоев [и др.] // Science and Education. – 2023. – Т. 4, № 5. – С. 195-201.

153. Сахарный диабет // Здрав.Эксперт. – URL: https://zdrav.expert/index.php/Статья:Сахарный_диабет

154. Системы здравоохранения в Европе и США: опыт соглашений об управляемом доступе / Микеле Чулла [и др.] // National Library of Medicine. – 2023.

155. Совокупный доход населения в Республике Узбекистан // Агентство статистики при Президенте Республики Узбекистан. – URL: https://stat.uz/images/uploads/reliz-2023/aholi-turmush_26_10_2023_ruscha.pdf

156. Соколова, В.В. Оценка приверженности к лечению больных, страдающих сахарным диабетом / Соколова В.В. [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. 2022. № 6-2 (120). С. 120-125.

157. Спичак, И. В. Изучение лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на государственную социальную помощь / И. В. Спичак, Л. А. Лапшина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2016. – № 19 (240). – С. 156–161.

158. Спичак, И. В. Анализ финансовых затрат при реализации программ льготного лекарственного обеспечения граждан / И. В. Спичак, Л. А. Лапшина // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2017. – № 5 (254). – С. 108–112.

159. Спичак, И. В. Анализ ассортимента лекарственных препаратов, используемых при реализации программы «Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами...» / И. В. Спичак [и др.] // Вестник фармации. – 2017. – № 4 (78). – С. 13–18.

160. Султонов, А. Оценка приверженности к лечению и выявление препятствий к его соблюдению среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа в Узбекистане / А. Султонов [и др.] // Endocrine Abstracts. – 2024. – Т. 104, С. 71.

161. Сура, М.В. Лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях за счет средств региональных бюджетов / М. В. Сура // Управление

здравоохранением, медицинские технологии, оценка и выбор. – 2017. – № 3. – С. 41-52.

162. Сучкова, А.С. Особенности льготного лекарственного обеспечения категории "дети войны" в Оренбургской области / Сучкова А.С. [и др.] // В сборнике: Актуальные проблемы и достижения в медицине. 2017. С. 103-107.

163. Талозакова, А.К. Оценка уровня обеспеченности населения России лекарствами и их доступности на современном этапе / А. К. Талозакова // Кант. – 2021. – № 3 (40). – С. 101-105.

164. Тарабукина С.М. Физическая доступность лекарственных средств в арктических районах Республики Саха (Якутия) / Тарабукина С.М., Шишигина А.Н. // Север и рынок: формирование экономического порядка. 2023. Т. 26. № 4 (82). С. 190-205.

165. Тельнова, Е.А. Об уровнях, характеризующих систему доступности лекарственных препаратов / Е. А. Тельнова // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2016. – № 4. – С. 84-88.

166. Тельнова, Е.А. Анализ и оценка проблем лекарственного обеспечения Российской Федерации в современных условиях / Е. А. Тельнова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 415-420.

167. Тельнова, Е.А. О состоянии льготного лекарственного обеспечения / Е.А. Тельнова, А.А. Загоруйченко // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья Н.А. Семашко 2021 № 2 - С. 72-81.

168. Тимаков И.В. Экономическая доступность лекарственных средств для домохозяйств России / Тимаков И.В. // Народонаселение. 2023. Т. 26. № 4. С. 177-189.

169. Университет Джорджии «За десятилетие заболеваемость диабетом 2 типа увеличилась почти на 20%». – URL: https://news.uga.edu/type-2-diabetes-increased-by-almost-20/

170. Урманова, Ю. М. Распространенность различных форм несахарного диабета и его осложнений в Республике Узбекистан / Ю. М. Урманова, Д. И. Хамраева // Re-health journal. – 2020. – № 8.

171. Уровень жизни населения // Агентство статистики при Президенте Республики Узбекистан. – URL: https://stat.uz/uz/rasmiy-statistika/living-standards-2

172. Уткина, А.В. Оценка экономической доступности лекарственной помощи в Республике Мордовия / Уткина А.В. [и др.] // В книге: Перспективы внедрения инновационных технологий в медицине и фармации. Электрогорск, 2023. С. 132-134.

173. Фадеева, Е. В. Доступность лекарственных препаратов в условиях медикаментозного эмбарго: по материалам исследований / Е. В. Фадеева // Социологические исследования. – 2019. – № 4. – С. 78-83.

174. Фармацевтическая продукция Узбекистана // Medical Express. – URL: https://medicalexpress.uz/news/id=807

175. Фармацевтическая отрасль: стратегия возвеличивания достоинства человека и экономической стабильности // Национальное информационное агентство Узбекистана (УзА). – URL: https://uza.uz/uz/posts/farmacevticheskaya-otrasl-strategiya-vozvelichivaniya-dostoinstva-cheloveka-i-ekonomicheskoy-stabilnosti_828946 (дата обращения: 24.06.2026)

176. Федотов, Д. А. К вопросу о финансовом обеспечении полномочий регионов в сфере льготного лекарственного обеспечения / Д. А. Федотов // Управление в современных системах. – 2024. – № 3 (43). – С. 22-32.

177. Харина, И. А. Оценка доступности пероральных лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета 2-го типа в аптечных организациях г. Новосибирска / И. А. Харина, И. А. Джупарова // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2022. – № 3. – С. 15-22.

178. Хибиева А.З. Сахарный диабет и противодиабетические лекарственные средства / Хибиева А.З. // Тенденции развития науки и образования. С. 51-54.

179. Хомидов Ф.К. Клинико-лабораторные показатели и их связь с осложнениями сахарного диабета 2-го типа у пациентов различного возраста

Хомидов Ф.К. Абдуллаева Д.Г. / Научно-практическая конференция по науке и инновациям // С 40-41 in-academy.uz/index.php/si

180. Хосева, Е.Н. Эффективность и безопасность современных лекарств в призме мнения пациентов / Е.Н. Хосева, Т.Е. Морозова, Т.Б. Андрущишина // Клиническая фармакология и терапия. – 2012. – Т. 21 (1). – С. 30–34.

181. Цомартова Ф.В. Государственные гарантии доступности лекарственных средств в России и за рубежом / Цомартова Ф.В. // Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения. 2018. № 4 (71). С. 161-170.

182. Чичкова, В. В. Организация амбулаторной помощи пациентам с сахарным диабетом в условиях пандемии COVID-19 с применением телемедицинских технологий / В. В. Чичкова [и др.] // Сахарный диабет. – 2023. – № 26 (4). – С. 334–342.

183. Черникова, Л.Ю. Оценка ассортиментной доступности лекарственных средств для формирования регионального резерва в условиях импортозамещения / Черникова Л.Ю. [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. 2025. Т. 27. № 3. С. 125-132.

184. Шаповалов, В.В. Сравнительный анализ организации фармацевтической помощи в России, Украине и Белоруссии в обеспечении льготных категорий населения // Актуальные проблемы медицины // Научные ведомости БелГУ. 2015. № 10 (207). С. 226–238.

185. Шпилина, Д. Ю. Правовые аспекты льготного лекарственного обеспечения / Д. Ю. Шпилина // Молодой ученый. – 2026. – № 5.

186. Экономический рост Узбекистана // Информационный портал UZ24. – URL: https://www.uz24.uz/ru/articles/rost-25-3-8 (дата обращения: 24.06.2026)

187. Экономика Узбекистана: макроэкономические показатели // Информационно-новостной портал UPL.UZ. – URL: https://upl.uz/economy/ (дата обращения: 24.06.2026)

188. Юрьев, В. К. Оценка информированности родителей о правах ребенка в системе обязательного медицинского страхования / В. К. Юрьев, В. В. Соколова // Педиатрия. – 2019. – Т. 98, № 5. – С. 213–218.

189. Ягудина, Р. И. Фармакоэкономический анализ использования фиксированной комбинации метформина и глибенкламида в терапии сахарного диабета 2 типа / Р. И. Ягудина, И. В. Новиков // Фармакоэкономика: теория и практика. – 2016. – Т. 4, № 3. – С. 80–85.

190. 2023 год в сфере здравоохранения стал годом развития высокотехнологичной медицинской помощи в регионах // Пресс-служба Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. – URL: https://gov.uz/ru/ssv/news/view/4576

191. Access to medications among adults with type 2 diabetes using pharmacy- or clinic-based medication assistance programs: A systematic review / L. M. Ward [et al.] // J Am Pharm Assoc. – 2020 Nov-Dec;60(6):e411-e421.

192. American Diabetes Association Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017 / American Diabetes Association // Diabetes Care May. – 2018. – Vol. 41(5). – P. 917–928.

193. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Diabetes Technology: Standards of Care in Diabetes—2024 / American Diabetes Association Professional Practice Committee // Diabetes Care. – 2023. – Vol. 47. – № Supplement_1. – P. 126-144.

194. Biskupiak J. E. Cost-effectiveness of the tubeless automated insulin delivery system vs standard of care in the management of type 1 diabetes in the United States / J. E. Biskupiak, M. Ramos, C. J. Levy [et al.] // Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy. – 2023. – Vol. 29. – № 7. – P. 807-817.

195. Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation (DPV). – URL: https://buster.zibmt.uni-ulm.de/projekte/DPV/ (date accessed: 30.04.2025). – Text : electronic

196. Drummond M. F. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes / M. F. Drummond, M. J. Sculpher, K. Claxon, [et al.]. – 4th edition. – Oxford University Press, 2015. – 464 p.

197. Duncan, B. B. IDF Diabetes Atlas 11th edition / B. B. Duncan, D. J. Magliano, E. J. Boyko. – International Diabetes Federation, 2025. – 131 p. – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40874767/ (date accessed: 19.03.2026). – Text : electronic.

198. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2022. Diabetes Care / E. D. Parker [et al.]. – 2024 Jan 1. – Vol. 47(1). P. 26–43.

199. Health Action International provides survey reports. – URL: http://haiweb.org/survey-related-reports/

200. Henriksson M. A Systematic Review of Cost-Effectiveness Models in Type 1 Diabetes Mellitus / M. Henriksson, R. Jindal, C. Sternhufvud [et al.] // PharmacoEconomics. – 2016. – Vol. 34. – № 6. – P. 569-585

201. Herman W. H. The 30-year cost-effectiveness of alternative strategies to achieve excellent glycemic control in type 1 diabetes: An economic simulation informed by the results of the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications (DCCT/EDIC) / W. H. Herman, B. H. Braffett, S. Kuo [et al.] // Journal of Diabetes and Its Complications. – 2018. – Vol. 32. – № 10. – P. 934-939.

202. Human security now: protecting and empowering people / Commission on Human Security. 2003. – URL: https://digitallibrary.un.org/record/503749?ln=ru

203. Hughes J. D. The role of the pharmacist in the management of type 2 diabetes: current insights and future directions / J. D. Hughes [et al.] // Integr Pharm Res Pract. – 2017 Jan 16. – Vol. 6. – P. 15–27.

204. Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Medical Care in Diabetes – 2022 / K. Tieken [et al.] // Diabetes Care. – 2022;45(S1): S8–S16.

205. Jendle J. The Cost-Effectiveness of an Advanced Hybrid Closed-Loop System in People with Type 1 Diabetes: a Health Economic Analysis in Sweden / J. Jendle, M. I. Buompensiere, A. L. Holm [et al.] // Diabetes Therapy: Research,

Treatment and Education of Diabetes and Related Disorders. – 2021. – Vol. 12. – № 11. – P. 2977-2991

206. Kaiser, A. B. Global prevalence of type 2 diabetes over the next ten years (2018-2028) / A. B. Kaiser, N. Zhang, W. V. Pluijm // Diabetes. – 2018. – T. 67, № 2. – P. 202-210.

207. Life expectancy index // GTMarket. – URL: https://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index

208. Magliano D. J. IDF Diabetes Atlas 10th edition : IDF Diabetes Atlas / D. J. Magliano, E. J. Boyko, S. Karuranga, L. Piemonte. – 10th. – Brussels: International Diabetes Federation, 2021. – 141 p. – (date accessed: 30.04.2025).

209. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, Health Action International, 2008. – 316 p.

210. Nationella Diabetesregistret. – URL: https://ndr.registercentrum.se/ (date accessed: 30.04.2025). – Text : electronic

211. Pickup, J. C. The evidence base for diabetes technology: appropriate and inappropriate meta-analysis / J. C. Pickup // Journal of Diabetes Science and Technology. – 2013. – Vol. 7. – № 6. – P. 1567-1574.

212. Rasmussen L. Core concepts in pharmacoepidemiology: Measures of drug utilization based on individual-level drug dispensing data / L. Rasmussen, B. Wettermark, D. Steinke, A. Pottegård // Pharmacoepidemiology and drug safety. – 2022. – Vol. 31. – № 10. – P. 1015-1026.

213. Roze S. Long-term health economic benefits of sensor-augmented pump therapy vs continuous subcutaneous insulin infusion alone in type 1 diabetes: a U.K. perspective / S. Roze, J. Smith-Palmer, W. J. Valentine [et al.] // Journal of Medical Economics. – 2016. – Vol. 19. – № 3. – P. 236-242.

214. Samar A. Diabetes mellitus: Classification, mediators, and complications; A gate to identify potential targets for the development of new effective treatments / Samar A. Antar [et al.] // Biomedicine & Pharmacotherapy. – 2023. – Vol. 168.

СПИСОК ПРИЛОЖЕНИЙ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 — Лекарственная терапия при различных формах сахарного диабета (код по МКБ-10) и его осложнениях и наличие препаратов в перечне льготного обеспечения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 — Анализ группы A10A; A10B: препараты, зарегистрированные на территории Республики Узбекистан (отечественные, СНГ, зарубежные) по данным ГРЛС за 2021–2025 гг.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 — Анализ группы A10A; A10B препараты зарегистрированных (отечественное, СНГ, зарубеж) на территории РУз (по данным ГРЛС с 2021 по 2025 гг.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4 — Информация о лекарственных препаратах, предоставляемых бесплатно пациентам, имеющим льготы на амбулаторное лечение в медицинских учреждениях АО «Дори-Дармон», за 2021–2025 годы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5 — Сведения о лекарственных средствах, бесплатно отпускаемых пациентам, имеющим право на льготное амбулаторное лечение, через сеть социальных аптек АО «Дори-Дармон» за период 2021–2025 годов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6 — Анализ динамики отпуска бесплатных противодиабетических ЛП с наибольшим удельным весом в центральной аптеке АО «Дори-дармон» города Ташкент в 2022-2025 гг.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7 — Характеристика результатов социологического опроса (фармацевтов Дори-Дармон 151 респондентов).

ПРИЛОЖЕНИЕ 8 — Характеристика результатов социологического опроса (врачи-эндокринологи, 162 респондента).

ПРИЛОЖЕНИЕ 9 — Характеристика результатов социологического опроса (пациентов с сахарным диабетом 157 респондентов).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Лекарственная терапия при различных формах сахарного диабета (Код по МКБ-10) и его осложнениях (по стандартам лечения) и наличие препаратов в перечне льготного обеспечения

№	Заболевание	Код забол по МКБ	Назначаемые ЛП согласно стандартам лечения (АТХ коды)	Наличие в перечне льготных
1	Синдром сахарного диабета	E11.9	A10AC	+
			A10AE	+
			A10AB	+
			C02	-
			C10	-
			B01,07	-
			A12	-
			H03	-
			G03	-
2	Диабетическая нейропатия (1 и 2 типа)	E10.4, E11.4	N03AF01	+
			N03AX12	-
			N03AX16	-
			N06AA09	+
			N06AB05	-
			N06AB03	-
			N02AX02	+
			M02AB	
			N01BB02	-
			A16AX01	-
3	Сахарный диабет с острыми осложнениями	E10.0 E10.1 E11.0 E11.1	A10AC	+
			A10AE	+
			A10AB	+
			B05XA31	-
			B05CX01	-
			B05BA03	-
			A12BA01	-
			A03AD02	+
			R03DA05	+
			B05CB01	-
			Код Ф 03-А 04	
			Код А 10В	
			м А 11	
			Код С 01-С10	
			Код Н02-Р04	
			Код В	
			Код J	
			M03AC04	-
			M03AC01	

			M03AC03	
			A03BA01	-
			B05BA01,02,03,04,10	-
			B05AA01	-
			A11CC	-
4	Гестационный сахарный диабет	E24.4	A10AC	+
			A10AE	+
			A10AB	+
			B03BB01	-
			H03CA	-
5	Сахарный диабет во время беременности	24.0	A10AC	+
			A10AE	+
			A10AB	+
			B03BB01	-
			H03CA	-
7	Синдром несахарного диабета	E23.2	H01BA	-
			C03AA	-
8	Сахарный диабет 1 типа (у детей и подростков)	E10.9	A10AC	+
			A10AE	+
			A10AB	+
			A11CC	-
			H03, G03	-
			Глюкагон	
9	Диабетическая полинейропатия	E10.4	M03AC03	-
			N01AB06	-
			N01AX10	-
10	Сахарный диабет 1 типа с поражением почек и с множественными осложнениями	E13.4	M03AC03	-
			N01AB06	-
			N05CD08	-
			A03AD02	+
			R01AA07	-
			H01AB02	-
			H02AB06	+
			G02CB03	-
			G01AF11	-
			H01CB02	-
			B01AB01	-

Источник: составлено автором по электронным данным Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анализ группы A10A; A10B препараты зарегистрированных (отечественное, СНГ, зарубеж) на территории РУз (по данным ГРЛС с 2021 по 2025 гг.)

Группа A10A; A10B			
№	**Подгруппа**	**Количество МНН**	**Количество ТН**
Группа A10A Инсулины и аналоги			
1.	A10A Инсулины и аналоги	2	**1) Левимир ® Флекспен ®** (Раствор для инъекций 3 мл №5) **2) Новорапид ® Флекспен ®** (раствор для кожи и внутро венное ведение 100 ЕД/мл 3 мл №5)
2.	A10AB Инсулины короткого действия	4	**1) Хумадар ® Р 100 Р** (раствор для инъекций 100 МЕ 3 мл № 5 (картридж); 10 мл № 1 (флакон)) **2) Актрапид ®** (раствор для инъекций) **3) РинЛиз** (раствор для вв 100 МЕ/мл 3 мл №5 (картридж), 3 мл №5 (картридж+ручка)) **4) Ринсулин Р** (раствор для инъекций 100МЕ/мл 10мл №1 (флакон), 3 мл №5 (картридж), 3 мл №5 (картридж + ручка)) **5) Актропид ®Пенфилл ®** (раствор для инъекций 100МЕ/мл 3 мл №5(картридж)) **6) Басагол** (раствор для инъекций по 100 МЕ/мл 3 мл №5 (картридж)) **7) Новорапид ® Флекспен ®** (раствор для подкожного и вв 100 ЕД/мл по 3 мл №5 (шприц +-ручка))
3.	A10AC Инсулины средней продолжительности действия	1	**1) Хумадар ® Б 100 Р** (суспензия для инъекции 100 МЕ/мл 3 мл №5 (картридж), 10 мл №1 (флакон)) **2) Ринсулин НПХ** (суспензия для подкожного вед. 100 МЕ/мл 10 мл №1 (флакон), 3 мл №5 (картридж), 3 мл №5 (картридж+шприц+ручка)) **3) Инсуген N** (суспензия для инъекции 100МЕ/мл по 10 мл №1 (флакон) по 3 мл №5 (картридж)) **4) Инсуладард ® пенфилл ®** (суспензия для инъекции 100МЕ/мл 3 мл №5 (картридж)) **5) Инсулидд Р** (раствор для п/к ведения 100 МЕ/мл 3 мл №5 (картридж), 10 мл №1 (флакон)) **6) Инсулидд Н** (суспензия для п/к ведения 100 МЕ/мл 3 мл №5 (картридж), 10 мл №1 (флакон))

4.	A10AD Комбинированные инсулины	3	**1) Хумадар ® К 25 100 Р** (суспензия для инъекции 100 МЕ/мл 3 мл №5 (картридж), 10 мл №1 (флакон)) **2) Инсуген 30/70** (суспензия для инъекции 100 МЕ/мл 10 мл №1 (флакон)) **3) Микстард ®30** (суспензия для инъекции 100 МЕ/мл 10 мл №1 (флакон)) **4) Райзодег ® флестач ®** (раствор для инъекции 100 ЕД/мл 3 мл №5 (шприц-ручка)) **5) Ринлиз микс 25** (суспензия для подкожного ведения 100 МЕ/мл 3 мл №5(картридж), 3 мл №5 (картридж + шприц)) **6) Актрапид ® (**раствор для инъекции 100МЕ/мл 10 мл №1 (флакон))
5.	A10AE Инсулины длительного действия	5	**1) Тресиба ® флекстач ®** (раствор для инъекции 100 ЕД/мл по 3 мл №5 (шприц + ручка)) **2) Ринглар (**раствор для подкожного и ведения 100 ЕД/мл по 3 мл №5 (картридж), 3 мл №5 (картридж+ шприц +-ручка)**)** **3) Левемир ® флекспен ® (**раствор для инъекции 100 ЕД/мл по 3 мл №5 (шприц +-ручка) **4) Новомикс ® 30 флекспен® (**суспензия для инъекции 100 ЕД/мл по 3 мл №5 (шприц-ручка)) **5) Соликва ™ солостар ® (**раствор для инъекции 100 ЕД/мл по 3 мл №5 (шприц + ручка)) **6) Тутджео ™ солостар ® (**раствор для подкожного и ведения 300 ЕД/мл по 1,5 мл №3(шприц + ручка)**)**
Группа A10B Пероральные противодиабетические препараты			
1.	A10BA бигуаниды	2	**1) Метформин SD** (таб 850мг №10,20,30,60,100,120) **2) Метформин** (таб 500мг, 850мг №10,30,60,) **3) Улуфор** (таблетка № 30,60) **4) Метформин** (таб 500мг,850мг №20,30,60) **5) Диофармин** (таб 1000мг №30,60) **6) Метформин** (таб 500мг,850 мг,1000мг № 15,30,60,100,120 (банки)№10,20,30,40,50,60,80,90 (блистер)) **7) Метформин** (таб 500мг №10,30)

			8) Глюкофаж ® XR (таб 500 мг.1000 мг № 30;) **9) Глюпа** (таб 500 мг.850мг, 1000мг №60,500 (флакон), №60 (блистер)) **10) Зотамен-500,850,1000** (таб 500мг,850мг №100; 1000 мг №30,60) **11) Инсуфор** (таб 500мг,850мг,1000мг №30,60) **12) Мелпид 500** (таб 500мг №60) **13) Метафаж ®** (таб 500мг, 850мг,1000мг №30,60,100,120) **14) Метвин 500** (таб 500 мг №100) **15) Метсейф 500ER** (таб 500мг,1000 мг №30) **16) Метфогамма ®500,1000** (таб 500мг,1000мг №30,120) **17) Метфоксин ™** (таб 500мг №100) **18) Метфорвин ®** (таб 500мг,850мг,1000мг № 10,30,100) **19)Метформин** (таб 500мг,1000мг №60) **20) Ридформин 500,850,1000** (таб 500мг,850мг,1000мг №100) **21) Ридформин ER 1000** (таб 500мг,850мг,1000мг №100) **22) Русалит 500,850** (таб 500мг № 100; 85 мг №60) **23) Сиофор ® 1000** (таб 1000мг №30,60,120) **24) Тилформин 500** (таб 500 мг № 10,100) **25) Тилформин 850** (таб 850 мг № 10,100) **26) Метформин КФМ** (таб 500 №10,20,30,50 (блистер); № 10,20,30 (флакон, баночка)) **27) Ниофармин NGP** (таб 500мг,850мг,1000мг №10,20,30,40,50,60,15,45) **28) Улуфор ®** 500,850,1000 (таб 500мг,850мг,1000мг №30,60) **29) Энформин** (таб 1000мг №20,30,50,60,100,120 (флакон)) **30) Глюконил** (таб 1000мг № 60,500,850) **31) Диформин SR** (таб 1000 мг №30,60) **32) Диформин ® SR** (таб 1000 мг №30,60) **33) Мерифатин** (таб 500мг,850мг,1000мг №15,30,60,100,120 (банки); №10,20,30,40,50,60,80,90) **34) Метформин Авксима** (таб 500 мг,850мг,1000мг №30,60) **35) Акформин 500,1000** (таб 500мг,1000мг №100)

			36) Метафаж ® лонг (таб 500мг,750,1000мг №30,60) **37) Метсиф 500,1000** (таб 500мг,1000мг №30) **38) Сиофор 500,750,1000** (таб 500мг,750мг,1000мг № 60) **39) Форсон SR** (таб 500мг,1000мг №30) **40) Форсон** (таб 500мг №30) **41)Метфомиг SD** (таб 850мг №10,20,30,60,100,120) **42) Диоформин ®** (таб 1000мг №60) **43) Метфорвин ®** (таб 500мг,850мг,1000мг) **44) Метофаж ®** (таб 500мг,850мг,1000мг №30,60,100,120)
2.	A10BB производные сульфонилмочевины	3	**1) Амарилин SD** (таб 1мг,2мг,3мг,4мг №10,20,30,50) **2) Генезис-MR** (таб 30мг,60мг № 2,15,30,60) **3) Геперид ® 1,2,3,4** (таб 1мг,2мг,3мг,4мг №30) **4) Гликламид ® 5** (таб 5мг №50) **5) Глимекод** (таб 1мг,2мг, 3мг, 4мг №10,20,30,50,60,100) **6) Глимеперид** (1мг,2мг,3мг,4мг №10,20,30 (блистер); №30 (флакон)) **7) Диабетомиг SD** (таб 60мг №10,20,30,50,100) **8) Глибенкламид-здоровье** (таб 5 мг № 50(контейнер); №50,120 (блистер)) **9) Гликлазид MR** (таб 30 мг № 30,60) **10) Голда** (таб 30 мг № 10,20,30,40,50,60,70,80,90,100,120,150,180) **11) Геметаб -1**(таб 1 мг №1000) **12) Гликлада ®** (таб 30мг,60мг №30,60,90) **13) Глимадиен-1, Глимадиен-2** (таб 1мг+500мг, 2мг+500мг №30) **14)Антарис** (1мг,2мг,3мг,4мг №30) **15) Гли Диа МВ** (таб 60мг №30) **16) Глизид ER 60** (таб 60 мг №30) **17) Глюконо Вэкс** (таб 2мг,3мг,4мг №20) **18) Глюконорм 1, Глюконорм 2, Глюконорм 4** (таб 1мг,2мг,4мг №30) **19) Димарил** (таб 2мг,3мг,4мг №30) **20) Инсуприд** (таб 2мг,4мг № 30) **21) Прайд-2, Прайд-4** (таб 2мг,4мг №30) **22) Диасулин – NGP-MR** (таб 60 мг №30) **23) Голда МВ** (таб 60 мг №30) **24) Диаглезид ® MR** (таб 30 мг №30) **25) Гиметаб -1** (таб 1 мг №100)

3.	A10BD комбинированные пероральные препараты	10	**1) Глимет** (таб по 2 мг+500 мг №10) **2) Пиоглетон SEEM** (таб №10) **3) Улифор ® плюс** (таб №90) **4) Редуксин ® форте** (таб 850мг+10мг,850мг+15мг №30) **5)Аптин ® М** (таб 50мг/500мг,50мг/850мг №30) **6) Гальвусмет ®** (таб 80мг/500мг, 50мг/1000мг №60) **7) Глизид-М** (таб 80мг/500 мг №100) **8) Гликламин М** (таб 80мг+500мг №30) **9) Глиметон** (таб 2мг+500мг №10) **10) Дебистал – GM** (таб №10,100) **11) Зидеформ-40, Зидеформ-80** (таб 40мг+500мг,80мг+500мг №30) **12) Инсукомб** (таб 500мг/2,5 мг; 500 мг/5 мг №30,60) **13) Космет** (таб 500мг/50мг; 1000мг/50мг №10) **14) Лино-М 25/500; Лино-М 2,5/850** (таб 2,5 мг+500мг; 2,5мг+850мг №20) **15) Проглутрол G1, Проглутрол G2** (таб 1мг/500мг,2мг/500 №100) **16) Саклеч** (таб 1мг+500мг,2мг+500мг №30) **17) Спилота** 50/500,50/1000 (таб 50мг/500мг№20,28; 50мг/1000мг №18,28) **18) Гвиа – М** (таб 50мг/1000мг №14) **19) Допа-мет** (таб 5мг+850 мг №14; 5мг+1000мг №14) **20) Диампа – М** (таб 5мг/500мг,5мг/850мг,5мг/1000мг 12,5мг/500мг, 12,5мг/850мг, 12,5мг/1000мг №28) **21) Ксенгламид** (таб 5мг+500мг, №14,28) **22) Сиглип -М** (таб 50мг/500мг, 50мг/850мг, 50мг/1000мг №35) **23) Ситап ® М 50/500,50/1000** (таб 50мг/500 мг,50мг/850мг, 50мг/1000мг №30) **24) Торсин М 50+500,50+1000** (таб 50мг+500мг, 50мг+1000мг №10,30) **25) Ситофор – М** (таб 500мг/50мг №28,30) **26) Новусита – М** (таб 500мг/50мг №2,28)
4.	A10BJ Агонисты рецепторов GLP-1 (глюкагоноподобного пептида-1)	1	**1) Виктоза** (раствор для инъекции 6мг/мл по 3 мл №2 (шприц+ручка)) **2) Саксенда ®** (раствор для инъекции 6мг/мл по 3 мл №3 (шприц+ручка))
5.	A10BH Ингибиторы DPP-4	4	**1) Сатерекс ®** (таб 30мг №28,56,70,30, 60,90,120,84,98)

	(дипептидилпептидазы-4, «глиптины»)		**2) Вилглад** (таб 50 мг №100) **3) Гальвус ®** (таб 50 мг №56,28) **4) Птиаглин** (таб 25мг,50мг100мг №28) **5) Сиглип** (таб 50мг,100 мг № 35) **6) Силаптен** 100 (таб 100мг №30 №750 (банки)) **7) Ситап ®** 50,100 (таб №30) **8) Аптин** (таб 50мг № 30) **9) Ведика 100** (таб 100мг №16) **10) Вибайт 50** (таб 50мг №30) **11) Вилдарил 50,100** (таб 50мг,100мг №10,20,30) **12) Глиптус** (таб 50 мг № 10,20,30) **13) Айглип** (таб 50 мг № 30,60) **14) Глиптар** (таб 50мг №60) **15) Вилгалин** (таб 50мг №30) **16) Кадиглип** (таб 50мг №14) **17) Ситадиап ®** (таб 100 мг № 28) **18) Ситафор ®** (таб 50мг,100мг №2,28,30)
6.	A10BK Эмпаглифлозин	3	**1) Мер Джардинс** (таб 10мг,25мг №10,20,30,40,50) **2) Диампа** (таб 10мг,25мг №14) **3) Форсига ™** (таб 5 мг,10мг №28) **4) Эмаглиф 10,25** (таб 10мг,25мг №30,10) **5) Дапа** (таб 5 мг,10мг №14) **6) Дапавин 5** (таб 5 мг №30) **7) Дапазин** (таб 5 мг,10мг №28) **8) Диазак 5,10** (таб 5 мг,10мг №30) **9) Жарди** (таб 10 мг,25мг №14,28) **10) Ксенглю-мет** (таб 5 мг+1000мг;12,5 мг+500мг; 12,5мг+1000мг №14, 28) **11) Фарожард 10,25** (таб 10мг,25мг №30) **12) Эмпаг** (таб 10мг,25мг №14) **13) Дапига** (таб 5мг,10мг №28,30)
7.	A10BX Прочие противодиабетические препараты (пероральные)	1	**1) Субетта** (таблетки гамеопатические №20,40,100) **2) Ксенглю** (таб 10мг,20мг № 14,28) **3) Эмфлазин** (таб 10мг,15мг №2,30) **4) Эмфлазин ®** (таб 10мг,15мг №2,30)

Источник: составлено автором согласно Государственному реестру ЛС.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Анализ группы A10A; A10B препараты зарегистрированных (отечественное, СНГ, зарубеж) на территории РУз (по данным ГРЛС с 2021 по 2025 гг.)

Группа A10A; A10B			
№	**Подгруппа**	**Количество МНН**	**Количество ТН**
Группа A10A Инсулины и аналоги			
1	A10AB Инсулины короткого действия	5	8
2	A10AC Инсулины средней продолжительности действия	2	4
3	A10AD Комбинированные инсулины	3	6
4	A10AE Инсулины длительного действия	5	6
Группа A10B Пероральные противодиабетические препараты			
5	A10BA бигуаниды	2	44
6	A10BB производные сульфонилмочевины	3	25
7	A10BD комбинированные пероральные препараты	10	26
8	A10BJ Агонисты рецепторов GLP-1 (глюкагоноподобного пептида-1)	2	3
9	A10BH Ингибиторы DPP-4 (дипептидилпептидазы-4, «глиптины»)	4	18
10	A10BK Эмпаглифлозин	3	13
11	A10BX Прочие противодиабетические препараты (пероральные)	1	4

Источник: составлено автором согласно Государственному реестру ЛС.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Информация о лекарственных препаратах, предоставляемых бесплатно пациентам, имеющим льготы на амбулаторное лечение в медицинских учреждениях АО «Дори-Дармон», за 2021-2025 годы.

Т/р	Список заболеваний, отнесенных к категории «привилегированных».	количество рецептов	Количество бесплатных лекарств (тысячи в сумме)	количество рецептов	Количество бесплатных лекарств (тысячи в сумме))	количество рецептов	Количество бесплатных лекарств (тысячи в сумме)	количество рецептов	Количество бесплатных лекарств (тысячи в сумме)	количество рецептов	Количество бесплатных лекарств (тысячи в сумме)
		2021 год		2022 год		2023 год		2024 год		2025 год	
1	Пациенты с онкологическими заболеваниями.	70 463	5 220 458,4	67 904	5 320 962,2	66 470	5 566 815,4	74 813	7 585 490,3	79 255	8 177 294,6
2	Больные туберкулезом.	469	26 739,0	272	9 176,3	797	52 888,9	1 467	134 536,9	1 451	81 932,2
3	Больные лепрой.	35	3 268,1	0	0,0	0	0,0	85	4 339,0	0	0,0
4	Больные эндокринологическими заболеваниями (сахарный диабет и не сахарный диабет).	179 807	10 442 891,2	199 840	13 060 986,5	145 264	10 099 357,0	156 056	10 918 217,2	165 099	9 991 272,9
5	Люди с психическими заболеваниями.	233 131	6 112 923,8	240 067	7 142 041,0	245 460	8 241 195,1	150 401	5 402 604,9	141 669	4 657 513,4
6	ВИЧ-инфицированные.	32	3 234,2	1 173	69 215,1	42	2 855,5	202	4 292,1	1 689	76 339,4
7	Лица, перенесшие замену сердечных клапанов и трансплантацию органов.	381	18 361,8	447	160 059,0	700	212 366,3	400	93 264,9	279	32 191,1
8	Пациенты, проходящие плановый гемодиализ.							11 140	6 705 279,6	17 491	6 864 966,6
9	Одинокие пенсионеры, нуждающиеся в уходе.	10 321	432 526,6	8 196	819 400,7	4 832	361 574,1	10 606	558 481,7	4 892	461 881,6
10	Участники военного трудового фронта 1941-1945 годов.	1 057	50 968,4	624	35 497,3	407	31 612,0	722	69 792,4	99	13 397,8
11	Инвалиды и участники войны 1941-1945 годов, а также лица, приравненные к ним.	1 170	127 756,1	785	75 765,4	839	43 908,0	392	31 693,2	129	4 710,1
12	Лица с ограниченными возможностями, принимавшие участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС.	925	56 158,0	583	41 289,2	461	61 324,9	319	20 834,7	613	21 654,8
13	Международные бойцы.	5 196	295 524,7	3 882	312 577,4	2 699	254 290,1	2 068	207 697,3	1 743	119 609,1
14	Лица пенсионного возраста, прошедшие военную службу на полигонах ядерных испытаний и других радиационно-ядерных объектах.	452	62 399,2	143	40 370,7	149	52 788,0	45	18 756,5	16	1 437,1
	ВСЕГО	**503 439**	**22 853 209,5**	**523 915**	**27 087 340,7**	**468 120**	**24 980 975,1**	**408 716**	**31 755 280,5**	**414 424**	**30 504 201**

Источник: Официальные данные АО «Дори-Даромон»

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Сведения о лекарственных средствах, бесплатно отпускаемых пациентам, имеющим право на льготное амбулаторное лечение, через сеть социальных аптек АО „Дори-Дармон“ за период 2021–2025 годов

№т/р	«Общество с ограниченной ответственностью „Дори-Дармон“ и его акционерные общества»	Количество рецептов	Сумма бесплатно отпущенных лекарственных средств (тыс. сум)	Количество рецептов	Сумма бесплатно отпущенных лекарственных средств (тыс. сум)	Количество рецептов	Сумма бесплатно отпущенных лекарственных средств (тыс. сум)	Количество рецептов	Сумма бесплатно отпущенных лекарственных средств (тыс. сум)	Количество рецептов	Сумма бесплатно отпущенных лекарственных средств (тыс. сум)
		2021 год		2022 год		2023 год		2024 год		2025 год	
1	"Қоракалпак ДД" ООО	28 935	967 596,8	28 658	970 951,3	29 466	1 058 164,7	25 906	1 296 742	23 173	426 205,4
2	"Андижан ДД" АО	25 419	918 833,4	23 702	1 050 981,9	19 952	1 003 285,5	22 859	1 059 043	36 213	1 841 413,5
3	"Бухоро ДД" ООО	45 626	1 838 145,5	51 671	2 364 153,4	41 862	2 069 990,1	36 573	2 159 560	29 399	1 834 150,3
4	"Жиззах ДД" ООО	20 893	779 614,4	19 758	877 889,3	18 377	726 729,5	18 918	1 789 373	29 280	2 846 108,0
5	"Қашқадарё ДД" ООО	53 874	1 776 735,0	56 886	2 198 220,0	44 756	2 013 761,0	36 382	2 097 069	29 645	2 465 071,0
6	"Навоий ДД" АО	9 734	455 027,0	9 968	510 042,4	10 590	464 103,1	16 873	506 773	18 310	900 000,0
7	"Наманган ДД" АО	22 427	904 035,2	22 886	947 580,9	21 376	917 237,0	13 140	990 786	12 737	1 034 956,0
8	"Самарқанд ДД" АО	96 843	6 861 026,0	110 652	8 755 329,0	83 406	6 955 790,0	57 720	5 162 026	67 345	3 770 350,0
9	"Сурхондарё ДД" ООО	36 260	1 649 035,3	34 313	1 904 703,4	36 360	1 790 677,8	42 055	2 541 211	24 655	1 189 850,0
10	"Тошкент область.ДД"АО	39 792	1 565 264,4	42 006	1 620 787,8	38 111	1 725 985,8	24 136	1 589 210	28 599	2 162 169,7
11	"Фарғона ДД"АО	68 421	2 617 179,6	67 299	2 914 063,2	66 271	3 233 079,5	55 302	3 075 536	58 900	3 120 624,2
12	"Хоразм ДД" ООО	13 368	675 474,6	15 697	870 612,6	20 691	994 911,2	27 213	7 434 595	29 893	7 261 778,0
13	"Дори-Дармон" АК	41 847	1 845 242,4	40 419	2 102 024,9	36 902	2 027 259,8	31 639	2 053 356,4	26 275	1 651 524,6
Всего		**503 439**	**22 853 209**	**523 915**	**27 087 340**	**468 120**	**24 980 975**	**408 716**	**31 755 280**	**414 424**	**30 504 201**

Источник: Официальные данные АО «Дори-Даромон»

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Анализ динамики отпуска бесплатных противодиабетических ЛП с наибольшим удельным весом в центральной аптеке АО «Дори-дармон» города Ташкент в 2022-2025 гг.

2022 год *курс доллара 1доллар 10994 сум*						
№	**Наименование противодиабетических ЛП**	**Количество (уп.)**	**Сумма общая**		**Удельный вес в %**	
			сум	**долл. США**	**сум**	**долл. США**
1.	Актропид 10,0 мл №1 (флакон)	51	1 336200	121,53	1.40	1,40
		135	4 320000	393,0	4,53	4,52
2.	Актропид 3 мл №5	0,4	68000	6,20	0,07	0,07
3.	Асформин 850 №100	9	441000	40,11	0,46	0,46
4.	Асформин 1000 №100	40,5	2 389500	217,34	2,50	2,50
5.	Глюкотон MR 30 №30	7	231000	21,01	0,24	0,24
6.	Глимипирид 1 мг №30	2	36000	3,27	0,04	0,04
7.	Глюкофаж 1000 №60	1	162000	14,74	0,17	0,17
		7,5	787500	71,63	0,82	0,82
8.	Диаглизид 60 №30	4	258000	23,47	0,27	0,27
9.	Диоформин 1000 мг № 60	8	432000	39,29	0,45	0,45
		3	211500	19,24	0,22 %	0,22 %
10.	Диоформин 500 мг № 60	7,5	270000	24,56	0,28 %	0,28 %
11.	Диоформин 850 мг № 60	11,5	517500	47,07	0,54	0,54
12.	Диабетон MR 60 мг № 30	32	2 198400	199,96	2,30	2,30
		27	1 944000	176,82	2,04	2,04
		93	6 221700	565,92	6,52	6,52
		54	3 321000	302,07	3,48	3,48
13.	Инсуфор 1000 №30	4	186000	16,92	0,19	0,19
14.	Инсулатард 10 мл	16	419200	38,13	0,44	0,44
		240	7 680000	698,56	8,05	8,04
15.	Лантус № 5 (ручка)	5,2	2 730000	248,32	2,86	2,86
		6	3 288000	299,07	3,44	3,44
		16,3	9 372500	852,51	9,82	9,82
16.	Микстард 10,0 мл №1	40	1 200000	109,15	1,26	1,26
		126	4 032000	366,75	4,22	4,22
17.	Микстард 3 мл №5 Ручка	7	1 225000	111,42	1,28	1,28
18.	Метформин 1000 №30	8	187200	17,03	0,20	0,20
		187	5 610000	510,28	5,88	5,87
		3	47700	4,34	0,05	0,05
19.	Метформин 500 №30	21	126000	11,46	0,13	0,13
		78	819000	74,50	0,86	0,86
		247	4 446000	404,40	4,66	4,66
20.	Метфогамма 1000 № 120	9,5	1 539000	140,00	1,61	1,61
21.	Метфогамма 500 № 120	1	120000	11,00	0,13	0,13
22.	Метфогамма 850 № 120	1,25	168750	15,35	0,18	0,18
23.	Метформин 850 № 30	52	826000	75,13	0,87	0,86
		39	783000	71,22	0,82	0,82
		25	600 000	54,60	0,63	0,63

		1	32400	2,95	0,03	0,03
		0,6	29400	2,70	0,03	0,03
24.	Метформин 850 № 60	7	226800	20,63	0,24	0,24
25.	Новорапид 100 ЕД № 5	1	417500	40,00	0,44	0,46
		1	430000	39,11	0,45	0,45
26.	Сиофор 500 № 60 (таб)	79	3 792000	345,0	3,97	3,97
27.	Сиофор 850 мг № 60	77	4 604600	419,0	4,82	4,82
28.	Сиофор 1000 №60	216	14 904000	1355,65	15,61	15,61
29.	Хумадар Б 10,0 мл	14	78200	7,11	0,08	0,08
		143	396200	36,04	0,42	0,041
ВСЕГО		2165,25	95462750	8685,56	100	100

Общее 2083 шт рецептов из них 1401 рецепт для для пациентов с сахарным диабетом Отеч производства (Глимеперид 1,2,3,4 мг № 10,20,30; Метформин 500, 850, 1000 № 10, 20, 30) остальные СНГ и Зарубеж

2023 год курс доллара 1доллар 11400 сум

№	**Наименование противодиабетических ЛП**	**Количество (уп.)**	**Сумма общая**		**Удельный вес в %**	
			сум.	**долл. США**	**сум.**	**долл. США**
1	Актропид 3 мл №5	2	368000	32,30	0,62	0,62
2	Актропид 10,0 мл №1 (флакон)	6	192000	17,0	0,32	0,33
		1	33500	3,0	0,06	0,06
		25	847500	74,34	1,43	1,43
		18	615600	54	1,04	1,04
3	Асформин 1000 №100	20,2	1 292800	113,4	2,19	2,19
4	Асформин 850 №100	1,2	76800	7,0	0,13	0,14
5	Глюкотон MR 30 №30	4	297600	26,1	0,50	0,50
		4	132000	11,6	0,22	0,22
6	Галоперидол 1,5 мг №50	1	27 500	2,4	0,05	0,05
7	Глюкофаж 1000 №60	1	105000	9,2	0,18	0,18
8	Глюкофаж 500 №60	2	108000	9,5	0,18	0,18
9	Глимипирид 1 мг №30	8	276000	24,21	0,47	0,47
		5	90000	8,0	0,15	0,15
10	Диаглизид 60 №30	4	266400	23,4	0,45	0,45
11	Диоформин 500 мг № 60	1	44700	4,0	0,08	0,08
12	Диабетон MR 60 мг № 30	37,5	2 306250	202,3	3,90	3,90
		65	4 543500	399,0	7,69	7,70
13	Инсулатард 10 мл	32	1 094400	96	1,85	1,85
		47	1574 500	138,11	2,66	2,66
14	Лантус № 5 (ручка)	5	2 875000	252,2	4,86	4,86
		4,3	2 838000	249,0	4,80	4,80
15	Микстард 10,0 мл №1	47	1 593300	140,0	2,70	2,70
		71	2 272000	199,3	3,84	3,84
16	Метформин 1000 №30	214	7 254600	636,4	12,27	12,27
		102	3 060000	268,4	5,18	5,18
		2	71600	6,3	0,12	0,12
		9	162000	14,2	0,27	0,27
17	Метформин 500 №30	60	1 080000	95,0	1,83	1,83

		117,5	2 502750	219,5	4,23	4,23
18	Метфогамма 1000 № 120	0,75	112500	10,0	0,19	0,19
19	Метфогамма 500 № 120	1	120000	10,5	0,20	0,20
20	Метфогамма 850 № 120	0,25	33750	3,0	0,06	0,06
21	Метформин 850 № 30	52	1248 000	109,5	2,11	2,11
22	Метофаж 1000 №30	39	858000	75,3	1,45	1,45
23	Метофаж 500 №30	7	137550	12,1	0,23	0,23
		41	738000	65,0	1,25	1,25
24	Новорапид 100 ЕД № 5	4	208000	18,2	0,35	0,35
		5,1	2 320500	204,0	3,93	3,93
25	Сиофор 500 № 60 (таб)	19	946200	83	1,60	1,60
26	Сиофор 850 мг № 60	11	656700	58,0	1,11	1,12
	Сиофор 850 мг № 60	32	1 920 000	168,4	3,25	3,25
		1,5	103050	9,0	0,17	0,17
27	Сиофор 1000 №60	71	4 899000	430,0	8,29	8,29
		83	5 478000	480,5	9,27	9,27
28	Хумадар Р10,0 мл	4	88000	8,0	0,15	0,15
29	Хумадар К 25 10,0 мл	2	56400	5,0	0,10	0,10
30	Хумадар Б 10,0 мл	27	761400	67,0	1,29	1,29
		4	108000	9,5	0,18	0,18
		14	308000	27,0	0,52	0,52
ВСЕГО		1335,1	59 102350	5184,4	100	100

Общее 1612 шт рецептов из них 826 рецепт для пациентов с сахарным диабетом

2024 год ***курс доллара 1доллар 12420 сум***

№	**Наименование противодиабетических ЛП**	**Количество (уп.)**	**Сумма общая (сум. и в долл. США)**		**Удельный вес по сум. и в долл. США**	
			сум.	**долл. США**	**сум.**	**долл. США**
1	Асформин 850 №100	0,6	38100	3,1	0,08 %	0,08 %
2	Асформин 850 №60	1	76800	6,2	0,16 %	0,17 %
3	Актропид 10,0 мл №1 (флакон)	22	752400	60,6	1,61 %	1,61 %
		7	267400	21,5	0,57 %	0,57 %
4	Диаглизид 60 №30	2	148 800	12,0	0,32 %	0,32 %
		14	1 140 300	92,0	2,44 %	2,45 %
		2	153 000	12,3	0,33 %	0,33 %
		1,5	126 000	10,1	0,27 %	0,27 %
		11	941 600	76,0	2,02 %	2,02 %
		9	783 000	63,0	1,68 %	1,68 %
		6	547200	44,1	1,17 %	1,17 %
5	Диформин 500 мг № 60	2	99800	8,0	0,21 %	0,21 %
		2	107400	9,0	0,23 %	0,24 %
6	Диформин 1000 мг № 60	3	161100	13,0	0,35 %	0,35 %
7	Диформин 850 мг № 60	5	322500	26,0	0,69 %	0,69 %
8	Диабетон MR 60 мг № 30	14	978600	79,0	2,10 %	2,10 %
		2	156200	12,6	0,33 %	0,34 %
		70	6027 000	485,3	12,92 %	12,92 %

9	Инсулатард 10 мл	28	957600	77,1	2,05 %	2,05 %
		44	1 680800	135,3	3,60 %	3,60 %
10	Лантус № 5 (ручка)	6	3 960000	319,0	8,49 %	8,49 %
		8	5 913600	476,1	12,67 %	12,67 %
11	Микстард 10,0 мл №1	23	779700	63,0	1,67 %	1,68 %
		64	2 419200	195,0	5,18 %	5,19 %
12	Метформин 1000 №30	79,5	2 241900	180,5	4,81 %	4,80 %
		4	126000	10,1	0,27 %	0,27 %
13	Мерифатин 1000 №60	20	1 056 000	85,0	2,26 %	2,26 %
		20	1 945800	157,0	4,17 %	4,18 %
14	Мерифатин 850 №60	4	120000	10,0	0,26 %	0,27 %
15	Мерифатин 500 №60	7	182 700	15,0	0,39 %	0,40 %
		2,5	69 000	5,5	0,15 %	0,15 %
		15	438000	35,3	0,94 %	0,94 %
16	Метфогамма 500 № 120	3	378 000	30,4	0,81 %	0,81 %
		3	211500	17,0	0,45 %	0,45 %
17	Метформин 850 № 30	6	162000	13,0	0,35 %	0,35 %
		23	690000	55,5	1,48 %	1,48 %
19	Сиофор 850 № 60 (таб)	7,5	515250	41,5	1,10 %	1,10 %
		10,5	806400	65,0	1,73 %	1,73 %
19	Сиофор 1000 №60	35	2 415000	194,4	5,18 %	5,17 %
		8	616 800	50,0	1,32 %	1,33 %
		71	5 112000	412,0	10,95 %	10,97 %
20	Сиофор 500 №60	14	697200	56,1	1,49 %	1,49 %
		2	111200	9,0	0,24 %	0,24 %
21	Сиофор XR 1000 №60	1	108000	9,0	0,23 %	0,24 %
		1	120900	10,0	0,26 %	0,27 %
Всего		697,1	46 661750	3757,0	100 %	100 %
Общее 618 шт рецептов из них 483 шт для пациентов с сахарным диабетом						
2025 год курс доллара 1доллар 12000 сум						
№	**Наименование противодиабетических ЛП**	**Количество (уп.)**	**Сумма общая (сум. и в долл. США)**		**Удельный вес по сум. и в долл. США**	
			сум.	**долл. США**	**сум.**	**долл. США**
1	Актропид 10,0 мл №1 (флакон)	19	725800	60,5	4,49 %	4,49 %
2	Глюкофаж 500 №60	1	74400	6,2	0,46 %	0,46 %
3	Глюкофаж XR №60	1	204000	17	1,26 %	1,26 %
4	Диабетон MR 60 мг № 30	20	1 706000	142,2	10,56 %	10,56 %
		30	2 646000	220,5	16,38 %	16,38 %
		7	574630	48,0	3,56 %	3,57 %
5	Диаглизид 60 №30	7,5	630 000	52,5	3,90 %	3,90 %
		11	844800	70,4	5,23 %	5,23 %
		4	351600	29,3	2,18 %	2,18 %
6	Инсулатард 10 мл	26	993200	83,0	6,15 %	6,17 %
7	Зотомед 500 мг №100	1,6	45 040	3,8	0,28 %	0,28 %
8	Микстард 10,0 мл №1	8	302400	25,2	1,87 %	1,87 %

9	Новапирид 100 ЕД 3 мл №5	4	2 381200	198,4	14,74 %	14,74 %
		0,6	366000	30,5	2,27 %	2,27 %
10	Сиофор 1000 №60	11	792000	66,0	4,90 %	4,90 %
		14	1062 600	88,5	6,58 %	6,57 %
11	Сиофор 850 мг № 60	2	153600	12,8	0,95 %	0,95 %
12	Хумадар К 10 мл	17	598400	50,0	3,70 %	3,71 %
13	Хумадар К 25 10 мл	10	330000	27,5	2,04 %	2,04 %
14	Хумадар В 10 мл	39	1 372800	114,4	8,50 %	8,50 %
ВСЕГО		233,7	16 154470	1346,2	100 %	100 %
Общее 399 шт рецептов из них 149 для диабета						

Источник: составлено автором по данным центральной аптеки АО «Дори-Дармон» г. Ташкент

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Характеристика результатов социологического опроса фармацевтов Дори-Дармон (151 респондент)

Вопросы анкеты	Количество ответов	
	Абс.	Доля, %
1. Ваш пол:		
мужской	44	29,0
женский	107	71,0
2. Ваш возраст:		
до 30 лет	34	22,5
31–40 лет	48	31,8
41–50 лет	37	24,5
51–60 лет	25	16,6
старше 60 лет	7	4,6
3. Стаж работы в аптечной организации:		
До 5 лет	37	24,5
5-10 лет	42	27,9
10-20 лет	44	29,1
более 20 лет	28	18,5
4. Должность:		
Провизор	22	14,6
Фармацевт	82	54,3
Заведующий аптекой	44	29,1
Заместитель заведующего	3	2,0
5. Тип аптечной организации:		
государственная	108	71,5
частная	4	2,7
Аптечный пункт при медицинской организации	39	25,8
6. Регион работы:		
г. Ташкент	55	36,4
областной центр	21	14,0
район	36	23,8
сельская местность	39	25,8
7. Осуществляется ли в Вашей аптеке отпуск лекарственных препаратов в рамках льготного лекарственного обеспечения?		
регулярно	110	72,9
периодически	13	8,6
редко	23	15,2
не осуществляется	5	3,3
8. Как часто пациенты обращаются за льготными препаратами?		
ежедневно	97	64,2
несколько раз в неделю	48	31,8
несколько раз в месяц	6	4,0
9. Часто ли возникают случаи отсутствия льготных препаратов на складе?		
очень часто	48	31,8
иногда	70	46,4

редко	28	18,5
практически не возникают	5	3,3
10. Бывают ли задержки поставок льготных лекарственных средств?		
часто	33	21,8
иногда	70	46,4
редко	31	20,5
нет	17	11,3
11. Случаются ли случаи отпуска препаратов с минимальным остаточным сроком годности?		
да	18	11,9
нет	124	82,1
затрудняюсь ответить	9	6,0
12. Насколько удобна система работы с электронными рецептами?		
полностью удобна	42	27,8
имеются технические сложности	102	67,6
неудобна	7	4,6
13. Возникают ли трудности при подтверждении и обработке льготных рецептов?		
часто	14	9,3
иногда	77	51,0
редко	44	29,1
нет	16	10,6
14. Своевременно ли осуществляется финансирование отпущенных льготных препаратов?		
да	102	67,6
бывают задержки	18	11,9
затрудняюсь ответить	31	20,5
15. Возникают ли разногласия с пациентами по вопросам льготного обеспечения?		
часто	12	8,0
иногда	44	29,1
редко	58	38,4
нет	37	24,0
16. Достаточен ли ассортимент льготных лекарственных средств для обеспечения пациентов?		
да	36	23,8
частично	83	55,0
нет	32	21,2
17. ЛП каких производителей чаще всего отпускаются по льготе?		
отечественные	42	27,8
импортные	4	2,7
отечественные и импортные	105	69,5
18.Считает ли вы качество льготных препаратов удовлетворительным?		
да	103	68,2
частично	41	27,2
нет	7	4,6
19. Приходится ли пациентам дополнительно приобретать препараты за собственные средства?		
часто	18	11,9
иногда	69	45,7
редко	52	34,4

нет	12	8,0
20. Способствует ли система льготного лекарственного обеспечения улучшению доступности лекарственной помощи населению?		
да	122	80,8
частично	28	18,5
нет	1	0,7
21. Оцените эффективность действующей системы льготного лекарственного обеспечения по 5-балльной шкале:		
1	2	1,32
2	4	2,65
3	45	29,80
4	52	34,43
5	48	31,80
22. Если Вы оценили систему на 1–2 балла, укажите причины неудовлетворённости: **Примечание: на данный вопрос отвечали только респонденты, оценившие эффективность системы на 1–2 балла (n = 6, вопрос 21). Остальные респонденты (n = 145), поставившие оценку 3 балла и выше, на данный вопрос не отвечали.*		
Положенных лекарств нет вовремя	4	2,7%
Ассортимент не достаточен	2	1,3
23. Необходимо ли расширение перечня льготных лекарственных средств?		
да	142	94%
нет	9	6%
24. Следует ли предусмотреть возможность выбора производителя с частичной доплатой пациента?		
да	105	70%
нет	46	30%
25. Какие изменения Вы считаете необходимыми в системе льготного лекарственного обеспечения? ** Примечание: Ответы всех респондентов были систематизированы и объединены в категории по смысловому сходству.*		
1. Расширение ассортимента и перечня льготных лекарственных средств 2. Обеспечение своевременной и бесперебойной поставки лекарственных средств и совершенствование логистики 3. Совершенствование электронной системы и устранение технических неполадок 4. Повышение качества и доступности лекарственных средств 5. Включение импортных лекарственных средств в систему льготного обеспечения 6. Повышение информированности населения о льготном лекарственном обеспечении 7. Совершенствование организационных механизмов назначения и отпуска лекарственных средств 8. Изменения не требуются / удовлетворены действующей системой		
26. Ваши предложения по совершенствованию лекарственного обеспечения населения: ** Примечание: Ответы всех респондентов были систематизированы и объединены в категории по смысловому сходству.*		
1.Расширение перечня и ассортимента льготных лекарственных средств; 2. Своевременное, полное и бесперебойное обеспечение лекарственными средствами и улучшение логистики; 3. Обеспечение населения качественными и доступными по цене лекарственными средствами; 4. Включение импортных лекарственных средств в систему льготного обеспечения;		

5. Совершенствование электронной системы и устранение технических неполадок;
6. Повышение информированности населения о льготном лекарственном обеспечении;
7. Совершенствование организации льготного лекарственного обеспечения и обслуживания пациентов;
8. Увеличение финансирования системы лекарственного обеспечения;
9. Улучшение условий труда медицинских и фармацевтических работников;
10. Расширение перечня заболеваний и показаний для льготного обеспечения;
11. Усиление профилактической и санитарно-просветительной работы;
12. Изменения не требуются / удовлетворены действующей системой;
13. Неопределённые / неинформативные ответы.

Источник: составлено авторами

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Характеристика результатов социологического опроса врачей-эндокринологов (162 респондента)

Вопросы анкеты	Количество ответов	
	Абс.	Доля, %
1. Ваш пол:		
мужской	30	18,5
женский	132	81,5
2. Ваш возраст:		
до 30 лет	32	20,0
31-40 лет	51	31,5
41-50 лет	42	26,0
51-60 лет	30	18,5
старше 60 лет	7	4,0
3.Стаж работы врачом-эндокринологом:		
до 5 лет	66	40,7
5-10 лет	21	13,0
10-20 лет	42	26,0
более 20 лет	33	20,3
4. Место работы:		
Городская поликлиника	89	55,0
районная поликлиника	29	17,9
специализированный эндокринологический центр	43	26,5
частная медицинская организация	1	0,6
5. Регион работы:		
г. Ташкент	45	27,7
областной центр	92	56,7
район	24	15,0
сельская местность	1	0,6
6. Назначаете ли Вы пациентам лекарственные препараты в рамках льготного лекарственного обеспечения?		
регулярно	106	65,4
иногда	32	19,8
редко	6	3,7
не назначаю	18	11,1
7. Какие заболевания чаще всего обеспечиваются по льготе?		
сахарный диабет 1 типа	42	25,9
сахарный диабет 2 типа	89	54,9
заболевания щитовидной железы	10	6,2
ожирение	5	3,1
Другие ответы	16	9,9
8. Удовлетворены ли Вы перечнем лекарственных препаратов, доступных по льготе?		
полностью удовлетворён(а)	62	38,3
частично удовлетворён(а)	97	59,8
не удовлетворён(а)	3	1,9

9. Достаточен ли ассортимент препаратов для достижения клинических целей лечения?		
да	78	48,1
нет	48	29,6
затрудняюсь ответить	36	22,3
10. Насколько удобен механизм выписки электронных рецептов?		
полностью удобен	60	37,0
имеются технические сложности	94	58,0
неудобен	8	5,0
11. Как Вы оцениваете уровень информированности пациентов о системе льготного лекарственного обеспечения?		
высокий	47	29,0
средний	97	59,9
низкий	18	11,1
12. Отказываются ли пациенты от льготного обеспечения?		
часто	17	10,5
иногда	70	43,2
редко	47	29,0
нет	28	17,3
13. Основные причины отказа пациентов (при наличии) ** Примечание: Ответы всех респондентов были систематизированы и объединены в категории по смысловому сходству.*		
1. *отсутствие случаев отказа;* 2. *недостаточная эффективность и/или нежелательные реакции;* 3. *предпочтение другого препарата или схемы терапии;* 4. *отсутствие необходимого препарата и ограниченность ассортимента;* 5. *предпочтение определённого производителя/оригинального или импортного препарата;* 6. *самостоятельное приобретение лекарственных средств;* 7. *неудовлетворённость качеством и недоверие к предоставляемым препаратам;* 8. *организационно-территориальные трудности получения льготных лекарственных средств.*		
14. Способствует ли система льготного лекарственного обеспечения улучшению приверженности пациентов к лечению?		
да	101	62,3
частично	57	35,2
нет	4	2,5
15. Приходится ли пациентам дополнительно приобретать препараты за собственные средства?		
часто	39	24,1
иногда	84	51,9
редко	31	19,1
нет	8	4,9
16. Оцените эффективность системы льготного лекарственного обеспечения по 5-балльной шкале:		
1	7	4,3
2	14	8,6
3	43	26,5
4	68	42,0
5	30	18,6

17. Если Вы оценили систему на 1–2 балла, укажите причины неудовлетворённости.

** Примечание: Ответы всех респондентов были систематизированы и объединены в категории по смысловому сходству.*

1. Недостаточный ассортимент и ограниченность перечня льготных лекарственных средств.
2. Отсутствие отдельных необходимых групп лекарственных препаратов в системе льготного обеспечения.
3. Несвоевременное обеспечение льготными лекарственными средствами.
4. Технические сбои и трудности при работе с электронной системой.
5. Недостатки организационного механизма назначения и отпуска лекарственных средств.
6. Ограниченность финансирования системы льготного лекарственного обеспечения.
7. Недостаточная подготовленность отдельных специалистов.
8. Необходимость расширения объёма бесплатного лекарственного обеспечения.

18. Необходимо ли расширение перечня льготных лекарственных средств?

да	147	90,7
нет	15	9,3

19. Следует ли предусмотреть возможность выбора производителя лекарственных препаратов с частичной доплатой пациента?

да	115	71,0
нет	47	29,0

20. Какие изменения Вы считаете необходимыми в системе льготного лекарственного обеспечения?

** Примечание: Ответы всех респондентов были систематизированы и объединены в категории по смысловому сходству.*

1. Расширение перечня и ассортимента льготных лекарственных средств.
2. Включение современных, комбинированных лекарственных препаратов и аналогов инсулина.
3. Обеспечение своевременной, бесперебойной поставки и достаточного количества лекарственных средств.
4. Повышение качества предоставляемых лекарственных средств и усиление контроля их качества.
5. Совершенствование организационного механизма назначения и отпуска льготных лекарственных средств.
6. Расширение полномочий профильных специалистов при назначении лекарственных средств в рамках реимбурсации.
7. Упрощение процедуры оформления и получения льготных лекарственных средств, сокращение очередей и бюрократических процедур.
8. Совершенствование и автоматизация электронной системы льготного лекарственного обеспечения.
9. Обеспечение возможности выбора лекарственного препарата или его аналога с частичной доплатой пациента.
10. Расширение обеспечения пациентов медицинскими изделиями для контроля сахарного диабета (глюкометры, тест-полоски, системы непрерывного мониторинга глюкозы).
11. Увеличение объёма финансирования системы льготного лекарственного обеспечения.
12. Увеличение периода единовременной выдачи лекарственных средств пациентам с хроническими заболеваниями.
13. Расширение перечня заболеваний и показаний, охватываемых системой льготного лекарственного обеспечения.

14. Повышение информированности пациентов и медицинских работников о порядке льготного лекарственного обеспечения. 15. Совершенствование контроля за назначением, отпуском и получением льготных лекарственных средств. *16.* Изменения не требуются / удовлетворены действующей системой.
21. *Ваши предложения по совершенствованию лекарственного обеспечения пациентов с эндокринными заболеваниями* ** Примечание: Ответы всех респондентов были систематизированы и объединены в категории по смысловому сходству.*
1. Расширение перечня и ассортимента лекарственных средств. 2. Включение современных сахароснижающих препаратов, комбинированных препаратов и аналогов инсулина. 3. Повышение качества и эффективности предоставляемых лекарственных средств. 4. Обеспечение своевременных, бесперебойных и полных поставок лекарственных средств. 5. Индивидуализация лекарственного обеспечения с учётом типа и тяжести эндокринного заболевания. 6. Расширение льготного обеспечения при различных эндокринных заболеваниях и сопутствующих состояниях. 7. Совершенствование механизмов назначения и отпуска лекарственных средств и повышение роли врача-эндокринолога. 8. Упрощение процедуры получения и повышение территориальной доступности лекарственных средств. 9. Совершенствование финансирования, цифрового контроля, хранения и логистики лекарственных средств. 10. Расширение обеспечения средствами самоконтроля сахарного диабета.

Источник: составлено авторами

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Характеристика результатов социологического опроса пациентов с сахарным диабетом (157 респондентов)

Вопросы анкеты	Количество ответов	
	Абс.	Доля, %
1. Ваш пол:		
мужской	56	35,7
женский	101	64 ,3
2. Ваш возраст:		
25-44 лет	29	18,5
45-59 лет	51	32,5
60-74 лет	64	40,7
75-89 лет	13	8,3
старше 90 лет	-	-
3. Ваш уровень образования:		
среднее	40	25,5
среднее специальное	31	19,7
незаконченное высшее	14	8,9
высшее	72	45,9
4. Населённый пункт (место проживание):		
город	121	77,1
село	36	22,9
5. Трудовая занятость:		
учащий(ая)ся	7	4,5
инвалид	-	-
работающий	26	16,6
пенсионер	78	49,6
самозанятый	2	1,3
безработный (ая)	11	7,0
пенсионер по инвалидности	23	14,6
предприниматель	7	4,5
другое	3	1,9
6. Сопутствующие болезни		
да	92	58,6
нет	65	41,4
7. Ежемесячный доход		
до 500 тыс сум/мес	15	9,6
от 500 тыс до 1 млн сум/мес	45	28,7
от 1до 2 млн сум/мес	36	22,9
выше 2 млн сум/мес	61	38,8
8. С какого времени болезнь		
меньше 1 года	11	7,0
меньше 5 лет	30	19,1
больше 5 лет	116	73,9
9. Отказ от ЛЛО		
да	44	28,0
нет	113	72,0
10. Причина отказа		

Несоответствие препаратов индивидуальным потребностям пациента Неудовлетворительное качество льготных препаратов Организационные трудности Недостаточная информированность Отсутствие отказа — «не отказалась», «нет». Ответы без содержательной информации		
11. Получали ли Вы льготные лекарственные препараты вообще		
1 раз	13	8,3
3 раза	23	14,6
до сегодняшнего времени	61	38,9
нет	60	38,2
12. Имеете ли Вы инвалидность:		
нет	108	68,8
да	49	31,2
13. Группа инвалидности:		
I группа	6	3,8
II группа	34	21,7
III группа	7	4,5
инвалид с детства	4	2,5
14. Бывают ли случаи отказа в выписке льготного рецепта?		
да	27	17,2
нет	68	43,3
не получаю лекарственные препараты на льготной основе	62	39,5
15. Устраивает ли Вас обслуживание в аптечной организации по отпуску льготных лекарственных препаратов?		
да	50	31,8
нет	40	25,5
не получаю лекарственные препараты на льготном основе	67	42,7
16. Получаете ли Вы лекарства за счёт средств государственного бюджета или приобретаете за собственные средства		
собственные средства	76	48,4
за счёт государства	3	1,9
из обоих вышеперечисленных источников	78	49,7
17. Считаете ли Вы эффективным лечением, которое Вы получаете с использованием льготных лекарственных препаратов?		
не получаю лекарства льготном основе	61	38,8
нет	21	13,4
да	23	14,7
не могу ответить	52	33,1
18. Какие бесплатные лекарственное препараты Вы принимаете?		
Десмопрессин/Вазопрессин капли назальные 100 мкг/мл 5 мл	1	0,6
Аналоги биосинтетического человеческого инсулина различной продолжительности действия, в том числе смешанного действия. суспензия 100 МЕ/мл, картридж 3 мл; шприц-ручка 100 МЕ/мл суспензия 10 мл 100 ХБ/мл суспензия 5 мл	36	23,0

Глибенкламид таблетка 1,75 мг; 2,5 мг; 3,5 мг	2	1,3
Гликлазид таблетка 30 мг; 60 мг; 80 мг	12	7,6
Метформин таблетка 500 мг; 850 мг; 1000 мг	27	17,2
Эмпаглифлозин таблетка 10 мг; 25мг	31	19,7
Другие	40	25,5
нет	8	5,1
19. Лекарственные препараты каких производителей Вам предлагают на льготной основе?		
отечественные и импортные	62	39,5
не получаю лекарственные препараты на льготном основе	60	38,2
отечественные	21	13,4
импортные	14	8,9
20. Давно ли Вы получаете лекарственные препараты в рамках льготного лекарственного обеспечения?		
не получаю лекарственные препараты на льготном основе	76	48,4
менее 5 лет	47	29,9
от 5 до 10 лет	24	15,3
более 10 лет	10	6,4
21. Оцените степень Вашего удовлетворения оказываемой лекарственной помощью от 1 до 5 баллов		
1	14	8,9
2	14	8,9
3	79	50,3
4	41	26,1
5	9	5,7
22. Если вы выбрали 1-2, то перечислите причину неудовлетворенности.		
1. Отсутствие лекарственных средств в наличии 2. Длительные перебои в обеспечении инсулином 3. Неполучение льготных препаратов, несмотря на постановку на учёт 4. Невозможность получить рецепт на замену отсутствующего инсулина 5. Низкое качество лекарственных средств 6. Недостаточная эффективность предоставляемых препаратов 7. Неудобная форма выпуска инсулина во флаконах 8. Самостоятельная покупка препаратов за собственные средства 9. Отказ от получения льготных лекарственных средств 10. Несоответствие фактической выдачи препаратов данным документации 11. Отсутствие зарубежных лекарственных препаратов 12. Удовлетворённость уровнем лекарственного обеспечения 13. Постоянное наличие необходимых лекарственных средств 14. Неопределённые или неинформативные ответы: цифры, точки, тире, «нет», «просто»		
23. Какую сумму денежных средств Вы ежемесячно тратите на приобретение лекарств по поводу сахарного диабета? (Ели Вы ответили положительно на 16 вопрос)		
до 300 тыс/сум	12	7,6
От 300 тыс/сум до 600 тыс/сум	15	9,6
от 600 тыс/сум до 800 тыс/сум	28	17,8
от 800 тыс/сум до 1 млн/сум	46	29,3
от 1 до 3 млн/сум	48	30,6

свыше 5 млн/сум	8	5,1
ЛП каких производителей Вы хотели бы получать на льготной основе?		
Отечественное	3	1,9
Импортные	61	38,9
Отечественное и Импортные	93	59,2
25. Готовы ли Вы доплачивать за лекарственный препарат деньги, если бы Вам предоставлялось право на выбор производителя/фирмы/формы выпуска, но по более дорогой цене?		
нет, взял бы бесплатные лекарства	23	14,6
да, потому что препараты, отпускаемые бесплатно, менее эффективны	86	54,8
да, потому что я привык (ла) к одним лекарственным препаратам, а бесплатно дают другие	48	30,6
26. Хотели бы Вы при отказе от льготного лекарственного обеспечения получать денежную компенсацию от государства?		
Да	88	56,1
нет	69	43,9
27. Что бы Вы хотели изменить в существующей системе льготного лекарственного обеспечения?		

1. Расширение ассортимента льготных лекарственных средств
2. Расширение ассортимента современных инсулинов
3. Обеспечение пациентов инсулином в шприц-ручках
4. Включение импортных лекарственных препаратов и инсулинов
5. Повышение качества лекарственных средств
6. Обеспечение эффективными препаратами
7. Индивидуальный подбор лекарственной терапии
8. Выдача препаратов, назначенных врачом, а не других аналогов
9. Своевременное и бесперебойное обеспечение лекарствами и инсулином
10. Контроль сроков годности выдаваемых препаратов
11. Снижение цен на лекарственные средства и инсулин
12. Предоставление скидок и увеличение количества бесплатных препаратов
13. Обеспечение пациентов глюкометрами
14. Организация доставки лекарств и инсулина на дом
15. Совершенствование логистики лекарственного обеспечения
16. Увеличение количества аптек в сельской местности
17. Усиление контроля за работой сотрудников поликлиник
18. Улучшение отношения медицинского персонала к пациентам
19. Организация фактической выдачи бесплатных препаратов в поликлиниках
20. Упрощение доступа к льготному лекарственному обеспечению
21. Улучшение условий для пациентов с сахарным диабетом
22. Увеличение количества мест в эндокринологических отделениях
23. Включение лекарственных средств растительного происхождения
24. Удовлетворённость действующей системой лекарственного обеспечения
25. Отсутствие опыта получения льготных лекарственных средств
26. Отсутствие предложений или неинформативные ответы

Источник: составлено авторам