

ПРОЕКТ

Национальная стратегия здоровья  
населения Республики Таджикистан  
на период 2010 – 2020 годы

Душанбе, 2010

Утверждена  
постановлением Правительства  
Республики Таджикистан  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2010г. № \_\_\_\_\_

Введение.....	10
1. Ожидаемые результаты здоровья следующего десятилетия.....	14
1) Укрепление здоровья матерей, новорождённых, детей и подростков.....	14
2) Профилактика и контроль инфекционных заболеваний.....	20
3) Снижение бремени неинфекционных и хронических заболеваний.....	23
4) Детерминанты здоровья и формирование здорового образа жизни.....	25
2. Системные преобразования в здравоохранении 27	
1) Усиление государственного управления охраной здоровья.....	27
а) основополагающие ценности и руководящие принципы государственной политики здравоохранения.....	27
б) Национальная политика здоровья.....	28
в) Модернизация законодательства и нормативно-правовых актов.....	31
г) Информационная система здравоохранения и оперативный анализ.....	33
д) Межгосударственные и межотраслевые подходы к оздоровлению условий жизни в стране.....	36
е) Ориентация на передовой международный опыт; координация международной помощи и технического сотрудничества.....	37
ж) Совершенствование операционной системы управления здравоохранением....	40
2) Повышение качества и доступности лечебно-профилактической службы.....	40
а) Усиление роли ПМСП путем внедрения системы семейной медицины.....	41
б) Сертификация и аттестация медицинских работников.....	41
в) Аккредитация лечебно-профилактических и медицинских образовательных учреждений 42	
г) Система стандартов лечебно-профилактической работы.....	44
д) Расширение доступности услуг здравоохранения.....	46
3. Развитие ресурсной и усиление финансовой базы здравоохранения 49	
1) Развитие человеческих ресурсов и медицинской науки.....	49
2) Совершенствование лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности.....	56
3) Модернизация производственно-технологической базы.....	59
4) Финансирование здравоохранения.....	62
а) Функция сбора средств: увеличение финансирования системы здравоохранения 63	
б) Функция аккумулирования средств: улучшение аккумулирования ресурсов.....	65
в) Функция закупки услуг здравоохранения: введение системы единого покупателя на областном уровне.....	67
г) Функция закупки услуг здравоохранения: улучшение распределения ресурсов 68	
д) Функция закупки услуг здравоохранения, предпосылки: автономия поставщиков и улучшенный потенциал управления в здравоохранении.....	70
е) Гарантии пациента: усовершенствование Пакета государственных гарантий....	71
4. Мониторинг и оценка.....	72
Заключительное положение.....	73
Приложение № 1. Механизм внедрения НСЗНРТ на период 2010-2020гг.	
Приложение № 2. Матрица мониторинга и оценки реализации НСЗНРТ на период 2010-2020гг.	

## Список условных сокращений

АБР	Азиатский банк развития
БПМСП	Базовая программа оказания медико-санитарной помощи
БССША МПЦ	Бюро по Статистике США, Международный программный центр
ВБ	Всемирный банк
ВВП	Внутренний валовый продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВЛФ	Вращающийся Лекарственный Фонд
ВМС	Внутриматочные средства
ВМСП	Вторичная медико-санитарная помощь
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГАВИ	Глобальный альянс вакцинации и иммунизации
ГБАО	Горно-Бадахшанская автономная область
ГКС	Государственный Комитет Статистики
ГО	Гражданская Оборона
ГАИ	Государственная Авто Инспекция
ДЗ	Дом здоровья
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДССБ	Документ стратегии снижения бедности
ДОТС (DOTS)	Краткосрочная контролируемая химиотерапия туберкулеза с приоритетом на метод выявления (Directly Observed Treatment Short Course)
DHIS2	District Health Information Software
ЕврАзЭС	Евразийское экономическое сообщество
ЕБРР	Европейский Банк реконструкции и развития
ЗАГС	Органы записи актов гражданского состояния
ЗДВ	Здоровье для всех
ЗППП	Заболевания, передаваемые половым путем
ИВДБВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путём
ИСЗ	Информационная система здравоохранения
ИТ	Информационные технологии
ЛС	Лекарственные средства
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
МЗ	Министерство здравоохранения
МС	Материнская смертность
МТ	Медицинские товары
МФ	Министерство финансов
НИИ АГ и П	Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии
НПО	Неправительственные организации
НСР	Национальная стратегия развития РТ на 2007-2015г.г.
НСЗ	Национальные счета здравоохранения

НСЗНРТ	Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистана на период 2010-2020гг.
НСЗ ПРТ	Национальный Совет Здоровья при Правительстве Республики таджикистан
ОАПЗ	Отдел анализа политики здравоохранения
ОАХР	Организации Ага Хан по Развитию в Таджикистане
ОЛС	Основные лекарственные средства
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОПВ	вакцина против полиомиелита
ОРЗ	Общественные работники здравоохранения
ОРИ	Острые респираторные инфекции
ОУЖ	Обследование уровня жизни
ОУЗ	Областное управление здравоохранения
ОУФ	Областное управление финансов
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОБЗ	Проект по общинному и базовому здравоохранению
ПРООН	Программа Развития Организации Объединенных Наций
ПРСЗ	Проект реформирования системы здравоохранения
ПРСО	Проект реформы сектора образования
ПРСС	Проект реформирования социального сектора
ПС	Перинатальная смертность
РЗ	Репродуктивное здоровье
РОЗ	Районный отдел здравоохранения
РКС	Работницы коммерческого секса
РП	Репродуктивное поведение
РРП	Районы республиканского подчинения
РТ	Республика Таджикистан
РЦЗ	Районный центр здоровья
РЦМСИ	Республиканский Центр статистики и медицинской информации
СанПин	Санитарные правила и нормы
СВА	Сельская врачебная амбулатория
Сида	Шведское агентство международного развития
СНГ	Содружество независимых государств
СМИ	Средства массовой информации
СОО	Сельские общинные организации
СПГР	Среднесрочная программа государственных расходов
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СОЛ	Список основных лекарств
СЦЗ	Сельский центр здоровья
США	Соединенные Штаты Америки
СЭС	Санитарно - эпидемиологическая служба
ТБ	Туберкулёз
ТГМУ	Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино
ТГПУ	Таджикский государственный педагогический университет
ТИППМК	Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров
ТМСП	Третичная медико-санитарная помощь
ТОУЖ	Обследование уровня жизни в Таджикистане

ТП	Техническая помощь
УЗО	Управления здравоохранением области
ЦАР	Центрально-Азиатский регион
ЦЗОЖ	Центр здорового образа жизни
ЦРБ	Центральная районная больница
ЦРЗ	Центр репродуктивного здоровья
ЦРП	Центр реализации проекта
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЦУП	Центр управления проектом
ШУРС	Швейцарское управление по развитию и сотрудничеству
ШСП	Широко-секторальный подход
НП	Неонатальная помощь
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮСАИД	Агентство США по международному развитию

## Словарь специальных терминов (гlossарий)

Адвокация – это последовательный и адаптивный процесс сбора информации, ее организации и формулирования в виде аргументов, которые направляются по различным каналам межличностной коммуникации и СМИ в целях мобилизации ресурсов или обеспечения поддержки программы развития политическими и общественными лидерами, что, в свою очередь, будет способствовать принятию этой программы обществом.

АРВТ – лечение замедляющее размножение вируса иммунодефицита человека. Позволяет на долго продлить срок жизни при ВИЧ инфекции, а так же приостановить развитие СПИД.

Аккумуляция средств - это уровень консолидации бюджета здравоохранения (республиканский, областной, городской или районный).

Государственный служащий - гражданин Республики Таджикистан, занимающий на профессиональной основе оплачиваемую государственную должность государственной службы с целью обеспечения исполнения полномочий лиц, занимающих государственные должности государственной власти и реализации компетенции государственных органов.

Гражданин – в конституционном праве лицо, принадлежащее на правовой основе к определенному государству.

Группирования случаев - набор критериев и процесс распределения больничных случаев в клинические группы со схожими клиническими характеристиками и интенсивностью ресурсов.

Деятельность общин по охране здоровья – под здравоохранительной деятельностью по достижению здоровья подразумеваются совместные меры, предпринимаемые на коммунальном уровне и направленные на усиление общественного контроля над определяющими факторами здоровья, способствуя тем самым его укреплению.

Детерминанты здоровья – комплекс индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельных людей и контингентов, либо групп населения.

Диаспора – значительная часть народа (этнoса) или группы народов, расселившихся вне страны происхождения.

Джамоат (таджикский): административное деление, состоящее из кишлаков и возглавляемое председателем (раисом), который выбирается на общем собрании делегированных представителей кишлаков.

Жизненные навыки (умения) – личные, социальные, познавательные и физические навыки и умения человека, благодаря которым люди контролируют и направляют свою жизнь, а также развивают свои способности, позволяющие им видоизменять окружающую среду и самим адаптироваться к ее изменениям

Здравоохранение – это система общественных и государственных социально-экономических и медицинских мероприятий, обеспечивающих высокий уровень охраны и улучшения здоровья народа (населения).

Здоровье – Это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

Здоровый образ жизни – типичные для данной общественно-экономической формации виды, типы, способы жизнедеятельности человека, укрепляющие адаптивные возможности его организма, способствующие полноценному выполнению им социальных функций и достижению активного долголетия.

Коммуникация для изменения поведения – это научно обоснованный консультативный процесс, который охватывает знания, представления и практику посредством определения, анализа и сегментирования аудиторий и участников программ и

предоставления им соответствующей информации и мотивации в ходе реализации четко определенной стратегии и использования правильного сочетания каналов межличностного и группового общения и СМИ, включая интерактивные методы.

Махалла (таджикский): соседство, социальное деление, состоящее из улиц (гузаров) и возглавляемое председателем (раисом), который избирается местным населением. Махалла, как сообщество существовало в Таджикистане еще в период Советской власти, в основном в Северной части республики (Сугдская область). После приобретения независимости данный институт местного самоуправления начал действовать практически во всех районах республики. Махалла как институт местного самоуправления не является юридическим лицом и не имеет собственных счетов в банках. Финансовые источники махаллы формируются за счет добровольных взносов членов общины. В настоящее время практически все социально - бытовые проблемы общины решаются махаллинскими комитетами.

Махаллинский комитет (таджикский): Избранный сообществом состав махаллы

Менталитет, ментальность (от позднее лат. mentalis - умственный), образ мыслей, совокупность умственных навыков, духовных установок и культурных традиций, присущих отдельному человеку или человеческой общности

Межсекторальные действия – действия, при которых осуществляется сотрудничество сектора здравоохранения и соответствующих других секторов для достижения общей цели, при точном согласовании вклада различных секторов.

Межсекторальное сотрудничество – подразумевается общепризнанная взаимосвязь между частью или частями различных слоев или секторов общества, которая установлена для принятия мер, осуществления действий по тому или иному вопросу или проблеме в целях достижения тех или иных результатов здравоохранительных мер или промежуточных результатов в отношении здоровья более эффективным, действенным или обоснованным и устойчивым образом, чем это могло быть достигнуто усилиями лишь сектора здравоохранения, действующего в одиночку.

Мигрант – лицо, совершающее межпоселенное территориальное передвижение (миграцию) с целью смены постоянного места жительства, работы, учебы, отдыха и др., навсегда или определенный срок (от 1 дня до нескольких лет).

Образ жизни – совокупность конкретных подходов каждого человека к использованию ресурсов и возможностей, представляемых ему социальными условиями, традициями, образованием и рыночными отношениями.

Общественное здравоохранение – это наука и искусство предотвращения болезней, продолжения жизни и обеспечения здоровья с помощью организованных усилий общества.

Община, местное население, сообщество (Community) – определенная группа людей, часто проживающих в определенной географической местности, разделяющих общие ценности, нормы и культурные особенности, объединенных в рамках одной социальной структуры, в зависимости от связей и отношений, сложившихся у данного контингента населения, в данной общине на протяжении определенного периода времени.

Оплата за пролеченный случай – оплата за фактические объемы предоставленной медицинской помощи.

ОПВ - это живая вакцина против полиомиелита, которая дается через рот (перорально), в виде капель.

Программа государственных гарантий определяет виды, объем и условия предоставления медико-санитарной помощи в государственных учреждениях здравоохранения бесплатно и на условиях сооплаты (соучастия населения).

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – является основным звеном системы здравоохранения любой страны, главной службой оказания медико-санитарной помощи, построенной по принципу «от периферии к центру». ПМСП является неотъемлемой составной частью социального и экономического развития той или иной страны.

Покупатель медицинских услуг – субъект, перечисляющий аккумулированные ресурсы здравоохранения поставщикам в счет оплаты за предоставление услуг определенной группе населения.

Политика (в области) здравоохранения (Health policy) – официальная, формальная декларация или процедура внутри учреждений (а именно правительственных), позволяющая определить приоритет и параметры деятельности в порядке реагирования на здравоохранительные потребности, имеющиеся ресурсы и иные виды политического давления.

Поставщик медицинских услуг – субъекты, оказывающие медицинские услуги.

Подушевое финансирование - формирование бюджета на подушевой основе по формуле, которая исходит из трех параметров: бюджет здравоохранения района; количество населения района и поло/возрастной коэффициент.

Профилактика – действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, на прерывание или замедление прогрессирования заболеваний, на сохранение трудоспособности.

Профилактика болезней – мероприятия, направленные не только на предупреждения заболевания, такие как иммунизация, борьба с переносчиками болезней или компания по борьбе с курением, но и на то что, чтобы сдержать его развитие и уменьшить его последствия после установления факта заболевания.

Перспективный – ставка оплаты за набор услуг устанавливается до оказания услуг.

Ретроспективный - ставка оплаты за набор услуг устанавливается после оказания услуг.

Сезонная миграция – перемещение, главным образом, трудоспособного населения к местам временной работы (уборка урожая, строительные работы и т.п.) и жительства на срок, обычно несколько месяцев, с сохранением возможности возвращения в места постоянного жительства.

Сектор здравоохранения – состоит из организованных государственных, общественных и частных служб здоровья (включая укрепление здоровья, профилактику болезней, службы диагностики, лечения и ухода за больными), курсов политики и деятельности отделов/управлений и министерства здравоохранения, неправительственных организаций, связанных со здоровьем и групп коммунально-общинного характера или уровня, а также профессиональных ассоциаций и объединений.

Семейный врач – это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную непрерывную, медико-санитарную помощь населению или отдельным лицам и семьям, независимо от возраста, пола и вида заболевания.

Социальный маркетинг - маркетинг, заключающейся в разработке, реализации и контроле социальных программ, направленных на повышение уровня восприятия определенных слоев общественности неких социальных идей, движений или практических действий. Обычно социальный маркетинг используется государственными и общественными организациями.

Социальная мобилизация – это процесс объединения всех потенциальных партнеров и союзников, представляющих как государственные, так и негосударственные организации, в целях выявления ощутимой потребности в конкретной цели развития, привлечения к ней внимания и повышения спроса на нее. Социальная мобилизация предполагает обеспечение участия данных партнеров, включая организации, группы, сети и

общественность, в выявлении людских и материальных ресурсов, их мобилизации и управлении ими, что, в свою очередь, упрочит достижения и будет способствовать их устойчивому развитию.

Стратегия – рассчитанный на долгосрочную перспективу, комплексный вид деятельности, в рамках которого осуществляются отдельные мероприятия и виды деятельности.

Трудовая миграция (миграция рабочей силы) – межпоселенные передвижения трудоспособного населения, имеющие, как правило, возвратный характер после завершения трудовой деятельности.

Укрепление здоровья (Health promotion) – это процесс, позволяющий людям повысить контроль над своим здоровьем, а также улучшить его.

Факторы риска – факторы внешней и внутренней среды организма, поведенческие особенности, способствующие увеличению вероятности развития заболеваний, их прогрессированию и неблагоприятному исходу.

Финансирование - источник средств для проведения определенных мероприятий.

Формирование Здорового Образа Жизни – комплексная проблема, требующая комплексного подхода к исследованию образа жизни здоровья населения, а также внимание медицинских работников, педагогов, психологов, и зависит от специфики с макросоциального окружения человека, его трудовой, социальной и профилактической активности.

## Введение

Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020гг., в дальнейшем именуемая «Стратегия», обобщает долгосрочные цели страны в области охраны здоровья граждан и пути достижения этих целей, а именно: стратегии, программы и ресурсы модернизации сектора здравоохранения. (1)

Стратегия выражает волю и интересы суверенного Таджикистана в области охраны здоровья. Она является комплексным и основополагающим документом долгосрочного планирования, которая описывает будущие программные направления руководства страны, ведущие к комплексному планированию, внедряемые на доказательных подходах.

Стратегия отражает мнения и перспективы центральных органов управления, местных исполнительных органов государственной власти, а также мнения поставщиков медицинских услуг и широких слоев населения Таджикистана. (2)

Стратегия охватывает период с 2010 по 2020 годы. Она является инструментом для поддержки преемственности и координации и является неотъемлемой частью национальной политики социально-экономического развития. Данная стратегия является продолжением документа «Национальная стратегия здоровья населения РТ на период до 2010 года», и учитывает направления, указанные в других стратегических документах таких как: Национальная стратегия развития на период до 2015 года и Стратегия снижения бедности. Она также указывает стратегические направления, особенно в области отдельных служб сектора здравоохранения. (3)

Стратегия разработана в ходе годового сотрудничества ведущих специалистов Республики Таджикистан с зарубежными экспертами, представляющими передовой международный опыт системного планирования в области здравоохранения. Стратегия способствует координации национальных и международных программ, планов поддержки развития сектора здравоохранения в Республике Таджикистан. Не поступаясь национальными приоритетами, она ориентирована на глобальные задачи здравоохранения и апробированные в мире подходы к их решению. (4)

В истекшем десятилетии здравоохранение Республики Таджикистан вступило на путь модернизации своей ресурсной и клинической базы, а также систем финансирования и организации лечебно-профилактической помощи. На развитии отрасли благоприятно сказалось оживление темпов экономического роста, неустанное внимание руководства страны к приоритетным задачам социального развития, а также эффективный вклад международного донорского сообщества в дело охраны здоровья населения страны. (5)

Результатом усилий последнего десятилетия стало снижение материнской и детской смертности. Сократилась заболеваемость от инфекционных, в частности, вакциноуправляемых болезней. Разработаны и внедряются современные клинические протоколы и другие стандарты медицинской помощи.

Сертификацию «доброжелательного отношения к ребёнку» прошли свыше половины родильных домов. (6)

В развитии системы предоставления медицинских услуг населению начался стратегический поворот здравоохранения в сторону интегрированной модели первичной медико-санитарной помощи, основанной на семейной медицине. Подготовка врачей и медсестер семейной медицины стала приоритетом в программах додипломного, последипломного и непрерывного медицинского образования медицинских кадров. Предприняты важные шаги по структурной оптимизации лечебно-профилактической сети, в частности, за счет вывода из оборота незагруженного коечного фонда. Усилен надзор за медицинской и фармацевтической деятельностью. (7)

Финансирование здравоохранения прошло нижнюю точку в неблагоприятной динамике последних 20 лет и вернулось на траекторию устойчивого роста. Поэтапное повышение заработной платы работников отрасли в последние три года отражает вклад государства на восстановление их материального благополучия, а также

профессионального и общественного статуса. Рост заработной платы дополнился пилотными современными методами финансирования. Сложилось понимание, что для повышения качества и эффективности услуг здравоохранения, необходимо провести анализ заработной платы и других финансовых поощрений для медицинских работников. Усилилась ориентация финансирования здравоохранения на требования социальной справедливости: Пакет государственных гарантий, хотя и внедрялся в условиях острой нехватки ресурсов, повысил доступность бесплатных и льготных лечебно-профилактических услуг для многих малообеспеченных семей и людей, нуждающихся в более дорогостоящей медицинской помощи. (8)

Продолжающаяся работа по обновлению законодательной и нормативно-правовой базы здравоохранения создает предпосылки для продолжения реформ. (9)

Несмотря на успехи последнего десятилетия, здравоохранение продолжало ощущать на себе груз проблем, унаследованных от советского и переходного периодов.

Среди таких проблем:

- непрекращающаяся утечка кадров из здравоохранения в силу их трудовой миграции за пределы Таджикистана и преждевременного ухода из медицинской практики;
- незавершенность реформ в системе врачебного и сестринского образования;
- устаревшая материально-техническая база ЛПУ и нехватка инвестиционных средств на ее своевременное обновление;
- эрозия государственных стандартов в области лекарственного обеспечения;
- нарастающее отставание по внедрению передовой международной практики в методиках диагностики и лечения распространенных заболеваний;
- отсутствие современной системы стандартов и контроля качества медицинской помощи.

(10)

Экономика здравоохранения остается не на высоком уровне финансирования. В 2009 году уровень общих расходов на сектор здравоохранения составил 1,9% от ВВП, что значительно меньше, чем в 1991 году (4,5 %). Сложившийся уровень финансирования не в состоянии снять груз проблем, накопившихся за последние два десятилетия. По оценкам, свыше 70% общего объема финансирования приходится на выплаты из личных средств населения, лишь 16% на бюджетные ассигнования, и примерно 14% взносы доноров<sup>1</sup>. Платежи населения носят в основном неформальный характер и, в силу этого тяжело контролируемы. Малообеспеченные граждане Таджикистана не защищены от непосильных финансовых тягот в случае серьезного недуга. Уровень платности слабо связан с качеством оказываемой помощи. Неформальные платежи пациентов повышают доходы медиков, но не оказывают влияние на другие статьи текущего финансирования и капитальных затрат.

Структурная несбалансированность государственных затрат на здравоохранение проявляется в их неравномерном распределении между регионами страны и уровнями оказания помощи. У работников здравоохранения отсутствуют должные материальные и профессиональные стимулы к производительной и качественной работе с акцентом на интересы пациентов.

Результативность лечебно-профилактической работы страдает от преобладания помощи, оказываемой специалистами специализированной амбулаторной и больничной системы над специалистами семейной медицины. Отсутствуют некоторые важные типы учреждений, способных уменьшить поток больных для госпитализации и сократить койко-день, в частности: . (11)

- дневные стационары;
- центры амбулаторной хирургии;
- дома сестринского ухода;
- службы патронажной помощи и другие службы социально-медицинской и реабилитационной поддержки. (12)

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения страны практически целиком зависит от деятельности служб и учреждений здравоохранения. При этом отсутствует межотраслевое сотрудничество, жизненно необходимое для снижения экологических и социальных рисков заболеваемости. (13)

Община, включая отдельные семьи, не рассматриваются и не используются в качестве самостоятельного ресурса для профилактики, раннего распознавания и лечения болезней. (14)

Реабилитация и адаптация больных-хроников и инвалидов, будучи важнейшим фактором снижения бремени болезни, тем не менее, еще не стала неотъемлемой частью системы профилактики и лечения. (15)

Нерешенность представленных выше проблем, в сочетании с сохраняющимся уровнем развития страны, где отмечается социально-экономическая неустроенность значительной части населения является препятствием для динамического развития. Это приводит к низкому уровню ряда важных показателей здоровья, в том числе средней продолжительности жизни, материнской, младенческой и детской смертности, заболеваемости туберкулезом и ВИЧ/СПИДом.

Исходя из этого, Правительство Республики Таджикистан сосредоточило внимание оказанию действенных и эффективных социальных услуг бедному населению, рационализации расходов на социальный сектор для обеспечения справедливого доступа к услугам здравоохранения. В этом направлении была принята Декларация ООН “Цели развития на пороге Тысячелетия к 2015 году”. В частности, цели по здравоохранению включают:

- сокращение на 2/3 смертности среди детей в возрасте до 5 лет;
- сокращение на 3/4 материнской смертности;
- остановку распространения ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции к сокращению его масштабов;
- остановку распространения малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению его масштабов.

Идеи, содержащиеся в вышеназванных политических документах, представляют собой основу программ развития сектора здравоохранения в рамках Стратегии сокращения бедности и Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан.

Модель реформы относительно предоставления медицинских услуг включает улучшение доступности путём реструктуризации и интеграции системы предоставления медико-санитарной помощи, улучшении менеджмента учреждениями обоих уровней предоставления медико-санитарных услуг (ПМСП, госпитальный и общественное здравоохранение), качественного развития первичной медико-санитарной помощи, основанной на модели общеврачебной (семейной) практики; рационализации коечного фонда и структуры госпитальных учреждений, усилении кадрового потенциала учреждений ПМСП, госпитальных служб и общественного здравоохранения, улучшении инфраструктуры, совершенствовании лекарственного обеспечения, изменении системы оплаты поставщиков медицинских услуг дифференцированно на уровне ПМСП по подушевому принципу и на госпитальном уровне – за пролеченный случай; внедрении научных достижений и новых методов профилактики, диагностики и лечения с применением высоких технологий, участия населения в решении вопросов здравоохранения; реабилитации больных и инвалидов, организации паллиативной помощи, усовершенствовании информационной базы управления и некоторых других мероприятий.

Национальная стратегия здоровья следующего десятилетия в полной мере будет опираться на достижения предшествующего периода и нацелена на эффективное решение назревших проблем. (16)

Главной целью Стратегии является укрепление здоровья населения страны и создание здоровой окружающей среды. (17)

Для успешного достижения поставленной цели в рамках Стратегии выделены следующие приоритеты: (18)

- системные преобразования в здравоохранении: укрепление и модернизация системы управления отраслью для создания результативной, социально-приемлемой, устойчиво работающей и прозрачной системы охраны здоровья населения Таджикистана; (19)
- улучшение доступности, качества и эффективности медико-санитарных услуг; (20)
- развитие ресурсов здравоохранения. (21)

Успешная реализация Стратегии будет всецело зависеть от комплексного подхода к ресурсам, системам и результатам управления в здравоохранении. Логика управления заключается в том, что ресурсы обеспечивают функционирование систем, а системы работают на результаты. В контексте стратегического планирования и системы и ресурсы подчинены результатам. Именно поэтому предвидение результатов ставится во главу угла стратегического мышления и положено в основу настоящего документа. Согласно этой логической схеме, конечное состояние здравоохранения Таджикистана и пути его достижения раскрываются в трех уровнях: (22)

1) результаты - снижение уровня рисков и показателей заболеваемости по отдельным состояниям, циклам жизни, группам населения; (23)

2) системы:

- а) совершенствование управления и оперативного руководства отраслью здравоохранения;
- б) внедрение прогрессивных моделей организации и методик оказания медицинской помощи;
- в) совершенствование контроля качества и стимулирование улучшения качества лечебно-профилактической работы;
- г) лицензирование и аттестация медицинских работников;
- д) аккредитация лечебно-профилактических, медицинских (фармацевтических) образовательных учреждений;
- е) обеспечение равной доступности всех жителей страны к ресурсам сектора здравоохранения. (24)

3) ресурсы:

- а) обновление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений и систем;
- б) снабжение страны современными вакцинами, лекарственными средствами и медицинскими товарами;
- в) повышение результативности работы медицинских кадров путем внедрения современных программ подготовки в области базового и непрерывного медицинского образования и внедрения научно-обоснованных подходов;
- г) устойчивый приток финансовых средств в сферу охраны здоровья и их эффективное расходование. (25)

Все три уровня и их составные элементы одинаково важны и являются приоритетом данной Стратегии. В этом смысле, постановка приоритетов – это не столько количественный, а качественный подход к внедрению. Эти подходы будут в пошаговой форме отражены в плане мероприятий. (26)

Всеобъемлющим приоритетом на ближайшее десятилетие является обеспечение системного, комплексного подхода в повышении результативности системы здравоохранения. Это будет достигнуто путем согласованной модернизации систем управления здравоохранения, основанной на более рациональной организации, эффективном использовании и усиленного ресурсного обеспечения. В рамках такого подхода, итогом успешной реализации Стратегии станет результативное, системно-завершенное и ресурсообеспеченное здравоохранение Республики Таджикистан. (27)

## 1. Ожидаемые результаты здоровья населения

Повышение результативности системы охраны здоровья населения проявится в ослаблении бремени болезни (социально-экономические потери от преждевременных родов и инвалидности) на экономику и общество Таджикистана. Картина болезненности населения заметно улучшится именно там, где потери от заболеваемости наиболее значительны и могут быть снижены в рамках экономических возможностей страны. (28)

Обобщающим результатом внедрения Стратегии станет снижение потерь от заболеваемости на 30% и, благодаря этому, Таджикистан достигнет уровня современных средних показателей по региону «Евро Б» в географической классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)<sup>ii</sup>. Приведение предполагаемых результатов внедрения Стратегии в соответствие к средним по региону статистическим показателям здоровья послужит стимулом к снижению заболеваемости в Таджикистане в перспективе 10-15 лет. (29)

### 1) Укрепление здоровья матерей, новорождённых, детей и подростков

Укрепление здоровья матерей, новорождённых, детей и подростков внесет неопределимый вклад в сокращение потерь от заболеваемости в Республике Таджикистан. (30)

В результате внедрения Стратегии гарантированная бесплатная (базовая) квалифицированная медицинская помощь во время беременности, родов, в послеродовой период, а также профилактика и лечение самых распространенных детских заболеваний будет обеспечена всем женщинам и новорожденным, независимо от уровня семейного достатка и района проживания. Это будет проводиться в рамках Пакета государственных гарантий (ПГГ). (31)

Результатом достижения будут:

- определение групп населения, имеющих право на получение бесплатных услуг;
- усиление компетентности и стимулирование для семейных врачей и семейных медсестер;
- улучшенная транспортная сеть для поставщиков услуг на селе;
- улучшенные диагностические и лечебные мощности ЛПУ на уровне района ого звена;
- модернизированные акушерско-гинекологические и неонатальные койки во всех районах и городах. (32)

В соответствии с Целями развития тысячелетия повысится доля здоровых беременных женщин, без инфекций, передающихся половым путём (ИППП), железодефицитной анемии, с соблюдением 3-х летнего интервала между родами. В 2015 году материнская смертность снизится до 30,0 случаев на 100 000 живорожденных, а в 2020 году – до 25,0 случаев по сравнению с исходным периодом в 2010 году. (33)

Доля детей, родившихся с низкой массой тела (менее 2.500 г) снизится к 2015 году до 8% и в 2020 году до 5% от общего числа новорожденных. На 50% сократится неонатальная смертность (смертность новорожденных впервые 28 дней жизни) – с 52 до 26 случаев на 1 000 живорожденных. (34)

Комплексная поддержка здоровья женщины до-, в период беременности и родов станет широкомасштабным действием сектора здравоохранения Таджикистана для снижения заболеваемости и смертности в перинатальном периоде. В основе этой модели предлагается целостный подход к репродуктивному здоровью девочек и женщин, начиная с подросткового возраста и до конца репродуктивного возраста. (35)

Непрерывное обучение подростков, молодоженов и родителей по вопросам репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, безопасное материнство, ИППП, ВИЧ/СПИДа, станет центральным элементом санитарно-просветительной работы, в школах, сообществах и учреждениях ПМСП. (36)

Улучшится доступ к качественным услугам по планированию семьи через обеспечение и управление контрацептивными ресурсами, наращивание потенциала обслуживающего персонала. (37)

Особое внимание в ближайшее десятилетие будет уделено профилактике ВИЧ среди групп высокого риска и уязвимых групп населения путем проведения массовых общественных компаний, тестирования на ВИЧ, консультирования ВИЧ-позитивных мужчин, женщин по вопросам репродуктивного здоровья, а также женщин, живущих с ВИЧ и профилактике заражения от матери к ребенку.<sup>iii</sup> Практика доброжелательных услуг молодежи будет расширяться. (38)

Повысится охват беременных женщин профилактическими осмотрами в первичном звене здравоохранения согласно рекомендациям ВОЗ<sup>iv</sup>. (39)

Дородовой патронаж призван сыграть особенно важную роль в отдаленных сельских районах, где он частично заменит визиты в лечебные учреждения. (40)

Эффективность дородовой помощи существенно повысится благодаря акценту на динамическое наблюдение за состоянием будущей матери и развития плода; углубленной оценке факторов риска; более точной лабораторной диагностике; распространению преродового мониторинга деятельности сердечно-сосудистой системы, дыхательных путей и алиментарного статуса матери и плода. Значительное повышение квалификации медицинского персонала при оказании антенатальной помощи и улучшение обеспеченности специалистами, семейных врачей вакцинами, лекарственными препаратами и питательными добавками, обеспечат усовершенствованный комплексный подход в оказании услуг и поддержку беременных. (41)

Задачей государственной важности станет укрепление в следующем десятилетии неонатальной помощи, в частности увеличение числа и более равномерное распределение по территории страны неонатальных коек, оснащенных всем необходимым для оказания помощи по жизненным показаниям новорожденным в течение первой недели жизни. (42)

Согласованное внедрение вышеобозначенных мер приведет к тому, что не менее три четверти беременных женщин к 2020 году получат адекватную дородовую помощь. Наряду с ключевым набором клинических услуг, антенатальная помощь расширится и включит: консультирование по психосоциальным и правовым вопросам, динамическое наблюдение за физическими показателями, добровольную диагностику и антиретровирусное лечение ВИЧ/СПИДа, диагностику и лечение других ИППП, наблюдение за развитием плода, вакцинацию против материнского столбняка, назначение адекватной терапии при обнаружении гельминтоза, препаратов железа, микронутриентных добавок в случаях выраженной недостаточности питания (при индексе массы тела менее 18,5) белково-калорийную поддержку<sup>v</sup>. (43)

Программной задачей Стратегии является максимальный охват рожениц квалифицированной акушерской помощью в роддомах, аттестованных по государственным стандартам материально-технической оснащенности и укомплектованности кадрами. В 2020 году на них придется не менее 90% принимаемых в стране родов против 75% в 2009 году<sup>vi</sup>. (44)

Здравоохранение Таджикистана закрепит трехуровневую систему родовспоможения: 1) прием неосложненных физиологических родов в сельских центрах здоровья и родильных отделениях местных больниц (в местных роддомах); 2) прием умеренно-осложненных родов на родильных койках центральных районных и городских районных больниц (роддомов); 3) плановая или экстренная госпитализация рожениц на специализированные акушерско-гинекологические койки стационаров или роддомов второго уровня будет производиться в зависимости от характера рисков для здоровья матери, врожденных патологий плода и неотложных состояний при родах. Доступ ко всем трем уровням акушерской помощи будет регулироваться порядком системы направлений, которая будет разрабатываться в периоде до 2015 года. Стандарты обеспеченности

акушерско-гинекологической помощи оборудованием, лекарственными препаратами и другими средствами медицинского назначения будут установлены для каждого из трех уровней помощи. (45)

В силу того, что немалая часть населения страны проживает в отдаленных и редконаселенных районах, до 10% родов, при отсутствии рисков и осложнений, будут приниматься в домашних условиях с обязательным участием квалифицированного медицинского персонала. При этом дородовая помощь во второй половине беременности будет оказываться в форме патронажа на дому. (46)

Первостепенное внимание будет уделено раннему началу грудного вскармливания и удержанию новорожденных на исключительно грудном вскармливании в первые шесть месяцев жизни. Грудное вскармливание будет поощряться как дополнительное питание до двухлетнего возраста ребенка. Детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, будет предоставлена возможность получения искусственного питания. (47)

Независимо от условий проживания, места приема родов (дома или в медицинском учреждении), семья, сообщество и местные органы власти будут вовлечены в планирование, подготовку родов и послеродовую поддержку матерей и детей. Географическую отдаленность и ограниченные условия жизни можно будет преодолеть разумно спланированными и эффективно профинансированными усилиями людей и организаций, подчиненными единой цели – довести каждую беременность до успешного разрешения с последующим физическим и психоэмоциональным восстановлением матери, выживанием новорожденного и его переходу к нормальному развитию. (48)

Настоящая Стратегия устанавливает обязанность местных администраций финансировать продуктовые талоны матерям за раннюю постановку на медицинский учет по беременности, за каждый повторный приход на дородовой прием в семейную медицину (согласно определенному количеству посещений) и за самообращение для родоразрешения в рекомендованное лечебное учреждение. Специалисты семейной медицины будут получать денежное вознаграждение за благоприятные показатели выживаемости матерей и новорожденных детей. Волонтеры признаны как добровольцы в сообществе, и их участие будет шире использовано в предоставлении информации о беременных и благополучных родоразрешениях. (49)

На ближайшее десятилетие в соответствии с «Национальной стратегией здоровья детей и подростков до 2014 года» стратегический акцент в охране здоровья детей будет перенесен на межсекторальный подход и межотраслевое взаимодействие. (50)

Успешная профилактика болезней раннего детского возраста зависит, прежде всего от родителей. Она определяется наблюдением и контролем качества питания детей; заботливым уходом за детьми; способностями распознавания признаков болезни; своевременным обращением за медицинской помощью со стороны родителей. Самопомощь и взаимопомощь родственников и сообщества рассматривается в качестве ресурса заботы и поддержания здоровья детей. Задачей поистине стратегической важности является проведение непрерывной информационной деятельности по практическим навыкам и психологическая поддержка укрепления личной и коллективной ответственности за здоровье и благополучие детей. Поддержка семейного и общинного ресурсов по охране детского здоровья особенно необходима в семьях с ограниченным достатком и в отдаленных сельских местностях, так как невысокие доходы, уровень образования родителей, географическая отдаленность образуют социально-экономическую уязвимость и предрасполагают к потере здоровья и жизни детей. В работе с женщинами и их семьями особое внимание будет уделено значению факторов гендерного неравенства. (51)

С учетом вышеизложенного, Стратегия выводит «общинное здоровье» из фазы локальных пилотов, на уровень государственной политики с внедрением на национальном уровне. Усиление общины как ресурса общественного и личного здоровья – это многопрофильная «идеологическая платформа», на которую опирается настоящая

Стратегия. Вместе с тем, именно здоровье детей станет объединяющей и приоритетной идеей в рамках общинного здоровья. (52)

Ведущая роль государственного здравоохранения как источника усиления домашних хозяйств и общин проявится в следующих областях: (53)

- во-первых, активизация санитарно-просветительной работы по привитию родителям навыков распознавания признаков наиболее распространенных болезней раннего детского возраста и их обучению эффективным ответным действиям, а также способность родителей стимулировать психо-социальное развитие и сохранение ментального здоровья в их детях. В результате образования родителей на базе семейной медицины 50% семей к 2015 году и не менее 75% семей в 2020 году будут в состоянии различить признаки заболеваний дыхательных путей и обращаться за медицинской помощью, правильно организовать домашний уход за больным ребенком и довести до конца курс медикаментозного лечения. Способность родителей в проведении пероральной регидротационной терапии<sup>vii</sup> в домашних условиях станет главным фактором предотвращения детской смертности от диареи. Из общего числа семей с детьми в возрасте до пяти лет, не менее 75% в 2015 году и 90% в 2020 году будут обучены домашнему лечению диарейных болезней и обеспечены оральными регидротационными солями; (54)
- во-вторых, активное участие родителей и местной общественности в кампаниях профилактики детских болезней. Предстоит повысить ответственность родителей, родственников и сообщества за своевременную и полную иммунизацию детей по Национальному календарю профилактических прививок. Семейные врачи и медсестры активизируют работу с населением по распространению санитарно-гигиенического просвещения в школах, организациях и местных общинах с единственной целью – добиться максимальной поддержки медиков со стороны предприятий, учреждений и организаций по вопросу защиты детей от вакцино-управляемых инфекций; (55)
- в-третьих, работа с домашними хозяйствами по повышению санитарно-гигиенического уровня семьи в целом и, в первую очередь, в вопросах, касающихся ухода за детьми и соблюдения санитарно-гигиенических норм. Самообразованность обоих родителей и их требовательность к себе в вопросах оздоровления быта – это важнейшие предпосылки профилактики детской заболеваемости, и является сферой приоритетного внимания первичного здравоохранения в рамках данной Стратегии здоровья; (56)
- в-четвертых, работа с семьями, школами, общественностью и государственными органами местной исполнительной власти по обеспечению психоэмоционального благополучия детей и подростков, защите детей от насилия и эксплуатации, воспитания уважительного отношения к ребенку как личности, изменения разрушающих образцов поведения, помощи подросткам для самостоятельной жизни, по воспитанию лидеров, развитию коммуникационных навыков; (57)
- в-пятых, профессиональные действия работников ПМСП в деле охраны детского здоровья и благополучия; улучшение качества питьевой воды, модернизации санитарно-гигиенических служб, санитарной очистки городов, ликвидации опасных источников загрязнения окружающей среды, контроль за качеством вакцин и лекарств и соблюдением профессионально-этических норм в лечебно-профилактическом обслуживании матери и ребенка. (58)

Преобразование семьи и общины в важнейшие институты охраны детского здоровья многократно дополнит лечебно-профилактические усилия профессионально подготовленных медицинских работников, но не заменит их. Усиление интегрированного ведения болезней детского возраста (ИБДВ) останется методической и организационной основой для достижения новых успехов в охране здоровья детей Таджикистана. Целостный подход с включением психоэмоционального благополучия и соматического здоровья детей будет способствовать к эффективной профилактике и лечению болезней детского возраста, решению проблем физического развития и формирования ребёнка как

личности. В рамках настоящей Стратегии комплексное ведение болезней детского возраста будет интегрировано в первичную медико-санитарную помощь, основу которой составляет семейная медицина. (59)

Представленные выше стратегические подходы к охране детского здоровья станут основой профилактического осмотра, преодоления недостаточности питания, защиты от инфекций, лечению, выхаживанию и социально-психологической поддержке детей на уровне ПМСП. Координируя свои усилия с семьей и ее ближайшим социальным окружением, работники отрасли добьются снижения младенческой смертности до 25 на 1 000 родившихся в 2015 году и до 20 к 2020 году. Смертность среди детей в возрасте до 5 лет снизится до 38 - в 2015 г. до 20 на 1000 живорожденных в 2020 году. (60)

Особое внимание будет уделено усовершенствованию навыков и знаний семейных врачей и медсестер, внедрению клинических протоколов, обеспечению лекарственными средствами, диагностическим оборудованием, транспортом, холодильной цепью для акцентирования действий по ведению широко распространенных детских заболеваний, таких как алиментарная недостаточность, диарея, ОРИ, управляемые инфекции. Обучение медицинского персонала повысит понимание о том, как социальные и гендерные неравенства влияют на доступ к медицинским услугам для матерей и детей. (61)

Первостепенной по важности задачей становится обеспечение всех младенцев и детей в возрасте до 3-х лет нормальным питанием и, особенно, микроэлементами – витаминами и минералами. Основной и всеобщей стратегией нормального питания младенцев останется исключительно грудное вскармливание от рождения до шести месяцев. При наличии медицинского назначения, кормящие матери будут обеспечиваться препаратами железа для профилактики железодефицитной анемии у грудных младенцев. Детям в возрасте от шести месяцев до пяти лет с выраженной анемией будет назначаться ферротерапия и использоваться йодированная соль. Важной частью программы профилактики острой алиментарной недостаточности останется поддержка с помощью витамина А матерей, разрешившихся от родов, и детей в возрасте до пяти лет. (62)

Профилактика и лечение йододефицитных заболеваний среди детей, как и недостаточность других микронутриентов будут основными задачами ближайшего десятилетия. Необходимо продолжать проведение мониторинга реализации закона о фортификации соли йодом. (63)

В результате вышеперечисленных мер, явление задержки роста среди детей младше 3-х лет снизится с 34% в 2007 г.<sup>viii</sup> до 26% в 2015 г. и до 20% в 2020 г., а распространенность анемии среди детей до 2-х лет сократится, соответственно, до 40% в 2015 г. и 25% в 2020г. Распространенность острого недоедания среди детей в возрасте до 5-ти лет снизится до 4%, а распространенность хронического недоедания до 30% к периоду завершения внедрения стратегии. (64)

Около 15% всех потерь Таджикистана от заболеваемости населения приходится на острые респираторные инфекции (ОРИ), диарейные болезни и паразитарные инфекции. Профилактика и лечение этих состояний станут предметом педиатрического приема и патронажа в семье с детьми младше 5-ти лет. (65)

В рамках клинических руководств Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ), семейные врачи и семейные медсестры добьются более точной диагностики ОРИ и освоят более дифференцированные подходы к их лечению. (66)

Для улучшения управления диарейными болезнями поставщики услуг станут частью широкой программы, которая объединит надзор и наблюдение за болезнью, и обучение общин и домашних хозяйств по вопросам здоровья. Будет усилено внимание к «семейному компоненту» диагностики и лечения диареи, в частности, обучение взрослых членов семьи приготовлению и использованию растворов оральной регидратационной соли. В результате предусмотренных Стратегией усилий, заболеваемость диареей среди детей в возрасте до 5-ти лет снизится на 25% в 2015 г. и на 50% в 2020 г. (67)

Профилактика и лечение гельминтозных заболеваний, как и других инфекций, будут осуществляться параллельно санитарно-гигиеническим мероприятиям. Охват детей дошкольного возраста дегельминтизацией достигнет 70% в 2015 г. и 90% в 2020 г. (68)

Изложенные выше меры по профилактике и лечению наиболее распространенных заболеваний детского возраста будут дополнены специальными мероприятиями по предупреждению и лечению вируса иммунодефицита человека и синдрома приобретенного иммунодефицита человека (ВИЧ/СПИДа). Наряду с информированием детей и молодежи о рисках и механизмах заражения, у них будет возможность получить консультативно-диагностическую помощь в целях предупреждения или своевременного выявления вируса. Школы и другие детские учреждения освоят методики интеграции детей с ВИЧ/СПИД в учебный процесс и в программы внешкольной работы с детьми. Будет продолжена работа по всеобщему охвату детей в группе максимального социально-медицинского риска добровольной консультативно-диагностической помощью по предотвращению ВИЧ-инфицирования и обнаружению вируса. В первый год реализации Стратегии будут уточнены определение целевого контингента детей для профилактики и контроля ВИЧ/СПИДа и уточнена их численность. (69)

При отсутствии явных медицинских противопоказаний и при согласии родителей, прививки первой недели жизни будут обеспечиваться всем новорожденным - как традиционными вакцинами (ОПВ, Гепатит Б, БЦЖ), так и новыми и новейшими вакцинами по мере их включения в Национальный календарь профилактических прививок. (70)

Наряду со своевременной, безопасной иммунизацией, неонатальная помощь и здоровье новорожденных будут поддержаны следующим образом:

- оптимальный температурный режим и режим циркуляции воздуха в палатах родильных домов;
- специальные мероприятия для профилактики гипотермии во время преждевременных родов;
- активная разъяснительная работа со стороны врачей и медсестер для пропаганды важности личной и жилищной гигиены у родителей и членов семьи.

Новорожденные с ВИЧ-инфекцией сразу после рождения получают дозу АРВ-препаратов. Новорожденные, инфицированные от ВИЧ матери получают 6-ти месячный курс АРВ-терапии в течении первых двух лет внедрения Стратегии. (71)

Расширение круга вакциноуправляемых болезней будет сопровождаться укреплением всей ресурсной и технологической цепочки безопасной и затратно-эффективной иммунизации. Иммунизация должна быть эффективной по стоимости с долгосрочной целью достижения самофинансирования программы для закупки вакцин, расходных материалов и холодовой цепи. Системные улучшения приведут к:

- рациональному отбору вакцин;
- закупке по выгодным ценам;
- контролю качества;
- доставке;
- наличию соответствующего количества;
- своевременной утилизации с соблюдением холодовой цепи;
- соответствию прививочных пунктов стандартам безопасной вакцинопрофилактики;
- подготовленности медицинских работников по правилам организации и технике проведения иммунизации, а также приемам неотложной помощи<sup>ix</sup> в случае возникновения поствакцинальных осложнений;
- утилизацию остроконечных отходов, правильную и достоверную регистрацию профилактических прививок. (72)

Максимальный охват детей иммунопрофилактикой будет достигаться гибким подходом к её организации: в стенах лечебных учреждений по специальному вызову и в ходе обычного педиатрического приема; во время дней здоровья в школах и других детских учреждениях; силами выездных прививочных бригад и в ходе патронажа на дому работниками семейной медицины. (73)

Правительство Республики Таджикистан продолжит стратегическое партнерство с Глобальным альянсом вакцин и иммунизации (ГАВИ) и другими международными инициативами в области финансирования и поставки новых и новейших вакцин. Органы и ведущие специалисты здравоохранения страны будут пристально наблюдать за новейшими разработками в области технологии введения вакцин и создания термостабильных вакцин<sup>x</sup>. Приемлемый международный опыт будет интегрирован в Национальную программу иммунизации Республики Таджикистан. (74)

## 2) Профилактика и контроль инфекционных заболеваний

Произошедшие в последние годы в стране радикальные социально-экономические и политические перемены потребовали принципиально новых подходов в решении вопросов санитарно-эпидемиологического благополучия населения, что определяется законом «Об обеспечении санитарно-эпидемиологической безопасности населения», отражающим современный процесс регулирования законодательством общественных отношений в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. К ним относятся: санитарно-эпидемиологические требования обеспечения безопасной среды обитания для здоровья человека, социально-гигиенический мониторинг, государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование, аккредитация испытательных лабораторий (центров), санитарно-эпидемиологические экспертизы, токсикологические, радиологические и гигиенические оценки. (75)

Основополагающими принципами были и остаются профилактика и защита от заболеваний и пропаганда здоровья посредством перемещения акцента на: профилактические вмешательства и услуги на уровне ПМСП, развитие и практическое применение передовых форм оказания медицинских услуг, включая санитарно-эпидемиологический надзор, мониторинг здоровья и среды обитания человека. (76)

К приоритетным задачам стратегии по обеспечению санитарно-эпидемиологической безопасности населения относятся: снижение заболеваемости вирусными гепатитами, инфекциями, передаваемыми водным путем, ВИЧ/СПИД, туберкулезом, гельминтозами, малярией и другими паразитарными болезнями, ИППП; снижение смертности и инвалидности от этих заболеваний; совершенствование эпидемиологического надзора за особоопасными и карантинными болезнями; усиление мероприятий по предупреждению завоза и распространения их на территории Республики Таджикистан, обеспечение безопасности донорской крови, расширение безвозмездного донорства, усиление эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями. (77)

Описанные выше, в главе о здоровье матери и ребенка, меры по контролю за ВИЧ/СПИД также будут распространяться по всему населению Таджикистана. «Программа по борьбе с эпидемией ВИЧ в Республике Таджикистан на период 2007-2010гг.» в первую очередь была адресована группам риска и уязвимым слоям населения, включая потребителей внутривенных наркотиков, коммерческих секс-работников, мужчин, имеющих секс с мужчинами, людей, живущих с ВИЧ/СПИД, заключенных, молодежь, включая детей, живущих на улице и подростков до 17-ти лет, военнослужащих, мигрантов, их семей и женщин. Последующая программа – «Национальная стратегия ВИЧ/СПИД на период 2011-2015гг.» будет основываться на принципах универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке и будет адресована не только группам высокого риска, но и населению в целом, включая детей. (78)

В предстоящем десятилетии особое внимание будет уделено профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП, туберкулеза, малярии и другим заболеваниям, которые влияют на демографический и трудовой потенциал страны. Эффективное управление стратегией и

своевременная интеграция клинических и социальных инструментов внедрения помогут снизить стигму, связанную с данными заболеваниями. (79)

Масштабы и интенсивность усилий по профилактике ВИЧ/СПИД призваны стабилизировать распространение данной инфекции к 2015 году на уровне 6.800 человек и к 2020 году распространенность не должна превышать 1% от общей численности населения страны. (80)

У ВИЧ-инфицированных риск развития клинически выраженного туберкулёза выше, чем при отсутствии ВИЧ. Для правильной организации лечебно-профилактической и медико-социальной работы по ВИЧ/ТБ необходимо: улучшить координацию и механизм взаимодействия центров ТБ, СПИД и учреждений ПМСП на национальном, областном и районном уровнях; своевременное выявление и диагностирование туберкулёза у ЛЖВ, своевременное выявление и диагностирование ВИЧ-инфекции у туберкулёзных больных. (81)

Таджикистан находится на концентрированной стадии развития эпидемии ВИЧ/СПИД, где основной движущей силой являются потребители инъекционных наркотиков. В рамках данной Стратегии планируется продолжение мероприятий по обеспечению всеобщего доступа населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке по ВИЧ/СПИД. Охват профилактическими программами, добровольным консультированием и тестированием на ВИЧ групп высокого риска (ПИН, РКС, МСМ, заключенные), других уязвимых групп населения (трудовые мигранты и члены их семей, молодежь), будут являться основными мероприятиями по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Антиретровирусное лечение пациентов с ВИЧ-положительным статусом будет обеспечено бесплатно на территории всей страны. Проведение АРВ-терапии и лечение оппортунистических заболеваний будут осуществляться в тесной взаимосвязи специализированных учреждений с ПМСП в рамках проводимой реформы системы здравоохранения. Начиная с 2018 года, лечение больных ВИЧ/СПИДом будет внедряться в общую семейную медицину. (82)

Программа подготовки и сертификации медицинских психологов из студентов ТГПУ и ТГМУ будет разработана и внедрена к 2012 году. Психологи-консультанты будут подготовлены и сертифицированы в соответствии с этой программой с целью оказания эффективной помощи ВИЧ-инфицированным и их семьям, а также людям с проблемами в психическом здоровье и молодежи с рискованным поведением. Специальность медицинский психолог-консультант будет введена в реестр профессий. (83)

Принципиальной установкой на ближайшее десятилетие становится последовательная интеграция здравоохранения страны в Глобальную стратегию профилактики и контроля болезней, передаваемых половым путем<sup>xi</sup>. Пропаганда гигиены семейной и половой жизни станет постоянным элементом социальной рекламы по каналам СМИ, войдет в общеобразовательные учебные программы, работников семейной медицины с родителями и молодежью. Многие кожно-венерические инфекции протекают бессимптомно, в связи с чем чрезвычайно важным будет своевременная их диагностика. (84)

К 2015г., специалистами семейной медицины будут освоены следующие лечебно-профилактические и организационные подходы: обеспечение конфиденциальности приема и информации о пациенте; проведение скрининга и синдромного лечения ИППП, вовлечение населения в пропаганду здорового образа жизни, соблюдение гигиены семейной жизни; просвещение и консультирование подростков по способам предупреждения риска заражения ИППП. Лечебно-профилактическая работа по ИППП будет максимально адаптирована к профессиональным, семейным и индивидуальным рискам с учетом процесса миграции. (85)

Новой угрозой общественному здоровью планеты Всемирная организация здравоохранения признала вирус папилломы человека онкогенных типов. Научное сообщество и практические работники здравоохранения Республики Таджикистан будут

пристально наблюдать за мировым опытом освоения вакцины против этого вируса. Откликаясь на призыв ВОЗ, Министерство здравоохранения проанализирует применимость вакцины против папилломавирусной инфекции в условиях ограниченных ресурсов для иммунизации женского населения детского и подросткового возрастов. (86)

В предстоящие 10 лет в Республике Таджикистан будут продолжены мероприятия в рамках стратегии «Остановить ТБ», которые направлены на улучшение качества внедрения ДОТ-стратегии, улучшение обслуживания больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, улучшение интеграции с ПМСП, внедрение практики по стандартным подходам ведения и лечения больных с легочными заболеваниями, усиление и расширение практики активного вовлечения всех слоев общества (местные активисты, религиозные деятели, волонтеры, активное привлечение больных перенесших ТБ, лидеры махалинских советов и т.д.) с проведением адвокации, вовлечение частного сектора здравоохранения, расширение мероприятий по выявлению и лечению больных с резистентными формами туберкулёза и проведение научно-исследовательской работы, для выявления эффективных способов внедрения вмешательств, и дальнейшего мониторинга воздействия вмешательств.

Вышеперечисленные мероприятия направлены на достижение основных индикаторов: к 2015 году показатели излечения должны быть не менее 85% среди новых случаев с положительным мазком на туберкулёз и выявить не менее 70% новых случаев туберкулеза с положительным мазком.

Экономический рост страны обусловит повышение семейных доходов и улучшение условий жизни, быта и питания семей, что будет способствовать преодолению бедности и неустроенности, оказывая влияние на снижение восприимчивости населения к туберкулёзу. Для успешного излечения больных туберкулёзом необходим комплексный подход с обеспечением материальной и психологической поддержки.

Первые несколько лет реализации Стратегии сознательно отводятся на подготовительные меры по реорганизации структуры борьбы с туберкулёзом. Главное же внимание будет уделено укреплению семейной медицины, как лечебно-профилактической платформы, на которой утвердится новая модель предотвращения, диагностики и лечения туберкулёза.

На предстоящий период предполагается охватить лечением не менее 80% больных с мультирезистентными формами туберкулёза, а также организовать учреждения паллиативной помощи для больных с широкорезистентными формами туберкулёза. (87)

К 2015 году успешно закончатся мероприятия по борьбе с малярией в пораженных регионах и страна получит статуса страны, свободной от малярии. (88)

До 2020 года будут осуществляться мероприятия по поддержанию достигнутого результата. Для достижения поставленной цели необходимо дальнейшее укрепление потенциала, улучшение национальной системы наблюдения, включая прогнозирование, раннее оповещение и реагирование на эпидемию, увеличение охвата и улучшение качества ранней диагностики и своевременного лечения в стране, обеспечение рентабельных интегрированных мер по борьбе с переносчиками, проведение научных исследований и повышение уровня информированности населения. (89)

В целях профилактики болезней, передаваемых водным путём на период до 2020 года предполагается: снижение уровня загрязнения водоемов, используемых для питьевого водоснабжения и для рекреации до установленных гигиенических нормативов; осуществление координации деятельности заинтересованных служб и ведомств, осуществляющих эксплуатацию и технический контроль за объектами водоснабжения и водоотведения, в т. ч. предоставление оборудования в сельских населенных пунктах; совершенствование технологии очистки питьевой воды на водопроводах с поверхностными источниками, проведения реконструкции очистных сооружений, способствующих улучшению качества обработки воды; обеспечения повышения профессионального уровня и ответственности обслуживающего персонала систем

водоснабжения и водоотведения; оснащение производственных лабораторий современным оборудованием; другие мероприятия, предусмотренные санитарными нормами и правилами гигиенических требований к качеству воды. (90)

Пандемия гриппа характеризуется высокой заболеваемостью, значительной смертностью и социально-экономическими потрясениями. С целью снижения риска, предупреждения заноса, распространения в республику вирусов высокопатогенного штамма пандемического гриппа H1N1 и других типов и подтипов, способных вызывать пандемию, и создание потенциала по противодействию пандемии путем укрепления республиканской материально-технической базы, кадровых ресурсов и межсекторальной координации, обеспечивающих проведение мониторинга данного заболевания, а также локализации и ликвидации заболевания в случае его возникновения. Дополнительное оборудование, профилактические и лечебные вакцины будут предоставлены в вирусологические лаборатории и инфекционные отделения наряду с обучением персонала. В рамках Стратегии предусматривается сотрудничество как внутри страны, так и на международном уровне с вовлечением ветеринарной службы контроля и Государственного комитета по чрезвычайным ситуациям. Для улучшения качественных результатов будут использоваться различные стратегии по информированию населения. (91)

### 3) Снижение бремени неинфекционных и хронических заболеваний

Основными задачами будущего десятилетия в улучшении доступности по предоставлению медико-санитарных услуг больным с неинфекционными и хроническими заболеваниями являются: (92)

- а) завершение вертикального анализа каждой из служб здравоохранения, с целью улучшения доступности населения к специализированным услугам предусмотрена интеграция в межрайонные структуры; (93)
- б) пересмотр коечного фонда подразделений больниц с организацией дневных стационаров; (94)
- в) пересмотр штатных нормативов врачебного и среднего медицинского персонала в учреждениях системы здравоохранения и определение новых функций; (95)
- г) разработка новых и усовершенствование действующих нормативов и стандартов (сегодня разработаны и утверждены свыше 500 нормативно-правовых документов, регламентирующих ту или иную деятельность); (96)
- д) усиление ресурсов реабилитационных учреждений (кардиологические, для наркозависимых, детского профиля и др.); (97)
- е) усовершенствование и дальнейшее развитие системы предоставления паллиативной помощи (ПП) для взрослых и детей (формирование системы обучения по ПП, организация паллиативных отделений и хосписов на клинической базе и помощи на дому, разработка и приведение в соответствие нормативно-регуляторных документов и др.); (98)
- ж) дальнейшая реализация принятых и новых национальных и отраслевых программ (по профилактике и борьбе с сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, туберкулёза, наркомании, онкологических заболеваний, развитию донорства, профилактике травматизма, профессиональных заболеваний и др.); (99)
- з) привлечение дополнительных инвестиций в улучшение инфраструктуры учреждений; (100)
- и) наряду со Стратегией ВОЗ “О народной медицине” и в рамках закона Республики Таджикистан “О народной медицине” продвигать использование традиционной медицины путем надлежащего лечения, соответствующего международным стандартам, руководствам и методологиям<sup>i</sup>; (101)

<sup>i</sup> <http://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/index.html>

к) в грядущем десятилетии, с целью оказания своевременной доврачебной медицинской помощи на месте происшествия, планируется внедрить механизм подготовки парамедиков из числа водителей, работников ГАИ, структур ЧС и ГО и др. (102)

Болезни сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца); болезни дыхательных путей (хроническая обструктивная легочная болезнь и бронхиальная астма); болезни мочеполовых органов (нефрит и нефроз); болезни эндокринной системы (сахарный диабет) и психоневрологические расстройства составляют состояния, от которых потери в продолжительности и качестве жизни в Таджикистане существенно выше, чем в сопоставимых странах региона ЕВРО ВОЗ. (103)

В предстоящем десятилетии организация лечебно-профилактической помощи хроническим больным коренным образом изменится. Профессиональное мышление медиков будет направлено на управление хроническими болезнями, то есть на профилактику заболеваемости<sup>xii</sup>. Достижение целей будет проведено развитием семейной медицины. Спорадические визиты пациента будут заменены разработкой плана ведения хронического больного, включая установленным графиком периодичности приёма врачом и средним медицинским работником, при необходимости специалистом узкого профиля. Акцент будет сделан на непрерывный самоконтроль пациентом своего самочувствия и продуманные действия во избежание и при наступлении кризиса. Заметное место займет целенаправленная информационно-разъяснительная работа по «мирному сосуществованию» со своим недугом. Длительная мотивационная поддержка станет главным направлением лечебно-профилактической помощи. Она будет налажена под эгидой врача семейной медицины и с опорой на семейно-бытовую среду и местное социальное окружение пациентов-хроников. Большую роль в этом деле сыграют советы общинного здоровья при джамоатах, коллективная самоорганизация людей с родственными проблемами и интересами, например, астма-школы, клубы больных диабетом и гипертонией, клубы здорового образа жизни в школах, клубы самореабилитации лиц с алкоголем - и наркозависимостью, клубы пенсионеров. (104)

Принимая во внимание тот факт, что болезни органов дыхания занимают первое место в структуре заболеваемости, будет организован научный пульмонологический центр, который изучит причины заболеваемости, факторы риска, и меры профилактики наиболее распространенных аллергических и воспалительных заболеваний органов дыхания. (105)

Ведение хронических болезней с акцентом на самоконтроль со стороны больного повысит роль квалифицированного медицинского наблюдения по заранее спланированной программе и на основе современных клинических руководств и средств диагностики. Понимание пациентом своего недуга и навыки по «самоуправлению» им будут дополнены эффективной медикаментозной поддержкой (например, при диабете и гипертонии) и необходимыми средствами медицинского назначения в личном пользовании пациента и его семьи (при астме, диабете и гипертонии). (106)

Передача в руки семейной медицины рутинной помощи при хронических заболеваниях предполагает продолжительный переходный период, в течение которого семейные врачи и семейные медсестры будут работать в тесном партнерстве со специалистами. Их сотрудничество будет осуществляться в многообразных формах, включая выработку планов координации помощи, совместный медицинский прием и разбор случаев, а также совместное проведение информационно-разъяснительных занятий. (107)

Регистрация динамики заболевания (в частности, чередования кризисов и ремиссий) как в стенах семейной медицины, так и в семье пациента становится первостепенным ресурсом новой стратегии ведения хронических состояний. (108)

#### 4) Детерминанты здоровья и формирование здорового образа жизни

Сложившаяся ситуация с достаточно высокими уровнями загрязнения атмосферного воздуха и неудовлетворительным решением вопросов по его оздоровлению продолжает оказывать вредное воздействие на состояние здоровья населения, и мероприятия, направленные на оздоровление атмосферного воздуха и создание благоприятных условий проживания населения, должны быть приоритетными в следующих направлениях: переселение населения, проживающего в санитарно-защитных зонах предприятий; осуществление строительства высокоэффективных сооружений по очистке выбросов в атмосферу и действенного контроля за эффективностью их работы; проектирование и строительство новых промышленных объектов осуществлять с учетом новых технологических регламентов, полностью или в значительной степени исключающих загрязнение атмосферного воздуха; ужесточение контроля за выполнением действующих законодательных актов в области охраны окружающей среды. (109)

В целях снижения уровня загрязнения водоемов, используемых для питьевого водоснабжения и для рекреации до установленных гигиенических нормативов, необходимо проведение мер по сокращению сброса в рек и водоемы неочищенных (загрязненных) и недостаточно очищенных сточных вод, за счет: (i) технического перевооружения (реконструкции) объектов; (ii) внедрения высокоэффективных на современном уровне сооружений по очистке сточных вод, (iii) обращения особого внимания на сооружения по биологической очистке; (iv) запрещения сброса сточных вод без очистки в прибрежные зоны рек, используемых для рекреации и другие. При этом необходимо принять меры по соблюдению норм строительства санитарно-гигиенических объектов. (110)

В области загрязнения почвы отходами производства и потребления: подготовка законодательных актов и механизмов экономического стимулирования хозяйствующих субъектов по реализации выполняемых мероприятий, в т. ч. по стимулированию инвестиций в строительство мусороперерабатывающих и мусоросжигательных минизаводов, благоустройству свалок бытового мусора и промышленных отходов; обеспечить контроль за предприятиями и учреждениями по вопросам организации, сбора, временного хранения и вывоза ртутьсодержащих и медицинских отходов. (111)

В области контроля за качеством и безопасностью продовольственного сырья и продуктов питания: определить основные направления по профилактике алиментарно зависимых заболеваний и состояний, исходя из анализа разработанных и внедренных мероприятий по ликвидации дефицита витаминов, макро- и микроэлементов; осуществлять дальнейшее изучение влияния генетически модифицированных продуктов питания на здоровье населения, исходя из данных науки и распорядительных документов руководящих органов; вести социально-гигиенический мониторинг за загрязнением пищевых продуктов и продовольственного сырья потенциально опасными загрязнителями различной природы; разработать методы оценки риска различных уровней загрязнения продуктов питания, оценку их опасности для здоровья человека; определить наиболее значимых загрязнителей среды обитания и продуктов питания с оценкой экспозиции и дозоэффективной зависимости их влияния на здоровье населения и другие. (112)

По улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки в детских и подростковых учреждениях: утверждение и внедрение в практику «Национального плана действий по предупреждению вредного воздействия факторов окружающей среды на здоровье детей и подростков» как отдельного плана или секции «Национального плана действий по защите окружающей среды»; разработка и внедрение образовательных программ для школьников и родителей по здоровому образу жизни, профилактике

курения, наркомании и алкоголизма, гигиене, основам рационального питания, профилактике алиментарно-зависимых заболеваний; обеспечение организации полноценного питания в образовательных и оздоровительных учреждениях, использование в рационах питания продуктов с повышенной пищевой и биологической ценностью, витаминизированных продуктов. (113)

В области обеспечения здоровых условий труда: разработать эффективный экономический механизм, побуждающий работодателей обеспечивать здоровые и безопасные условия труда, включающий льготное налогообложение для предприятий без травм и аварий, осуществляющих автоматизацию и модернизацию производства, и технологических процессов. (114)

В области обеспечения безопасности населения и надзора за источниками физических факторов: создание условий для замены устаревшего технологического оборудования на промышленных и сельскохозяйственных предприятиях; планирование и проведение мероприятий по защите населения от сверхнормативного воздействия транспортного шума (от автотранспорта и авиационного). (115)

В области обеспечения радиационной безопасности: для полной оценки радиационной ситуации необходимо продолжить паспортизацию организаций и территорий, организацию радиационного контроля за всеми объектами внешней среды (116)

В целях усовершенствования эпидемиологического надзора за неинфекционными болезнями, выявить причинно–следственные особенности распространения хронических и неинфекционных заболеваний, а также болезней профессионального характера. Причиной этого служит выявление основных факторов влияющих на возникновение и распространение хронических заболеваний, выявление уровня и географического характера распространения болезней, причин травм и инвалидизации. (117)

Большинство распространенных хронических заболеваний имеют, наряду с генетическими и биологическими истоками, социально-экономические, поведенческие и экологические корни. Социально-экономические поведенческие детерминанты и детерминанты окружающей среды в свою очередь находятся под влиянием гендерных норм и ролей, а также дискриминацией. Курение и приверженность к спиртным напиткам, нездоровый образ питания, нехватка физической нагрузки или физическое истощение, стрессы, загрязненность окружающей и рабочей среды характеризуют условия жизни, при которых восприимчивость к хроническим болезням повышается, а их профилактика и контроль становятся особенно проблематичными. Сокращение бедности и неустроенности – задача долгого времени. Отказ от саморазрушительных привычек и продуманный подход к организации повседневного быта будет достигнуто уже в ближайшем десятилетии. Совместные усилия семьи, её социального окружения, общества и государства являются в этом плане двигателем реализации настоящей Стратегии. Министерство здравоохранения с целью решения проблем мультисекторального уровня будет иметь ключевую роль в координации этих действий. (118)

С целью совершенствования системы гигиенического воспитания и образования граждан, повышения их санитарной культуры, распространения знаний о здоровом образе жизни и укрепления здоровья населения предусматривается создание системы информационного обеспечения населения; координирование деятельности различных государственных органов, учреждений и общественных организаций; расширение использования средств массовой информации в пропаганде здорового образа жизни и профилактики заболеваний. (119)

С целью медицинского обеспечения предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций повсеместно осуществить внедрение «Плана действий системы здравоохранения Республики Таджикистан по реагированию на чрезвычайные ситуации». (120)

## 2. Системные преобразования в здравоохранении

Системы здравоохранения – это механизмы, с помощью которых вырабатываются задачи улучшения здоровья людей и осуществляется деятельность по их достижению. Настоящая Стратегия берет установку на комплексную модернизацию систем охраны личного и общественного здоровья в Республике Таджикистан. Предполагается создание новых систем, укрепление сложившихся и интеграция тех и других в единое целое, которое можно определить как результативное, социально-приемлемое и устойчиво работающее здравоохранение. (121)

Настоящая Стратегия выдвигает на первый план механизмы синергетического взаимодействия и ратует за системы, в которых личные и коллективные интересы будут формироваться с опорой на информацию и стимулы (материальная, профессиональная и другие). (122)

Представленные выше системы работают на достижение следующих функциональных задач в здравоохранении Таджикистана: (а) усиление государственного управления в вопросе охраны здоровья; (б) повышение качества и универсальной, недискриминирующей доступности лечебно-профилактической помощи и; (в) развитие ресурсной и финансовой базы здравоохранения. (123)

### 1) Усиление государственного управления охраной здоровья

Правительство страны, включая Министерство здравоохранения и местные исполнительные органы государственной власти, возьмёт на себя следующие функции государственного руководства здравоохранением: выработка основополагающих ценностей, руководящих принципов и государственной политики в области охраны здоровья населения; создание современной информационно-аналитической базы и проведение на её основе оперативных и стратегических исследований в здравоохранении; модернизация законодательства и нормативно-правовой базы и надзор за их исполнением; формирование межотраслевых и межинституциональных подходов к оздоровлению условий жизни в стране; усиление ориентации на передовой международный опыт; координация международной помощи и технического сотрудничества; совершенствование систем оперативного управления здравоохранением. (124)

### а) Основополагающие ценности и руководящие принципы государственной политики здравоохранения

В основу государственной политики охраны здоровья положены следующие принципиальные положения: (125)

- внимание органов власти к потребностям и проблемам здравоохранения;
- социально-ориентированная модель экономического роста. Государственная поддержка труда медиков и государственный надзор за их компетентностью и этикой в вопросе подхода к своему делу.

На предстоящие десять лет в основу государственной политики кладется прагматизм в заботе о здоровье людей и о тех, кто это здоровье поддерживает, будь то семья, община или профессиональное медицинское сообщество. (126)

Права пациента – суть права человека в условиях его физической, психологической и финансовой уязвимости перед лицом болезни. (127)

Гибкость и реализм в политике охраны здоровья населения предполагают этапный подход к практическому воплощению идей добра и справедливости. (128)

Правительство Таджикистана с пониманием относится к мнению стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения о том, что «недопустимо сползание людей в бедность в результате нездоровья»<sup>xiii</sup>. Представляется очевидным, однако, что настоящая Стратегия не может полностью преодолеть тенденций бедности в

стране и, потому, не ставит столь глобальной задачи перед национальными службами охраны здоровья. Реальной задачей государственной политики на ближайшее десятилетие становится защита семей от резкого снижения материальной обеспеченности по причине обращения за медицинской помощью. (129)

Правительство Республики Таджикистан в 2005 году приняло закон «О государственных гарантиях равноправия мужчины женщин и равных возможностей их реализации». Гендерные нормы и ценности влияют на реальный доступ женщин к медицинским услугам и информации, что в свою очередь чётко влияет на репродуктивное, материнское и детское здоровье. Эти преобладающие нормы также в некоторых смыслах устраняют мужчин от доступа к медицинским услугам и усиливают нездоровые образы жизни. Сектор здравоохранения должен быть отзывчивым к гендерным аспектам и активно обсуждать неравенства в обществе. (130)

В рамках реализуемой государственной политики на ближайшее десятилетие, система прямого государственного субсидирования базовой медицинской помощи защитит от платности малоимущих, а возросшие бюджетные ассигнования на здравоохранение за счёт сложившихся умеренно-прогрессивных налогов повысят финансовое участие обеспеченных граждан. (131)

Формирование ценностей и принципов национальной политики в области охраны здоровья предполагает внимательное соотнесение подходов страны с опытом международного сообщества. Представленная выше адаптация к условиям Республики Таджикистан принципов равенства, социальной справедливости и солидарности лишь подчеркивает приверженность страны самим этим принципам. (132)

Программные документы ВОЗ и, прежде всего, «Всемирная декларация здоровья» (1998 г.), «Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ» (2005 г.)<sup>xiv</sup>, ежегодные доклады о состоянии здравоохранения в мире и «Таллинская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния» (2008 г.)<sup>xv</sup>, а также «Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2015г.» (2007г.) отражают круг источников информационно-методологической поддержки при разработке политики охраны здоровья в Республике Таджикистан на последующие десять лет. (133)

#### б) Национальная политика здоровья

Законодательные органы, правительство и судебная система образуют три ветви власти, каждая из которых призвана сыграть самостоятельную роль в формировании и реализации политики охраны здоровья населения в Республике Таджикистан. Инициатором и центром модернизации политики здравоохранения является Правительство Республики Таджикистан в лице Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. Наряду с Министерством здравоохранения ответственность за реализацию настоящей Стратегии возлагается на другие задействованные министерства и ведомства. Функциональный облик Министерства здравоохранения изменится за счет наделения его новыми функциями и модификации ряда действующих функций. Важнейшим делом Министерства здравоохранения станет формирование политики охраны здоровья, то есть определение стратегического курса развития здравоохранения в ответ на текущие и перспективные потребности страны. (134)

Политика здравоохранения определяется на основе концепции анализа, процесса консультаций и согласований в поисках решений и широкого согласия между партнерами по охране здоровья. В будущем десятилетии в такого рода партнерство, наряду с тремя ветвями государственной власти, войдут государственные и частные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), некоммерческие организации лечебно-профилактического и медико-социального профиля; профессиональные организации медицинских работников; поставщики продукции медицинского назначения и услуг здравоохранению; учреждения и организации, финансирующие отрасль; предприятия (как

работодатели и источники рисков профессиональной и общей заболеваемости); профсоюзы; организации, представляющие интересы потребителей лечебно-профилактических услуг; учебные заведения, благотворительные фонды; международные партнеры по развитию; издатели профессиональной литературы и средства массовой информации. (135)

В число важнейших разделов политики здравоохранения войдут: формирование «институциональной модели здравоохранения», в частности, выработка принципиального взгляда на соотношение государственного и частного финансирования и оказание лечебно-профилактической помощи, а также платности и бесплатности услуг; уровень открытой конкуренции между производителями медицинской помощи; принципы ценообразования; хозяйственная самостоятельность ЛПУ; определение меры и механизмов централизации и децентрализации государственного руководства здравоохранением и его финансирования; определение задач и инструментов межведомственного взаимодействия; формирование альянсов государственных, профессиональных и общественных организаций; активизация роли семьи и общины в охране здоровья; принципиальные подходы к выработке санитарно-эпидемиологических приоритетов; моделей лечебно-профилактической работы и стандартов медицинской помощи; принципиальное отношение к структурной оптимизации лечебно-профилактической сети; критерии оценки результативности охраны здоровья; принципы развития кадровой, технологической и фармацевтической базы здравоохранения; координация систем оперативного управления здравоохранением для обеспечения синергизма стратегии с национальными приоритетами здоровья. (136)

На уровне формирования политики перечисленные комплексы проблем будут решаться на принципиальном уровне, который согласуется с основополагающими ценностями и руководящими принципами; вытекает из ранее принятых законов и регламентирует будущие законы и подзаконные акты. Политика здравоохранения, таким образом, будет служить основой для развития нормативно-правовой базы. Последняя будет использоваться для доведения принципов и начал политики до уровня конкретных функций государственного управления и технологий оперативного управления системой охраны здоровья. (137)

Настоящая Стратегия здоровья устанавливает следующее видение государственной политики здравоохранения в Республике Таджикистан: (138)

- в ближайшем десятилетии политика здравоохранения Таджикистана будет определяться стратегическими приоритетами охраны здоровья, интересами обеспечения равного доступа жителей страны к качественной лечебно-профилактической помощи и задачами модернизации финансовой и ресурсной базы здравоохранения. (139)

- субъектом политики охраны здоровья являются институты гражданского общества, в то время как Правительство Республики Таджикистан в лице Министерства здравоохранения является её координирующим центром. Государственно-общественный диалог станет инструментом актуализации политики здравоохранения с учётом потребностей и возможностей страны, а также контроля за её выполнением. Ход и результаты такого диалога будут обобщаться на «Национальном саммите по охране здоровья», где будут представлены мнения всех заинтересованных сторон по состоянию системы охраны здоровья, её перспективных задач и реализации Стратегии. Таким образом, политика охраны здоровья станет объектом непрерывного обсуждения и периодической корректировки. (140)

- неотъемлемым элементом широкого общественного сотрудничества в охране здоровья населения станет межведомственное взаимодействие в рамках государственного сектора и формирование стратегического партнерства между государственным и частным сектором.

Принципиальной установкой на отдаленную перспективу является самодостаточность каждой отрасли экономики и каждого хозяйствующего субъекта в деле

минимизации создаваемых ими санитарно-эпидемиологических рисков. В предстоящем десятилетии политика охраны здоровья будет строиться на более ограниченном принципе: полное соблюдение стандартов безопасности окружающей среды и рабочих мест на вновь вводимых производственных мощностях и продуманная система государственной поддержки в деле оздоровления санитарно-эпидемиологической обстановки на действующих предприятиях и вокруг них. Создание экологической карты и мониторинг экологической обстановки по ведомствам и объектам станет первым шагом в вышеупомянутом межведомственном взаимодействии и государственно-частном партнерстве. (141)

Политика организации лечебно-профилактической работы будет опираться на анализ тенденций заболеваемости и рисков здоровья, эмпирически-обоснованные подходы к профилактике и лечению болезней, а также учёт предпочтений населения и пациентов. (142)

Интеграция медицинского обслуживания на основе взаимодействия служб и уровней медицинской помощи является приоритетом организационной политики в здравоохранении. (143)

Социальная политика в здравоохранении нацелена на защиту низкодоходных групп населения и бесплатное оказание базовых видов медицинской помощи всему населению. В среднесрочной перспективе, общий уровень прямой платности будет снижаться по мере увеличения бюджетного финансирования. В меру сохранения платности, её уровень будет дифференцироваться на основе оценки семейных доходов. С течением времени, здравоохранение объединит свои усилия с другими социальными программами для создания единой системы изучения нуждаемости в стране и интегрированного учёта (базы данных) уровня материальной обеспеченности семей. (144)

Институциональная политика в здравоохранении Таджикистана определяется следующими главными чертами: преимущественно государственной собственностью, но без препятствий к развитию сети частных поставщиков, на основе единых стандартов лечебно-профилактической помощи и неукоснительного исполнения нормативно-правовых требований лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности. (145)

Финансово-экономическая политика опирается на следующие стратегические подходы: государственные ассигнования постепенно займут место главного источника финансирования здравоохранения. Распределение бюджетных средств будет осуществляться в интересах стимулирования реформ в отрасли, то есть в порядке первоочередной поддержки прогрессивных моделей лечебно-профилактической работы и затратной эффективности. Государственные контракты будут поощрять результативность и оперативно-хозяйственную самостоятельность ЛПУ. (146)

Кадровая политика будет направлена на восстановление профессионального и общественного имиджа медицинских работников. Поэтапное повышение уровня оплаты их труда в период реализации Стратегии будет сопровождаться усилением правовой, этической и финансовой ответственности за качество и результаты лечебно-профилактической работы. Экономические стимулы и возможности профессионального роста будут увязываться с санитарно-гигиеническими и клиническими показателями оказываемой помощи, мерой удовлетворённости пациентов, производительностью труда и следованию нормам профессиональной этики. Программы медицинского образования всех уровней будут увязаны с новыми моделями оказания помощи и доказательной медициной. Поставщики медицинских услуг обеспечат поддерживающую супервизию и обучение на рабочих местах (в частности для новых обученных семейных врачей) в рамках медицинского образования. Особое внимание будет уделяться подготовке качественных рутин и процедур с целью улучшить отчетности. Гарантия компетентности медиков возьмет верх над гарантией их трудоустроенности. Медицинские работники, а в дальнейшем техники-лаборанты и инженеры-медики станут профессиями, занятие

которыми допустимо лишь при наличии возобновляемой лицензии. Система допуска к профессиональной практике на основе единого квалификационного экзамена будет введена к 2015 г., а к 2020 г. распространится на всех практикующих медицинских работников. Защита работников сектора здравоохранения на рабочем месте и механизмы льгот при контакте с особо вредными заболеваниями также будет учтена. (147)

Структурно-инвестиционная политика будет осуществляться с триединым стратегическим намерением: воссоединить здравоохранение страны с медицинскими технологиями 21 века; провести структурную рационализацию лечебно-профилактической сети; облегчить доступ к капиталу самостоятельным медицинским практикам и инновационным проектам в здравоохранении. Новые технологии будут внедряться строго по соображениям их медицинской и затратной эффективности и с пониманием того, что за одноразовыми затратами на капитальные вложения следует «шлейф» текущих затрат. Планирование последних станет неотъемлемой частью технико-экономического обоснования инвестиционных проектов. (148)

Реструктуризация сети ЛПУ отразит новые модели, основываясь на мастер план по реструктуризации, которые ожидается к концу 2010 г. Можно будет ожидать что основной объем капитальных вложений будет направлен на строительство и капитальный ремонт сельских домов и центров здоровья – организационной основы семейной медицины для большинства населения страны. Учитывая незагруженные мощности специализированных больниц и диспансеров нужно будет сократить коечный фонд. Согласно генерального плана в вопросах развития человеческих ресурсов и план внедрения отрегулирует распределение человеческих ресурсов в секторе здравоохранения для предотвращения любого неправильного его перераспределения и обеспечит удовлетворительный уровень доступности профессиональных сотрудников на каждом уровне оказания медицинской помощи по всей страны.(149)

Лекарственная политика ближайшего десятилетия будет направлена на обеспечение здравоохранения эффективными лекарственными средствами гарантированного качества и их рационального использования. Предстоит защитить фармацевтический рынок от оборота фальсифицированных, некачественных и незарегистрированных лекарственных средств, а также от полипрагмазии. (150)

Политика материально-технического снабжения сосредоточится на обеспечении здравоохранения страны безопасными, клинически- и затратно-эффективными лекарствами, средствами медицинского назначения и медицинской техникой, а также модернизированной инфраструктурой. (151)

Информационная политика направлена на: обеспечение достоверной и рациональной по объему информации о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения и результатах деятельности по охране здоровья населения; санитарно-гигиеническое просвещение населения в вопросах оздоровления образа жизни и профилактики конкретных заболеваний; информирование пациентов о возможностях лечения их болезней и вероятных побочных эффектах конкретных медицинских назначений; устойчивый доступ организаторов здравоохранения, практикующих медиков, научных работников и преподавателей к новейшей информации об эмпирически-подтвержденных методах лечебно-профилактической работы. (152)

В каждом из вышеперечисленных аспектов политики охраны здоровья интересы сельского здравоохранения будут учитываться в приоритетном порядке. (153)

#### в) Модернизация законодательства и нормативно-правовых актов

В ходе реализации настоящей Стратегии законодательная работа будет нацелена на создание внутренне согласованной, выстроенной системы законов и подзаконных актов в области здравоохранения. Вершину такой системы составляют Конституция Республики Таджикистан. Базовым законом в сфере здравоохранения будет Закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения Республики Таджикистан» в новой редакции, который определяет видение системы здравоохранения, включая ее

основополагающие ценности, руководящие принципы, долговременные приоритеты, важнейшие государственные гарантии; права и ответственность органов власти, нанимателей рабочей силы, населения и медицинских работников; а также основные структурные элементы нормативно-правовой базы и отсылки к действующим законам и будущим законодательским инициативам. Основы законодательства будут содержать статьи о внесении поправок в гражданский, семейный, трудовой и уголовный кодексы, а также другие основополагающие законы, например, закон о социальном страховании и закон о налогах. Основы законодательства будут согласованы с нормами международного права и международными обязательствами Республики Таджикистан. (154)

Во исполнение Закона Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения Республики Таджикистан» в новой редакции, будут приняты новые и пересмотрены действующие законы по таким разделам охраны здоровья, как защита окружающей среды, санитарное благополучие, химическая безопасность, защита от радиации, профилактика и контроль инфекционных заболеваний, безопасность труда, безопасность продуктов питания и лекарств, защита прав и ответственность медицинского работника и пациента в сфере охраны здоровья. (155)

Важным элементом законодательной работы в рамках данной Стратегии станет актуализация норм «межотраслевых» законов, важнейшим среди которых станет внесение изменений и дополнений в Таможенный кодекс Республики Таджикистан относительно вопросов об акцизах, как инструмент сдерживания потребления табачных изделий и алкогольных напитков и направление средств на укрепление здоровья населения. (156)

Важными объектами новых или пересмотренных правительственных постановлений станут: система межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения Республики Таджикистан; механизмы финансирования здравоохранения страны; подготовка, лицензирование, права и ответственность медицинских работников; обеспечение здравоохранения и населения страны качественными и безопасными лекарствами, иммунобиологическими препаратами и другими средствами медицинского назначения; пакет государственных гарантий (ПГГ) бесплатной и льготной медицинской помощи: периодические пересмотры целевых групп населения, списков услуг и их объемных и стоимостных параметров, а также механизмы ответственности и контроля; совершенствование государственного санитарно-эпидемиологического надзора. (159)

В ходе реализации выше перечисленных нормативно-правовых актов Министерством здравоохранения Республики Таджикистан будут введены новые модели организации лечебно-профилактической работы: деятельность по принципу семейной медицины; условия и порядок лицензирования медицинских работников; условия и порядок аккредитации ЛПУ и медицинских образовательных учреждений; стратегии управления важнейшими санитарно-эпидемиологическими рисками; стандартные схемы ведения заболеваний и состояний; стандартные схемы лечения (клинические протоколы) по оказанию медицинской помощи беременным женщинам, новорожденным, детям, больным с инфекционными болезнями, особо опасными инфекциями, а также больным распространенными хроническими заболеваниями; методы текущего контроля качества медицинской помощи; методы планирования и контрактации медицинских и сопутствующих услуг в государственном и частном секторе; механизмы финансирования ЛПУ, а также оплаты и стимулирования труда медицинских работников; стандарты подготовки работников здравоохранения; порядок и условия аккредитации учебных заведений и программ; учёт, отчётность и аналитические исследования в здравоохранении, в том числе архитектура и ресурсы ИСЗ; уточнения положений об органах государственного руководства охраной здоровья; и другие. (160)

Представленная выше нормативно-правовая база будет совершенствоваться путем инвентаризации (аналитический обзор) действующих законов и подзаконных актов на предмет выявления пробелов, дублирования и противоречий между ними;

переформирование действующей нормативно-правовой базы, аннулированием устаревших нормативно-правовых актов, слиянием нескольких актов с одновременным устранением дублирования и противоречий между ними, переброски тех или иных норм с одного нормообразующего уровня на другой, и внесения поправок в сохраняющиеся нормативно-правовые акты в порядке их обновления и согласования с изменениями в прочих нормативно-правовых актах; принятие новых законов и подзаконных актов для отражения задач и процессов модернизации здравоохранения Республики Таджикистан. (161)

Будет продолжена разработка нормативно-правовой базы и механизма государственного контроля развития сети частных медицинских учреждений. (162).

г) Информационная система здравоохранения и оперативный анализ

Информационная система здравоохранения (ИСЗ) будет укреплена для дальнейшего предоставления достоверных и своевременных данных, необходимых для достижения целей по здравоохранению. (163)

Структура и содержание ИСЗ будут соответствовать следующим задачам сектора здравоохранения:

- раннее информирование о вспышках эпидемий и других важных событий;
- расчет объемов услуг и планирования ресурсов сектора здравоохранения, на основе информации о состоянии окружающей среды, демографических и социально-экономических детерминантах здоровья, ресурсах и расходах на здравоохранение; тенденции заболеваемости;
- наблюдение за состоянием здоровья населения, за качеством медицинских услуг, за результатами работы систем здравоохранения;
- ежедневная помощь поставщикам медицинских услуг в ведении медицинских журналов и других видов клинической отчетности;
- доступ населения к информации о здоровом образе жизни, гарантиях системы здравоохранения, правах пациента, о терапевтических и побочных эффектах лекарственных средств; об управлении хроническими болезнями и об уходе на дому;
- интеграция медицинских работников в глобальный поток информации и знаний. (164)

Для разработки комплексной ИСЗ необходимо укрепить шесть стандартных компонентов:

- ресурсы;
- индикаторы;
- сбор данных;
- управление данными;
- анализ данных;
- распространение и использование данных. (165)

Ресурсы ИСЗ состоят из нормативно-правовой, регуляторной и планирующих структур, человеческих, финансовых ресурсов и инфраструктуры ИСЗ, обеспечивающей её наилучшее функционирование. (166)

Нормативно-правовая структура ИСЗ включает в себя законы и уставы, которые регулируют сбор, обработку, хранение, распространение и использование информации в целях защиты прав пациентов и прав населения к доступной медицинской информации. Нормативно-правовая структура включает в себя Конституцию Республики Таджикистан, Закон «О государственной статистике» и Закон «О Государственной регистрации актов гражданского состояния». (167)

В организационную структуру ИСЗ входят:

- Республиканский центр медицинской статистики и информации;
- областные центры медицинской статистики и информации;
- Городской центр медицинской статистики и информации в г. Душанбе;

- организационно-методические кабинеты и отделы при учреждениях здравоохранения в городах и районах.

Данная структура ответственна за сбор, обработку и предоставление пользователям информации о состоянии здоровья населения, ресурсах здравоохранения и деятельности учреждений здравоохранения. Другая важная информация, необходимая для анализа состояния здоровья населения поступает по данным, собираемыми Государственным агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан и структурами ЗАГС Министерства юстиции (социально-экономические и демографические данные), Государственным комитетом по охране окружающей среды (данные о состоянии окружающей среды). (168)

Чорабиниҳои афзалиятнок:

- стратегический план ИСЗ Республики Таджикистан на 2011-2015 будет разработан для планирования, определения приоритетов и бюджетирования необходимых мероприятий для дальнейшего развития ИСЗ; (169)

- человеческие ресурсы ИСЗ включают в себя персонал, участвующий в сборе, обработке и распространении информации. Они будут проходить подготовку и переподготовку; (170)

- финансовые ресурсы ИСЗ будут выделяться согласно установленным приоритетам Стратегического плана ИСЗ Республики Таджикистан на 2011-2015. (171)

Основные индикаторы здоровья будут охватывать три области: состояние здоровья, детерминанты здоровья и системы здравоохранения.

Приоритетом на ближайшие пять лет будет рационализация и реорганизация системы регистрации, сбора, обработки и предоставления информации. К концу 2011 года, следуя пошаговому подходу, индикаторы здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения, формы первичной медицинской документации и отчетности будут пересмотрены и доработаны. Новая и измененная статистика будет охватывать наиболее важные риски для здоровья, как заболеваемость и тенденции смертности, качество оказываемых услуг и их использование, эффективность затрат и доступность медицинских услуг. Будет расширен диапазон статистических данных, которые не относятся к сектору здравоохранения. (172)

Модернизация сбора данных будет осуществляться путём укрепления нынешней тенденции по сокращению обязательной первичной отчётности, создания автоматизированных, электронных форм первичной медицинской документации, программного обеспечения системы сбора, обработки и использования информации. (173)

В предстоящее десятилетие у медицинского персонала будет более совершенная система диагностики, более точная регистрация состояния пациента и медицинских показаний. Завершится процесс перехода к МКБ-10 и внедрения МКБ-10.2. Будут разработаны стандартные списки медицинских и хирургических процедур. (174)

Управление данными охватывает сбор, обработку, хранение и предоставление качественных данных. (175)

Первично собранные данные будут сокращены и строго соответствовать принятым индикаторам. (176).

База данных «МЕДСТАТ»-а перемещает документы в «DHIS2». «DHIS2» (программное компьютерное обеспечение для сбора информации здоровья на районном уровне - 2) является гибкой, открытой компьютерной программой, которая осуществляется и поддерживается на международном уровне. Прямая передача данных на сервер DHIS2 (DHIS2 мобильного модуля) с портативных устройств будет апробирована в отдаленных (в пилотах) учреждениях здравоохранения. В целях обеспечения оперативной информации для принятия тактических и клинических решений, вводится дистанционная консультационно-диагностическая система с использованием системы телематерики-телемедицины. (177)

Улучшится проведение анализа данных; собранные данные будут преобразовываться в убедительное доказательство, которое даст основу к принятию решений на местном уровне. Ключевым аспектом будет интеграция, синтез, анализ и интерпретация информации по здравоохранению из многочисленных источников, рассмотрение расхождений, выявление и учёт предвзятостей и оценка ситуации и тенденций в области здравоохранения. Такой анализ позволит оценить модель рискованных поведений, охват медицинских услуг, тенденций индикаторов и деятельность системы здравоохранения. Эти анализы будут доступны общественности через опубликование на досках информации, и в произвольных бюллетенях информации. (178)

Новые направления операционных анализов будут включать:

- контроль качества обслуживания на уровне поставщика, основанный на внешней и внутренней проверке;
  - тенденции в фармацевтическом обеспечении, включая дефицит препаратов в ЛПУ и аптеках;
  - неустойчивые цены препаратов в государственных и частных аптеках;
  - распределение потока больных по уровням помощи в разрезе распространенных диагнозов и состояний, а также по клинико-затратным группам;
  - тенденции платности в здравоохранении, в частности, расходы населения на медицинскую помощь в расчете на год, госпитализацию, амбулаторный прием
- распределение финансовой нагрузки по видам помощи, типам ЛПУ и категориям доходополучателей;
- тенденции организации и деятельности семейной практики, в частности, число амбулаторных приемов и патронажных посещений в среднем на прикрепленного жителя и по целевым группам населения (например, беременные женщины, новорожденные, дети в возрасте до 5 лет); индикаторы по образованию здоровья - по профилактике заболеваний и управлению болезней;
  - уровни риска здоровья определены по показателям доступа к чистой питьевой воде и следованию правилам личной гигиены и гигиены жилища. (179)

Будут развиваться и укрепляться аналитические навыки в основных учреждениях. Созданный при Министерстве здравоохранения отдел анализа и политики здравоохранения (ОАПЗ) будет продолжать работать над укреплением политики здравоохранения и усилением аналитических способностей потенциала Министерства здравоохранения, который будет укрепляться до достижения ожидаемых оценок, анализов и доказательств. (180)

К началу 2013 года будет проводиться стратегическое исследование сектора здравоохранения, которое включает в себя следующие новые направления: (181)

Во-первых, комплексный анализ бремени болезней (ББ) Таджикистана – оценка демографических и экономических потерь из-за преждевременной смертности и инвалидности по болезни, и в целом: ранее проведенная оценка индикаторов ББ выявлялась на основе глобальных болезней и унифицированных предположениях о снижении качества жизни и дохода в результате преждевременной смерти и инвалидности. Эта «космополитическая» модель анализа ББ будет приспособлена к демографической, эпидемиологической и социально-экономической статистике Республики Таджикистан. С 2011-2012 гг. будут проводиться исследования по ББ, которые будут основными информационными источниками для корректировки Национальной стратегии здоровья, запланированной на 2015 год. (182)

Во-вторых, разработка и периодическое обновление системы Национальных счетов здравоохранения (НСЗ) на национальном и региональном уровнях: применение модели НСЗ для проведения финансового анализа здравоохранения из источников и их использование может быть ценным с учетом:

- официальных и неофициальных источников финансирования здравоохранения;
- точного отслеживания расходов домашних хозяйств на здравоохранение, и с другой

стороны доходов поставщиков услуг;

- хотя концептуальная и методологическая разработка НСЗ может начаться сразу, осуществление НСЗ должно быть проведено поэтапно с целью установления методов сбора данных и приобретения опыта;
- в будущем НСЗ будут рассматриваться в качестве дополнительного инструмента для проведения анализа, нежели чем инструментом ежегодного бюджетного планирования. (183)

В-третьих, оценка здоровья и клинических результатов на основе доказательств: будет внедрено руководство по практике за пролеченный случаи путём незначительной адаптации схожей международной практики для организации и формирования ресурсов сектора здравоохранения Таджикистана. Дальнейший и более глубокий отбор и принятия руководств по управлению будет основываться на тщательно разработанную клиническую эффективность/результатов научных исследований. Исследование страновой специфики поможет выявить национальные приоритетные области, в которых адаптация ухода основанная на доказательствах заменит существующие практики. (184)

В-четвертых, исследование политики здравоохранения: оценка состояния здоровья как результат доступности услуг; опросы общественного мнения в отношении базовых ценностей, руководящих принципов, организации здравоохранения и финансовых инструментов. Модель политики здравоохранения Таджикистана будет опираться на международные ценности и принципы, и будет учитывать мнение пациента, поставщика, сообщества и общества в целом. (185)

Основные принципы данного анализа и стратегических исследований будут совершенствоваться группами экспертов и консультантов, Министерство здравоохранения, заключая государственные контракты, которые нацелены на выявление передовых подходов в управлении сектором здравоохранения в Республике Таджикистан будет инициатором этих исследований. (186)

(б) Будут укреплены распространение и использование данных. (187)

Данные будут распространяться теми существующими путями (например, сборники и веб-страницы, такие как [www.medstat.tj](http://www.medstat.tj), [www.tojikinfo.tj](http://www.tojikinfo.tj)), система DHIS2, ежегодные статистические сборники, аналитические справки, которые будут совершенствоваться. (188)

Информация будет включать основную часть ежедневного управления планирования и оказания помощи системы здравоохранения. Институциональные механизмы и стимулы для создания культуры принятия решений по пролеченному случаю в дальнейшем будет развиваться, на основе которого различные пользователи будут получать все более полезную информацию о системе здравоохранения страны в зависимости от их нужд и потребностей. (189)

Будет создана среда для проведения тренинга по управлению, основанной на результатах и доказательствах. (190)

Использование информации и спрос на медико-санитарную информацию будет руководствоваться индикаторами стратегических документов (в т.ч. целей развития Тысячелетия, Национальной стратегии развития, Стратегии по сокращению бедности и широко-секторального подхода), стратегиями, предусматривающими увязку информации с фактическим распределением ресурсов, повышения качества информации (поддержка ИСЗ), а так же производство этой же информации. (191)

д) Межинституциональные и межотраслевые подходы к оздоровлению условий жизни в стране

В ближайшее десятилетие государственные органы Республики Таджикистан используют свои властные полномочия на то, чтобы вовлечь в охрану здоровья парламентские комитеты, министерства и ведомства, региональные и местные

исполнительные органы государственной власти, частнопредпринимательский сектор, общественные организации и непосредственно граждан. (192)

Речь, таким образом, идёт о создании широкого партнерства между институтами государства, экономики и общества в интересах оздоровления жизни в стране. (193)

Начальной мерой Правительства Республики Таджикистан по созданию всенародного движения в поддержку здоровья станет усовершенствование структуры Национального совета по здравоохранению (НСЗ) при Правительстве Республики Таджикистан, учреждённого постановлением Правительства Республики Таджикистан от 29.12. 2003 года за № 579. НСЗ видится как независимый орган общественного, профессионального и административного контроля за санитарно-эпидемиологическим благополучием в стране и деятельностью государственных органов здравоохранения, хозяйствующих субъектов, медицинских учреждений, общественных организаций и жителей Таджикистана. (194)

Усовершенствованный НСЗ и его превращение в рабочий орган межведомственного управления охраной здоровья позволит консолидировать ресурсы, полномочия и ответственность государственного и частного секторов, а также общественную инициативу вокруг задач по оздоровлению условий жизни нынешнего и будущих поколений граждан Таджикистана. (195)

е) Ориентация на передовой международный опыт; координация международной помощи и технического сотрудничества

Декада реализации Стратегии здоровья будет отмечена дальнейшей интеграцией сектора здравоохранения Республики Таджикистан в мировое сообщество, усилением ориентации на передовой опыт ведения распространенных заболеваний, устойчивым взаимодействием с системами глобального слежения за эпидемической обстановкой, надёжным доступом к международным каналам закупки качественных и недорогих лекарственных средств и вакцин и расширением научно-методического сотрудничества в вопросах политики, регулирования, организации и финансирования в области здравоохранения. (196)

Воссоединение практики отечественных медиков и специалистов немедицинских профессий с передовым международным опытом начнется на этапе их базовой подготовки. Образовательные программы, структура и содержание учебных курсов, а также учебные пособия и списки рекомендованной литературы будут постепенно переориентироваться на международные образовательные и профессионально-квалификационные стандарты. Источниками передовых знаний станут рекомендации ВОЗ и особое внимание будет уделено доступу к международной базе знаний. В этой связи, изучение английского и русского языков в медицинских ВУЗах и колледжах будет усилено. Более высокий уровень образования будет поддержан модернизированной медицинской практикой и методами управления отраслью, в том числе, информационными технологиями (ИТ). Непрерывное медицинское образование и требования профессиональной аттестации будут включать в себя непрерывное ознакомление с лучшим международным опытом и его практическое использование. (197) В последние 10 лет здравоохранение Таджикистана стало ареной многообразной инновационной деятельности в рамках десятков международных проектов. В настоящее время в процессе оказания внешней помощи сектору здравоохранения Таджикистана принимают участие 24 донорских международных организаций, реализующих более 31 проекта. Общая сумма инвестиций, которые предусмотрены для отрасли здравоохранения в течении 2004-2010 годов, составляют 267,339 млн. долларов США и из них 30,78 млн. долларов США являются кредитными. (198)

Следует отметить, что средства доноров направлены на поддержку инфраструктуры учреждений здравоохранения и медицинское оборудование, обучение персонала, реформирование системы здравоохранения, профилактику и борьбу со СПИДом, борьбу с туберкулёзом, улучшение репродуктивного здоровья, здоровья матери

и ребёнка, предотвращение инфекционных заболеваний, а также на усиление человеческого потенциала и медикаментозной поддержки и на решение других не менее важных проблем сектора здравоохранения. (199)

Актуальными вопросами управления внешними ресурсами и иностранными инвестициями являются: предоставление ежегодных планов и ежеквартальных отчётов для формирования банка данных всех видов внешней помощи, оказываемой сектору здравоохранения; потребность в создании ежегодных планов заключается в ведении учета потоков всех источников финансирования в секторе здравоохранения; отсутствие четкой регламентирующей линии между Министерством здравоохранения Республики Таджикистан и международными организациями по вопросам проведения семинаров, конференций и других массовых мероприятий; несовершенные механизмы при планировании инвестиционных проектов, что в свою очередь снижает эффективность привлекаемых средств в деле достижения основной цели. (200)

В целях решения вышеотмеченных проблем необходимо проведение следующих мероприятий: создание единого банка данных партнеров по развитию в секторе здравоохранения по потокам всех видов внешней помощи, оказываемой сектору здравоохранения, для анализа и обобщения информации обо всех работающих в системе здравоохранения донорах, иностранных инвесторах, международных правительственных и неправительственных организаций; проведение совместного мониторинга реализации проектов, осуществляемых за счёт привлекаемых внешних ресурсов; разработка предложений по совершенствованию порядка подготовки инвестиционных проектов и механизмов их эффективной реализации; налаживание совместной работы с миссиями доноров, международных финансовых организаций и иностранных инвесторов в процессе реализации финансируемых ими проектов; организация систематических совещаний с основными донорами и исполнительными международными агентствами для рассмотрения и обсуждения текущих вопросов координации внешней помощи сектора здравоохранения; проведение обучающих семинаров, конференций по актуальным вопросам управления внешними ресурсами и иностранными инвестициями. (201)

Задачей стратегической важности на предстоящее десятилетие станет выработка инициативного подхода Министерства здравоохранения к формированию приоритетов и методов международного участия в модернизации системы охраны здоровья страны. Предстоит, в частности: определить потребность здравоохранения Таджикистана в международной поддержке, будь то в силу нехватки внутреннего финансирования, отсутствия на внутреннем рынке нужной продукции медицинского назначения или отсутствия достаточного опыта; глубже вникнуть в нюансы институциональных мандатов, программных приоритетов и инструментов сотрудничества различных партнеров по развитию, таких как международные банки развития, организации системы ООН, международные благотворительные фонды с многосторонним финансированием, правительственные донорские агентства конкретных стран, неправительственные организации и частные некоммерческие организации; выработать решения, в которых потребности здравоохранения Таджикистана будут согласованы с приоритетами и оперативно-управленческими моделями соответствующих партнёров по развитию; продумать механизмы контроля за использованием международных ресурсов и оценки результативности совместных начинаний. (202)

Правительство и, в первую очередь, Министерство здравоохранения совместно с Министерством финансов поднимутся до уровня направляющего и координирующего центра партнёрства. Для этого потребуются более пристальное внимание к проблеме; умение находить эффективные решения и последовательно реализовывать их на практике, а также ответственное отношение всех сторон к принимаемым на себя обязательствам. (203)

- начиная с 2012 года, планирование развития и ресурсов здравоохранения официально перейдёт с годовой на среднесрочную, трёхлетнюю основу. Это позволит повысить предсказуемость внутренних финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли и расширит горизонт планирования для международных партнёров по развитию; (204)
- приток международных ресурсов, особенно в форме прямого дополнения бюджета здравоохранения страны, неизбежно усложнит работу Министерства здравоохранения и Министерства финансов. Развитие их кадрового потенциала, а также информационной, методической и материально-технической базы станет важнейшей предпосылкой успешного планирования, распределения и контроля за использованием дополнительных ресурсов, ожидаемых по каналам международной поддержки здравоохранения Таджикистана; (205)
- вторым направлением международного партнёрства в здравоохранении страны станет техническое сотрудничество.

Роль Министерства здравоохранения в управлении международным консалтингом будет неуклонно повышаться. Формирование технических заданий, проведение тендеров, экспертная оценка поступивших предложений, предварительный и окончательный отбор исполнителей по проекту, заключение договоров, профессиональный и финансовый надзор за ходом работ и приёмка их результатов – вся эта многообразная деятельность по управлению международными проектами станет частью функциональной нагрузки Министерства здравоохранения. (206)

Передача руководства техническим сотрудничеством в ведомственное подчинение Министерства здравоохранения позволит решить три важные задачи: во-первых, привлечение наиболее квалифицированных консалтинговых организаций, невзирая на их национальную принадлежность и вопреки ограничениям, установленным на этот счёт некоторыми донорскими агентствами; во-вторых, объединение средств различных доноров, когда на то есть необходимость, например, в рамках особенно важных и срочных проектов; в-третьих, более активному использованию международно-финансируемых проектов в интересах становления отечественного консалтинга. (207)

Перемещение центра тяжести в планировании и управлении международными партнёрствами на Правительство Таджикистана – это постепенный процесс, основанный на кропотливой работе заинтересованных ведомств по укреплению своего аппарата. Настоящая Стратегия будет дополнена Планом развития кадровой, методической и материально-технической базы Министерства здравоохранения и Министерства финансов Республики Таджикистан с прицелом, в первую очередь, на модернизацию управления охраной здоровья в стране, но, наряду с этим, и с расчетом на перспективу освоения ими международных финансовых средств и руководства техническим сотрудничеством. Под эгидой Министерства здравоохранения будет создан Совет координации международного сотрудничества в здравоохранении (СКМС при Минздраве Республики Таджикистан). Наряду с Министерством здравоохранения и Министерством финансов в нём будут представлены все международные партнёры по развитию, участвующие в финансировании и технической поддержке здравоохранения страны. Стратегической задачей СКМС станет реализация на практике концепции «Общепрофессиональной координации ресурсов международного сотрудничества», известной по англоязычному сокращению как «SWAp». (208)

Преобразование разрозненных международных проектов под началом различных донорских организаций в интегрированное международное партнёрство под эгидой правительства страны предполагает регулярную и глубокую оценку готовности Министерства здравоохранения и других заинтересованных ведомств взять на себя управление планами и ресурсами международного сотрудничества и обеспечит достижение внедряемых руководств и фидуциарных мероприятий для управления консолидированным фондом в децентрализованной системе здравоохранения, такой как в Таджикистане. (209)

Одинаково важно избежать двух противоположных крайностей - как затягивания «суверенизации» международной помощи, так и чрезмерной поспешности в этом процессе. В связи с этим важной функцией СКМС станет оценка готовности национальных участников международного партнёрства принять на себя стратегическое планирование и повседневное управление в рамках общетраслевой координации сотрудничества. (210)

ж) Совершенствование операционной системы управления здравоохранением

В предстоящее десятилетие функциональная нагрузка Министерства здравоохранения и территориальных органов здравоохранения усложнится за счёт включения новых и модернизации традиционных направлений операционно-управленческой работы, в том числе: усиление операционно-управленческой деятельности на центральном и местном уровне; годовое и среднесрочное планирование ресурсов и бюджета отрасли; контроль за расходованием средств в рамках действующей Программы государственных гарантий и установленного порядка возмещения затрат ЛПУ на лечебно-профилактическую работу; разработка стандартов; подготовка и повышение квалификации медицинских кадров; лицензирование и аккредитация; контроль качества; сертификация; управление приоритетными программами и др. (211)

2) Повышение качества и доступности лечебно-профилактической службы

Представленные в предыдущей главе системы государственного руководства здравоохранением, равно как и рассматриваемые ниже системы функционирования здравоохранения будут поставлены на службу двуединой цели обеспечения жителей Таджикистана более качественной и более доступной медицинской помощью, как для отдельно взятого гражданина, так и для всего населения. (212)

На предстоящее десятилетие, качество лечебно-профилактической помощи определяется как совокупность условий и результатов деятельности здравоохранения, обеспечивающих, во-первых, сохранение жизни и здоровья пациентов при распространенных заболеваниях и состояниях, отвечающих санитарно-эпидемиологическим приоритетам страны; во-вторых, система здравоохранения воздержится от предоставления бесполезных услуг и направит усилия на эмпирически-обоснованные подходы к профилактике и лечению; в-третьих, нанесение ущерба здоровью пациентов в процессе медицинского обслуживания; в-четвертых, чуткое отношение к ценностным ориентациям, нуждам и предпочтениям пациентов; в-пятых, планирование и оказание помощи с позиций бережного отношения к ресурсам здравоохранения, включая время медицинских работников и пациентов; в-шестых, оказание помощи в социально оправданных формах, в частности, постепенное выравнивание ее доступности по территории страны, полу, возрасту и социально-экономическому положению пациентов. (213)

Одной из концептуальных основ настоящей Стратегии является создание в Таджикистане ориентированного на качество здравоохранения, то есть здравоохранения, отвечающего следующим отличительным признакам: управление здоровьем людей с максимальным учетом индивидуальных жизненных особенностей и рисков здоровья; преобладание лечебно-профилактической работы по уровням помощи и этапам лечебно-диагностического процесса; контроль профессионального соответствия медиков; профессиональная и финансовая мотивация; готовность и умение практикующих медиков управлять ресурсами лечебно-профилактической работы; чуткая ориентация системы образования и повышения квалификации медицинских работников на достижения науки; переориентация планирования ресурсов и бюджета здравоохранения. (214)

а) Усиление роли ПМСП путем внедрение системы семейной медицины

Кардинальным направлением реформы охраны здоровья остаётся внедрение модели семейной медицины в качестве системного фундамента первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в здравоохранении Таджикистана. (215)

Перспективная система профессиональных и финансовых стимулов будет создана в соответствии с Государственной системой формирования заработной платы, основанной на результатах, и будет вознаграждать работников семейной медицины за безопасные и эффективные действия, клинический и профилактический результат в каждом эпизоде оказания помощи и на каждом этапе жизни пациента. (216)

С учётом организационного многообразия ПМСП в современном мире, семейная медицина может существовать в следующих формах: индивидуальная практика; отделения семейной медицины в составе центров здоровья. (217)

Выбор организационной формы семейной медицины будет диктоваться профессионально-квалификационным статусом медицинских кадров, географией, составом местного населения, характером эпидемиологических рисков и тенденциями заболеваемости и профилем лечебно-профилактической сети. (218)

Всем работникам ПМСП будет обеспечена равная государственная поддержка на этапе подготовки и переподготовки медицинских кадров по модели семейной медицины. В рамках настоящей Стратегии доля семейной медицины в ПМСП достигнет в 2020 году 70%. (219)

б) Сертификация и аттестация медицинских работников

Ожидания населения, органов здравоохранения и медицинского сообщества в отношении качества лечебно-профилактической помощи найдут своё воплощение в стандартах медицинской практики. Последние составляют основу программы образования и повышения квалификации врачей и средних медицинских работников. Профессиональная сертификация станет механизмом, с помощью которого будет установлено и непрерывно поддерживаться соответствие между стандартами оказания помощи и профессионально-квалификационными требованиями, с одной стороны, и фактическими знаниями и навыками практикующих медиков, с другой. (220)

Начиная с 2016 года, специалисты с высшим и средним медицинским образованием будут допускаться к самостоятельной медицинской практике при наличии сертификата специалиста. В течение 2013-2017 гг. обязательная сертификация будет вводиться для выпускников ТГМУ имени Абуали ибни Сино с последующим охватом медицинских кадров со стажем работы. (221)

Система профессиональной сертификации явится совместным начинанием государственных органов здравоохранения и профессионального сообщества медицинских работников. Принципиальным основанием для такого партнёрства станет равная заинтересованность сторон в защите пациентов и здравоохранения в целом от некомпетентных медиков. (222)

Ключевым инструментом сертификации будет единый квалификационный экзамен с модульной программой. Единый модуль для всех врачей будет дополнен разделами по основным лечебным специализациям. Министерство здравоохранения установит критерии допуска к сдаче квалификационного экзамена, правила подачи заявки со стороны соискателя, порядок приема экзамена и оценки результатов. Обновление стандартов лечебно-профилактической помощи будет приводить к периодическому пересмотру сертификационных требований и программ квалификационного экзамена, что, в свою очередь, будет диктовать внесение изменений в программы образования и повышения квалификации медицинских работников. (223)

Для проведения квалификационного экзамена при Министерстве здравоохранения будет создана Комиссия по сертификации медицинских специалистов. (224)

Специализированной функцией Комиссии Министерства здравоохранения по сертификации медицинских специалистов в сотрудничестве с Комиссией по аттестации медицинских кадров здравоохранения станет оценка совместимости профессионально-квалифицированных стандартов в здравоохранении Таджикистана и других стран. (225)

Комиссия по сертификации будет выдавать сертификат на занятие медицинской деятельностью в государственном, частном или некоммерческом секторе здравоохранения Таджикистана. Профессиональная сертификация подлежит возобновлению каждые пять лет при условии выполнения конкретным медицинским работником требований непрерывного медицинского образования и отсутствия серьезных претензий к его практической работе в здравоохранении. Действующая система аттестации медицинских работников постепенно будет усовершенствована. (226)

Наряду с обязательной сертификацией, получит развитие добровольная аттестация, как средство подтверждения лучшими медиками страны своей высокой квалификации. (227)

Эффективность системы профессиональной сертификации и аттестации будет в значительной мере определяться качеством учёта медицинских кадров – их регистрацией в базе данных и регулярным обновлением сведений об их профессионально-квалификационных характеристиках и послужном списке в плане карьерного роста, показателей работы и прошлых результатов сертификации и аттестации. Эти задачи будут должным образом учтены при разработке Государственного реестра медицинских работников в составе ИСЗ. (228)

в) Аккредитация лечебно-профилактических и медицинских образовательных учреждений

В ближайшее десятилетие в Республике Таджикистан планируется создание и развитие Национальной системы аккредитации в сфере здравоохранения, как независимого механизма внешней оценки ЛПУ, который в последние годы используется во многих странах, ориентированных на качество медицинских услуг. В соответствии с общепринятой международной терминологией, аккредитация в сфере здравоохранения – это официальная процедура признания компетентности учреждений здравоохранения Органом по аккредитации осуществлять профессиональную деятельность в соответствии со стандартами аккредитации (признание должного уровня оказания медицинских услуг в соответствии с установленными стандартами). Аккредитация является ключевым механизмом системы управления качеством, обеспечивающего оценку качества медицинских услуг и его непрерывное улучшение качеством посредством выявления факторов, влияющих на возникновение дефектов в процессе предоставления медицинской помощи и дачи рекомендаций по их устранению. Одной из основных задач аккредитации, кроме внешней оценки ЛПУ, является создание системы внутриучрежденческого управления качеством, использующей стандарты аккредитации как основу самооценки и самоконтроля коллективов работников ЛПУ в их профессиональной деятельности. Компетентные действия каждого практикующего медицинского работника на своем рабочем месте еще не гарантируют качественной работы ЛПУ в целом. Поэтому самооценка соответствия ЛПУ и его структурных подразделений требованиям стандартов аккредитации, принятым в стране, является неотъемлемой частью системы управления качеством внутри организации. С учётом сказанного, аккредитация ЛПУ вместе с лицензированием медицинских кадров будут играть ключевую роль в обеспечении качества медицинских услуг. (229)

Аккредитация ЛПУ, основанных на государственной форме собственности, в Республике Таджикистан первоначально будет базироваться на принципе обязательности и будет осуществляться под контролем государства. В перспективе, по мере укрепления позиций рыночных отношений в сфере здравоохранения, становления системы аккредитации организаций здравоохранения, популяризации аккредитации среди широких слоев населения страны, обязательная аккредитация ЛПУ может быть заменена добровольной аккредитацией ЛПУ, независимо от формы собственности. Законы

Республики Таджикистан, регулирующие отношения в сфере здравоохранения - «Об охране здоровья населения», а также «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» будут дополнены нормами, регулирующими правоотношения в системе аккредитации ЛПУ. (230)

Деятельность по аккредитации ЛПУ будет делегирована независимой, некоммерческой организации, имеющей статус юридического лица – Республиканскому центру аккредитации организаций здравоохранения. Учредителями центра могут выступить одно или несколько юридических лиц (орган управления здравоохранением - Государственная служба по надзору за медицинской деятельностью Республики Таджикистан; ассоциации юридических лиц; общественные объединения по защите прав потребителей медицинских услуг; органы медицинского страхования, профсоюз работников системы здравоохранения и другие). Все они могут быть представлены в Совете учредителей центра. (231)

Основным методом проведения аккредитации является оценка соответствия ЛПУ стандартам аккредитации. Стандарты аккредитации будут разработаны на основе международных принципов с учётом норм и положений действующего законодательства Республики Таджикистан. В стандартах аккредитации будут установлены нормы, правила и требования для оценки соответствия в ЛПУ:

- системы менеджмента, в том числе управление рисками и качеством;
- уровня безопасности медицинской помощи для пациентов и персонала;
- качества оказываемых медицинских услуг;
- наличия необходимых ресурсов для обеспечения профессиональной деятельности.

(232)

Для разработки стандартов аккредитации будут использованы:

- нормативные правовые акты Республики Таджикистан (законы, постановления Правительства Республики Таджикистан, национальные и государственные программы, приказы и распоряжения Министерства здравоохранения, СанПиНы и др.);
- материалы профессиональных ассоциаций;
- международные стандарты;
- национальные стандарты аккредитации других стран;
- руководства по лечению и диагностике и др. (233)

Требования стандартов аккредитации будут реально достижимыми с учётом реальной ситуации в Республике Таджикистан, то есть, учитывая национальные культурные, технические и финансово-экономические возможности на данный момент, стандарты будут обеспечивать приемлемый уровень безопасности и качества медицинских услуг, а также способствовать непрерывному повышению качества. (234)

Первоначально стандарты аккредитации будут разработаны для учреждений родовспоможения (родильных домов, имеющих статус юридического лица), затем для больниц, учреждений семейной практики и амбулаторных консультативно-диагностических учреждений. По мере развития медицинских технологий, изменений подходов к оказанию медицинской помощи и в нормативной правовой базе, а также, экономического роста страны, стандарты аккредитации будут подвергаться пересмотру и актуализироваться (один раз в три - пять лет). (235)

Основные направления развития Системы аккредитации в сфере здравоохранения на ближайшие 10 лет включают следующее:

- распространение Системы аккредитации на ЛПУ, начиная с учреждений родовспоможения: разработка стандартов, их тестирование и утверждение, обучение экспертов и пользователей, процедуры аккредитации, пересмотр стандартов – 2010 - 2014 годы; (236)
- распространение Системы аккредитации на больницы: разработка стандартов

аккредитации, их тестирование и утверждение, обучение экспертов и пользователей, процедуры аккредитации, пересмотр стандартов – 2015 -2017 годы; (237)  
- распространение Системы аккредитации на учреждения семейной практики и амбулаторные консультативно-диагностические учреждения: разработка стандартов аккредитации, их тестирование и утверждение, обучение экспертов и пользователей, процедуры аккредитации, пересмотр стандартов - 2016-2020 годы. (238)

Второй составной частью работы по аккредитации станет оценка ресурсов, процессов и результативности программ базового образования и повышения квалификации кадров здравоохранения, в первую очередь - врачей, сестринского персонала и других категорий медицинских работников, а в дальнейшем и специалистов в области организации, планирования и управления для ЛПУ и отрасли в целом. Большинство таких программ находятся в медицинских учебных заведениях, однако часть из них – по подготовке работников здравоохранения по немедицинским профессиям и специальностям – может базироваться и в вузах широкого профиля. Аккредитация медицинских образовательных учреждений будет осуществляться Министерством здравоохранения совместно с Министерством образования независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности. С введением профессионального лицензирования важнейшим критерием аккредитации медицинских образовательных учреждений по подготовке кадров станет процент выпускников, успешно сдавших квалификационный экзамен. (239)

Постепенно национальные стандарты аккредитации медицинских образовательных учреждений будут гармонизированы или адаптированы в соответствии с международными стандартами аккредитации. (240)

г) Система стандартов лечебно-профилактической работы

Предусмотренные настоящей Стратегией меры по контролю и обеспечению качества услуг здравоохранения путем интеграции первичной медико-санитарной помощи под эгидой семейной медицины, лицензирование и сертификация медицинских работников, аккредитация ЛПУ и программ подготовки кадров для здравоохранения, будут эффективны при ориентации на современные стандарты оказания помощи и организации здравоохранения. В ближайшее десятилетие развитие отрасли будет отмечено двумя крупными переменами: во-первых, модернизацией клинических, образовательных, ресурсных и организационных стандартов в здравоохранении; во-вторых, отказом от карательных мер, а вместо них – внедрением стимулов за качественную работу, непрерывную супервизию и поддержку механизмов контроля качества и его обеспечения. (241)

Управление качеством является непрерывным, циклическим процессом и состоит из следующих фаз: разработка и утверждение стандартов; текущая оценка меры их соблюдения; улучшение деятельности ЛПУ в интересах соблюдения стандартов; подъем стандартов на более высокий уровень. Формирование и пересмотр стандартов лечебно-профилактической системы будет способствовать новому качественному развитию. Лицензирование/сертификация и аккредитация, а также диктуемое ими непрерывное самосовершенствование участников системы - обеспечивают последовательное применение стандартов в период между их пересмотрами. (242)

В основу настоящей Стратегии положена двухуровневая модель управления качеством: (243)

- на первом, стратегическом уровне закладываются системно-отраслевые предпосылки качества. Все системы здравоохранения строятся и используются с приоритетным учетом интересов повышения качества лечебно-профилактической работы. В этом смысле инструментом обеспечения качества является вся Стратегия, в том числе, ресурсная ее составляющая, представленная в следующем разделе. (244)

- на втором, оперативном уровне управление качеством находится в руках ЛПУ и конкретных практикующих медиков и применяются к пациентам. (245)

В рамках настоящей Стратегии, оперативное управление качеством будет объединять всеохватность и динамичность обеспечения качества, так как качество должно стать предметом всеобщей заботы и затронуть все аспекты организации лечебно-профилактической работы; важно будет выйти на заданные стандарты качества и удерживать лечебно-профилактическую работу на достигнутом уровне. (246)

Принципиальный взгляд на оперативное управление качеством заключается в том, что: качество и безопасность медицинской помощи обеспечиваются в интересах пациента и его семьи, сообщества, обслуживающих его медицинских работников, ЛПУ, а также здравоохранения и общества в целом; мнения и инициативы пациентов, их родственников, социальных работников, административно-управленческого персонала ЛПУ и широкой общественности будут приниматься во внимание при разработке и использовании механизмов управления качеством; управление качеством затронет ресурсы, процессы, непосредственные и отдаленные результаты медицинского обслуживания, а также организационную структуру ЛПУ и интегрированных систем здравоохранения, в рамках которых используются ресурсы, поддерживаются процессы и достигаются результаты. (247)

В инструментарий управления качеством войдут Клинические протоколы, которые унифицируют медицинскую практику и повышают результаты. (248)

Параллельно, с освоением новых клинических протоколов, в стране будут организованы исследования по оценке эффективности передовых методик профилактики, диагностики и лечения заболеваний, реабилитации и оказания паллиативной помощи. (249)

Руководство по управлению рисками и заболеваниями - это инструмент стандартизации лечебно-профилактической работы по более обширному кругу деятельности. (250)

Особое внимание уделяется преемственности и координации помощи (составной частью руководств являются рекомендации по направлению на вышестоящие и нижестоящие уровни помощи); а также инициации контактов с социальными работниками и ЛПУ по инициативе пациента. Руководства по ведению рисков и болезней – это второй набор инструментов стандартизации и управления качеством, необходимо дополняющий клинические руководства. (251)

В условиях здравоохранения Таджикистана, руководства по управлению рисками и заболеваниями будут созданы или обновлены по распространенным хроническим состояниям (например, астма, диабет, гипертония, сердечно-сосудистая недостаточность) и для лечебно-профилактической поддержки групп повышенного риска (например, комплексное наблюдение и лечение женщин в период беременности, родов и послеродовой период; медико-патронажное обслуживание новорожденных и младенцев; интегрированное ведение болезней детского возраста; диагностика и консультирование учащейся молодежи по поведенческим расстройствам; социально-медицинская реабилитация пожилых людей с дифференциацией по условиям города и села). (252)

В предстоящем десятилетии, должностные инструкции по категориям медицинских работников и функциональная нагрузка ЛПУ будут пересматриваться, во-первых, с учетом новых подходов к лечебно-профилактической работе и, во-вторых, под влиянием структурной перестройки лечебно-профилактической сети. В частности, с утверждением интегрированной ПМСП на основе семейной медицины существенно возрастут полномочия и ответственность врачей и медсестер первичного приема как в рамках отдельно взятого эпизода помощи, так и в координации прохождения больного по уровням помощи, профилактике рисков и заболеваний у конкретных пациентов и оздоровлении условий жизни прикрепленного населения в целом. С учетом сказанного, принятое в 2003 г. Руководство по управлению учреждениями ПМСП будет обновлено.

Аналогичным образом, предполагаемая интеграция специализированной стационарной помощи в больницы общего профиля и развитие стационарозаменяющей помощи потребует пересмотра должностных инструкций и функциональной нагрузки в больничном секторе здравоохранения Таджикистана. Новая классификация ЛПУ, а также разграничение их функций будут выработаны к 2012 г. В 2012-2015 гг. стандарты и функции медицинской практики будут взаимоувязаны по категориям медицинского персонала, типам ЛПУ, клиническим протоколам и руководствам по ведению болезней и рисков. Соответствующая деятельность будет поручена Координационному совету по совершенствованию стандартов лечебно-профилактической работы. (253)

Представленные инструменты стандартизации лечебно-профилактической деятельности будут дополнены контролем за их неукоснительным применением в повседневной медицинской практике. Первой линией такого контроля станет определение знаний и навыков практикующих медиков в рамках профессионального лицензирования и сертификации. Второй линией контроля станет оценка систем и показателей деятельности ЛПУ в рамках аккредитации; и показателей здоровья населения в рамках медико-демографического обследования домохозяйств. В дополнение к этим рассмотренным ранее системам управления качеством, третьей линией контроля станет клинический аудит и опрос пациентов. (254)

Клинический аудит примет форму выборочной регулярной проверки лечебно-профилактической работы на соответствие действий медиков диагнозу больного, с одной стороны, и клиническим протоколам и руководствам по ведению болезней, с другой. Не менее важной задачей клинического аудита станет анализ характера протекания распространенных болезней и частота медицинских назначений по ходу ведения соответствующих пациентов. Такого рода информация будет играть существенную роль в дальнейшей адаптации стандартных схем лечения, а также в планировании ресурсного обеспечения и финансирования здравоохранения. (255)

Кроме указанных рычагов контроля качества будет также реабилитирована прозектурная служба и активизированы функции комиссий по анализу причин летальных исходов, что существенно повысит качество оказываемых медицинских услуг. (256)

#### д) Расширение доступности услуг здравоохранения

Лечебно-профилактическая помощь призвана не только сохранять жизни и улучшать здоровье людей, но и оказываться в социально оправданных формах. Здравоохранение Таджикистана должно отвечать двуединому критерию клинической и социальной эффективности. (257)

В рамках данной Стратегии критерием социальной эффективности и мерилom социальной оправданности здравоохранения является равная для всех жителей страны доступность к ресурсам здравоохранения. Это предполагает юридическую, пространственную, социально-экономическую доступность. Настоящей Стратегией устанавливаются границы и механизмы реализации каждого из трёх критериев социальной эффективности на предстоящие 10 лет. (258)

Юридическая равнодоступность медицинской помощи является гарантировано Конституцией, применимой как к гражданам Республики Таджикистан, так и к иностранным гражданам, зарегистрированным для временного проживания на территории страны. Право на обращение за медицинской помощью лиц, которые не являются гражданами страны и не имеют надлежащим образом оформленного вида на жительство, юридически не ограничено, но и государственными гарантиями не защищено. (259)

Пространственная (географическая) равнодоступность будет обеспечиваться по следующим четырем направлениям: (260)

- активное развитие лечебно-профилактической сети в малонаселенных, отдаленных районах. Главным инструментом повышения географической доступности услуг здравоохранения останется первичная медико-санитарная помощь. В предстоящее десятилетие она будет модернизирована на идейных и организационных основах

семейной медицины. По мере расширения лечебно-профилактического спектра ПМСП в рамках новой модели, любая местность, охваченная семейной медициной, улучшит свой доступ к медицинской помощи. Задача, таким образом, сводится к продвижению сельских домов здоровья в малонаселенные и отдаленные районы, основываясь на результатах разрабатываемого генерального плана 2010г. (261)

В рамках разработанной в 2009 г. модели, предложено четыре типоразмера домов здоровья и три типоразмера сельских центров здоровья как базы для семейной медицины. Выбор конкретного типоразмера для малых, средних и крупных населенных пунктов будет определяться численностью населения. Для самых же малых населенных пунктов, типоразмер семейной медицины будет устанавливаться в зависимости от размера населенного пункта или территории прикрепления плюс совокупной численности контингента прикрепления, если участок охватывает несколько населенных пунктов. Штатное расписание семейной медицины будет более гибко приспособлено к численности и плотности местного населения: на смену ранее одобренному единому штатному расписанию, будет принят «множественный» подход: в зависимости от местных условий, семейная медицина будет включать в себя семейного врача, «специалистов» на первичном приеме, и медсестры, причем категории и численность медицинского персонала будут устанавливаться по размеру прикрепленного населения и обслуживаемой территории. (262)

Окончательные расчеты по «дифференцированной модели» размещения общих (врачебных) практик будут проведены по данным Переписи населения Республики Таджикистана 2010 г. и согласно выводам мастер плана 2010 г. Начиная с 2013 г., планирование капитальных вложений, кадровых, материальных и финансовых ресурсов ПМСП будет ориентировано на уточненную схему размещения семейных врачей и медсестёр. (263)

- развитие ресурсов самопомощи на уровне домашних хозяйств и сельских общин: доступность услуг здравоохранения будет кардинально повышена за счет того, что по-новому будет прочерчена граница здравоохранения: в круг участников лечебно-профилактической деятельности войдут пациент, его семья и ближайшее социальное окружение. (264)
- продуманный подход к структурной перестройке лечебно-профилактической сети: Закрытие медицинских учреждений исключительно по соображениям их недогрузки отражает упрощенную логику, в рамках которой соображения затратной и социальной эффективности здравоохранения нередко приходят в столкновение. На раннем этапе реализации Стратегии подобного рода конфликт будет решаться на основе разовых решений: ЛПУ, которым нет замены в условиях сельского здравоохранения, во многих случаях будут сохраняться, несмотря на их недогрузку и, соответственно, более высокие удельные затраты. Вместо ликвидации таких учреждений предпочтение будет отдаваться повышению их ресурсообеспеченности, перепрофилированию, диверсификации услуг и другим формам реабилитации, способным повысить их привлекательность для местного населения. Будет также установлен резерв мощностей на случай чрезвычайных ситуаций. В 2011-2012 гг. будет проведен системный анализ доступности помощи при разных конфигурациях лечебно-профилактической сети. Результаты будут обобщены в типовых сценариях трансформации местной лечебно-профилактической сети и отдельных ЛПУ в интересах непротиворечивого сочетания требований социальной и затратной эффективности. Тем самым, генеральный план структурной перестройки здравоохранения Таджикистана преодолет наметившуюся в нем схематичность и послужит интересам повышения доступности медицинской помощи для всего населения страны. (265)
- Выравнивание ресурсообеспеченности лечебно-профилактической сети по территории страны: географическая равнодоступность ресурсов здравоохранения предопределяется

присутствием ЛПУ, который будет в зоне повседневной или транспортной доступности, но не исчерпывается им. (266)

Особое внимание уделяется доступу к улучшенным услугам неотложной помощи, чтобы обеспечить универсальный подход к неотложной помощи всего населения, подчеркивая роль этих услуг в случае чрезвычайных ситуаций. (267)

Социально-экономическая равнодоступность (права пациентов) будет достигаться следующими средствами: (268)

- Защита прав и интересов пациентов: явный или скрытый отказ в помощи в нарушение установленных законом условий доступности и качества будет рассматриваться как дискриминация. Помимо отказа в помощи, к нарушению прав и интересов пациентов будет отнесено разглашение конфиденциальной информации, нарушение гарантий бесплатности и льготности, а также нанесение ущерба здоровью пациентов в результате небрежения или ошибки. Периодические опросы пациентов смогут выявить нарушения прав и интересов пациентов определенными ЛПУ и медицинскими работниками; (269)
- За рамками системы здравоохранения пациенты будут иметь право как на внесудебное разрешение конфликтов, в частности, при помощи заинтересованных организаций потребителей, так и путем подачи судебных исков. Судебное разбирательство является крайним, но, возможно, неизбежным средством защиты интересов пациентов, пострадавших от небрежных или ошибочных действий практикующих медиков. (270)

К 2015 гг. представленная схема защиты населения от противоправных действий работников здравоохранения будет опробована в локальных и региональных экспериментах. Ее внедрение (с необходимыми доработками и пересмотрами) будет вестись поэтапно. К концу десятилетия реализации Стратегии будет создана нормативно-правовая база и отработана нормоприменяющая практика, подготовлены юридические кадры, укреплен аппарат для надзора за соблюдением медиками этических и правовых норм; создана специализированная общественная организация по охране интересов пациентов; подготовлены средства массовой информации и мобилизовано широкое общественное мнение. (271)

Гарантии бесплатности и льготности в сфере здравоохранения: Серьезным экономическим барьером на пути равнодоступности является необходимость прямой платности в размерах, превышающих финансовые возможности пациента или его семьи и неофициальные выплаты, запрашиваемые медицинским персоналом. Государственные гарантии бесплатной и частично платной (льготной) помощи будут упорядочены на основе следующих подходов: (272)

- бесплатная помощь должна быть полностью обеспечена бюджетным финансированием и необходимыми ресурсами, в противном случае, бесплатность становится синонимом низкого качества и, в силу этого, не способствует, а препятствует доступности - из орудия социальной справедливости превращается в орудие социально-экономической дискриминации. Следовательно, Пакет государственных гарантий (ПГГ) будет формироваться строго в рамках государственных ресурсов, достаточных для обеспечения качественной бесплатной лечебно-профилактической помощи тем, кто получает на нее право; (273)
- выравнивание финансовой нагрузки по группам доходополучателей предполагает снижение платности для семей с низким уровнем материального достатка. Ориентация ПГГ на малообеспеченные семьи в предстоящее десятилетие должна быть повышена в рамках политики со-оплат в секторе здравоохранения; (274)
- последовательный учет расходов на медицинскую помощь и лекарственное обеспечение каждым пациентом и его семьей; (275)
- государственные гарантии бесплатности уравнивают всех жителей страны по уровню доступности медицинской помощи, отвечающей приоритетам здоровья Республики Таджикистан. В период реализации Стратегии будет подтверждена гарантия бесплатности лечебно-профилактической помощи беременным женщинам, роженицам,

новорожденным, их матерям и детям. Возрастная граница бесплатности медицинской помощи детям будет повышена постепенно в течение десятилетнего периода. Начиная с 2015 г., в сферу всеобщей бесплатности войдет диспансерное обследование подлежащего населению страны с периодичностью один раз в три года; (276)

- все вышеперечисленные направления совершенствования Пакета государственных гарантий будут замкнуты на затратно-эффективную, следовательно, рационально организованную лечебно-профилактическую помощь. (277)

Немаловажным аспектом социально экономической равнодоступности являются вопросы трудовой миграции в Республике Таджикистан. Здоровье мигрантов регулярно обсуждается в рамках сотрудничества Интеграционного комитета по здравоохранению ЕврАзЭС и Совета здравоохранения СНГ. Одним из положительных моментов этого сотрудничества является проработка механизмов взаимного признания медицинского сертификата трудового мигранта всеми странами, входящими в указанные международные сообщества, что несомненно улучшит доступность трудовых мигрантов к медицинским услугам. (278)

Подытоживая сказанное, следует подчеркнуть, что настоящая Стратегия содержит обширную программу мероприятий по обеспечению равнодоступности ресурсов здравоохранения для всех жителей Таджикистана – не меньше, но и не больше. (279)

В ближайшее десятилетие, данные различия начнут сглаживаться за счет интенсивной работы с населением по объяснению важности своевременного обращения за помощью, неукоснительного выполнения медицинских назначений и оздоровления образа жизни. Тем не менее, явление «разноэффективности» равнодоступной помощи сохранится. Именно поэтому, задача повышения социальной эффективности будет пока решаться только на уровне обеспечения равнодоступности ресурсов здравоохранения для всех жителей Республики Таджикистан. (280)

### **3. Развитие ресурсной и усиление финансовой базы здравоохранения**

Настоящий раздел представляет ресурсные приоритеты в рамках триады «Результаты – Системы – Ресурсы», лежащей в основе Стратегии. Ресурсная составляющая Стратегии основана на неразрывной связи между объемом ресурсов, с одной стороны, и показателями их качества, структурной сбалансированности и эффективного использования, с другой. В предстоящее десятилетие, ресурсы отрасли увеличатся в объеме, станут более устойчивыми во времени, подвергнутся структурной рационализации и найдут более эффективное применение. Это относится и к кадровому, и к материально-техническому, и к финансовому обеспечению лечебно-профилактической работы в Республике Таджикистан. (281)

#### **1) Развитие человеческих ресурсов и медицинской науки**

Общеизвестно, что перспективы развития системы здравоохранения и улучшения качества медицинской и фармацевтической помощи в значительной мере зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров, как главного ресурса здравоохранения. Современная ситуация в здравоохранении предполагает проведение глубоких преобразований в области управления кадровым потенциалом отрасли. (282)

Целью кадровой политики здравоохранения является подготовка и переподготовка специалистов, обладающих современными знаниями и навыками в области медицины и здравоохранения, способных обеспечить экономическую и клиническую эффективность применяемых высоких медицинских технологий и новых методов профилактики, диагностики и лечения, достижение оптимального соотношения численности врачей и среднего медицинского персонала, а также устранение диспропорций в кадровом обеспечении всех уровней системы здравоохранения. Организация кадровой политики

должна быть согласована с образовательной политикой в системе непрерывного профессионального образования, а также направлена на стимулирование мотивации медицинских работников к повышению профессиональной квалификации. Основными критериями эффективности кадровой политики, медицинского образования и системы стимулирования медицинских кадров являются качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность пациента. (283)

С целью улучшения подготовки кадрового потенциала системы здравоохранения в последние годы в Таджикистане принят ряд нормативно – правовых документов, в том числе «Концепция реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», «Программа подготовки научных кадров в Республике Таджикистан на 2009 - 2015 гг.», «Программа подготовки медицинских кадров на 2010 – 2020 годы». (284)

Общее количество врачей и среднего медицинского персонала составляет 13 909 и 30 445 соответственно. Обеспеченность врачами на 10000 населения в республике составляет 18,6 и средними медицинскими работниками 41,1. Эти показатели в странах Центральной Азии в среднем соответственно равны 28,2 и 75,5. Данный уровень для врачей и средних медицинских работников является низким также и по сравнению с показателями Европейского региона ВОЗ (соответственно 33,9 и 72,7) и СНГ (37,7 и 79,4). (285)

Наибольшая обеспеченность врачами наблюдается в городе Душанбе (67,2) и в Согдийской области (20,4), а наименьшая – в Хатлонской области (9,1) и в районах республиканского подчинения (11,0). (286)

Одной из важных проблем, влияющих на снижение уровня кадрового потенциала сектора здравоохранения, является миграция, которая связана с низким финансированием выплат заработной платы. Несмотря на отсутствие точных данных о процента оттока кадров, известно что многие медработники, особенно молодые люди, покидают страну, в поисках более лучшей заработной платы. Многие врачи и медсестры покидают страну на несколько месяцев в год для получения заработков для проживания и затем возвращаются, либо вновь приступают к работе в секторе здравоохранения, либо выбывают из рядов работников здравоохранения. (287)

Наиболее важным фактором, влияющим на доступность кадрового потенциала здравоохранения и его результаты, является наличие финансовых средств, и в данном случае одним из выходов в сложившейся ситуации является повышение заработной платы. Однако простое повышение уровня заработной платы и предоставление стимулов для привлечения и удержания персонала в отдаленных районах недостаточно. Улучшение условий жизни в сельской местности, соответствующие инвестиции в кадровый потенциал, а также соблюдение принципов эффективного управления позволят обеспечить более сбалансированное распределение рабочей силы. (288)

Таким образом, в системе планирования и подготовки кадров наблюдаются проблемы географического дисбаланса по специальностям и занятости, а также организационный дисбаланс (в пределах одного города или района) и их нехватка в других учреждениях городов и районов. (289)

Подготовка медицинских и фармацевтических кадров осуществляется в 26 образовательных и научных учреждениях республики. Анализ показывает, что в регионах с низким уровнем обеспеченности врачами, количество поступивших абитуриентов и студентов в медицинские учебные заведения низкий по сравнению с регионами с более высоким уровнем обеспеченности врачами. Такая ситуация в будущем будет препятствовать устранению географического дисбаланса обеспеченности населения врачами, поэтому Правительством страны принято решение о выделении соответствующих льгот для абитуриентов из данной группы районов. Подготовка специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием производится в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино,

Таджикском Институте последипломной подготовки медицинских кадров, а подготовка специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием производится в 4 медицинских колледжах и 10 медицинских школах. В Таджикском государственном медицинском университете на сегодняшний день обучаются 5886, а в медицинских колледжах и училищах 18514 студентов. Количество выпускников ТГМУ составляет 852, а медицинских колледжей и училищ 3632 человек. (290)

Количество ежегодно выпускаемых медицинских кадров с учётом реформы сектора здравоохранения и прироста населения не может покрыть потребности страны и требует увеличения ежегодного плана приёма абитуриентов в медицинские учебные заведения. (291)

Качество подготовки медицинских кадров в целях реализации реформ системы здравоохранения требует улучшения и, в связи с этим, медицинским университетом в настоящее время планируется изучение и разработка стандарта высшего медицинского образования. Другими факторами, непосредственно влияющими на качество подготовки, являются положение учебных учреждений, наличие учебных материалов и уровень знаний преподавательского состава. (292)

В соответствии со «Стратегией Республики Таджикистан в области науки и технологий на 2007 – 2015 гг.» приоритетными направлениями научных исследований в области здравоохранения республики являются: инфекционные болезни, сердечно – сосудистые заболевания, онкологические заболевания, болезни органов пищеварения, здоровье матери и ребенка, эндокринные болезни, глазные болезни, болезни, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ/СПИД, психическое здоровье и разработка новых лекарственных средств. (293)

Наблюдается дефицит научных кадров по следующим специальностям: кардиология, психиатрия, травматология, наркология, нефрология, офтальмология, трансплантология и искусственные органы, сердечно – сосудистая хирургия, клиническая лабораторная диагностика, медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация, патологическая анатомия, патологическая физиология, токсикология, судебная медицина, вирусология и иммунология. Существование такого дефицита требует активизации сотрудничества с ведущими научными и образовательными учреждениями зарубежных стран. (294)

С целью обеспечения координации деятельности научных учреждений системы здравоохранения, внедрения современных научных достижений и новых методов диагностики и лечения в медицинскую практику, создано Государственное учреждение «Академия медицинских наук Министерства здравоохранения Республики Таджикистан». Институт гастроэнтерологии Академии наук Республики Таджикистан переведен в структуру Министерства здравоохранения Республики Таджикистан. На нынешнем этапе большинство научных учреждений не имеют государственной аккредитации, что также является препятствием для качественной подготовки научных кадров. (295)

Таким образом, анализ состояния кадрового потенциала здравоохранения Республики Таджикистан выявил ряд недостатков в области планирования, подготовки и управления кадровыми ресурсами, таких как диспропорцию в распределении медицинских кадров, отсутствие методов планирования согласно потребностям, несовершенную систему медицинского образования, низкий уровень заработной платы и отсутствие мотивации для повышения качества работы, а также механизмов для её поощрения, низкие показатели доезда специалистов до мест назначения, отсутствие чётко спланированного штатного расписания, учитывающего институциональные нормы и фактическую нагрузку, отсутствие управленческих навыков у руководителей медицинских учреждений, отсутствие данных о масштабах миграции медицинских работников на практику за рубежом. (296)

Вышеперечисленные проблемы способствуют неэффективному использованию кадровых ресурсов, и в результате влияют на качество медицинской помощи населению. Базируясь на выявленных проблемах, возникает необходимость интегрированного подхода к их устранению, с учётом основных аспектов, включая планирование, подготовку и управление кадровыми ресурсами. Такой подход позволит сократить и устранить существующие недостатки, обеспечит оптимальный баланс процессов сохранения численного и качественного состава работников отрасли, развитие кадровых ресурсов в соответствии с потребностью практического здравоохранения и состояния рынка труда. (297)

Укрепление кадровой базы здравоохранения страны будет идти по следующим основным направлениям: переориентация профессиональных знаний и навыков работников здравоохранения; оптимизация распределения ресурсов труда отрасли по профессионально-квалификационным группам, уровням помощи, типам учреждений и территории страны; Усиление финансовых и профессиональных стимулов; улучшение условий труда и усиление поддержки интересов работников здравоохранения; повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров и развитие медицинской науки. (298)

Переориентация работников здравоохранения на более эффективные модели оказания помощи: Акцент на усиление интегрированного лечебно-профилактического обслуживания, в частности, дальнейший перевод ПМСП на семейную медицину и постепенное интегрирование вертикальных систем оказания помощи потребует серьезных изменений в профессиональном мышлении, знаниях и навыках медицинских работников. Это потребует внедрения единой модели семейной медицины с пилотного уровня на национальный. (299)

Структурная оптимизация кадрового потенциала здравоохранения будет проводиться на основе следующих подходов и мероприятий: (300)

Насыщение сельского здравоохранения работниками семейной медицины: в решении этой задачи административные меры уступят место экономическим стимулам, а последние, в свою очередь, будут усилены ресурсами мотивации на социально-бытовом уровне. Средние медицинские работники (практикующие, клинические и по работе с населением), главным образом женщины, будут активно заменять и дополнять врачей в семейной медицине, особенно в отдаленных, малонаселенных районах. Поскольку женщины предпочитают трудоустраиваться недалеко от дома и в непосредственной близости от семейно-родственного окружения, успех семейной медицины в огромной мере будет зависеть от того, насколько географическое распределение студентов медицинских университетов и колледжей соответствует расселению жителей Таджикистана. В интересах обеспечения такого соответствия, в предстоящее десятилетие резко расширится активный набор и прием абитуриентов из сельских, в том числе, отдаленных районов. (301)

Профессионально-квалификационная структура будет меняться в нескольких направлениях. Опережающий рост ПМСП в результате развития семейной медицины приведет к перераспределению занятости в первичное здравоохранение и, прежде всего, в сельские дома и центры здоровья. Соответственно, возрастет доля врачей первичного приема в общей численности врачебного персонала. Соотношение врачей и средних медицинских работников если и будет повышаться, то не столько по формальным соображениям (для приближения к «международной норме»), сколько с учетом конкретных задач повышения качества лечебно-профилактической помощи и производительности труда медицинских работников в условиях здравоохранения Таджикистана. Если врачи подготовлены и загружены недостаточно, а функции средних медицинских работников сводятся к тому, чтобы выполнять указания врача, увеличение числа среднего медицинского персонала в расчете на врача не будет иметь смысла, более того, может привести к дальнейшему снижению качества медицинской помощи.

Ускоренный рост сестринского персонала представляется оправданным там, где функциональные обязанности и рабочая нагрузка между врачами и средними медицинскими работниками четко разграничены, причем на средний персонал возлагаются важные задачи, заменяющие и дополняющие труд врача. В ближайшее десятилетие такие условия возникнут на трех направлениях реформы здравоохранения: в рамках семейной медицины: с учетом укомплектования части сельских домов здоровья практикующим средним медицинским персоналом (в отсутствие врача), соотношение врачебного и сестринского персонала составит 1 к 2,5-2,8, что может превысить сложившееся по здравоохранению в целом соотношение 1 к 2,5; в рамках стационарной помощи, где за средними медицинскими работниками утвердится значительно более самостоятельная, чем сегодня, роль в выхаживании и реабилитации больных; в развитии новых социально-медицинских служб, в частности домов (сестринского) ухода за престарелыми; службы социально-медицинского патронажа инвалидов и больных в терминальной стадии. Стимулы к повышению производительности труда в сочетании с оперативно-хозяйственной автономией ЛПУ, вероятно, повысят заинтересованность врачей в делегировании части своей рабочей нагрузки средним медицинским работникам в интересах повышения эффективности и финансовой отдачи от их совместного труда. (302)

Профессионально-квалификационный состав работников здравоохранения станет более разнообразным за счет ускоренного роста численности врачей-стоматологов, медицинских лаборантов, инженеров и техников по эксплуатации медицинской техники, а также работников немедицинских специальностей, прежде всего, специалистов в области системного анализа и планирования, менеджмента, права, информационных технологий, социологических и клинических исследований и других. (303)

Усиление финансовых и профессиональных стимулов к повышению интенсивности труда, оказанию качественной медицинской помощи и чуткому отношению к больному. (304)

Усиление финансовых стимулов к добросовестному труду работников здравоохранения будет происходить в следующих направлениях: (305)

Заработная плата в среднем по здравоохранению повысится в 2011-2020 гг. в 7,1 раза (в неизменных ценах). Тем самым, оплата труда медицинских работников выйдет на уровень, который сами они считают справедливым. Благодаря этому, значительно снизится текучесть кадров в здравоохранении и в первую очередь, в сельской лечебно-профилактической сети. Повысится привлекательность здравоохранения как сферы профессиональной занятости; возрастет конкурс и требования к приему в учебные заведения по медицинским и прочим специальностям здравоохранения (306)

Усилится стимулирующая функция оплаты труда. Повышение в ее составе удельного веса переменного-премиальной части поставит доход практикующих медиков в более тесную зависимость от производительности и результативности их работы. (307)

Повышение роли нефинансовых факторов профессиональной мотивации: наряду с ростом оплаты труда, работники здравоохранения во все большей степени ощутят нефинансовые «дивиденды» от своей напряженной и успешной работы. В предстоящее десятилетие в отрасли произойдут следующие благоприятные изменения: (308)

Требования безопасности труда медиков станут неотъемлемой составной частью нового поколения стандартов оказания медицинской помощи. Следование этим стандартам и усиленный надзор за их исполнением позволят улучшить качество рабочей среды и снизить риски профессиональной заболеваемости для работников здравоохранения; (309)

Шкала должностей станет более многоступенчатой, что обеспечит медицинским работникам более частое продвижение по служебной лестнице; (310)

Обеспечение специалистов семейной медицины и других ЛПУ компьютерной техникой и средствами подключения к Интернету намного повысит информационную насыщенность профессиональной деятельности в здравоохранении и возможности для непрерывного самообразования занятых в нем работников; (311)

Постепенный перевод государственных ЛПУ на оперативно-хозяйственную самостоятельность в рамках договорных отношений с органами здравоохранения, а также развитие частной лечебно-профилактической сети неизмеримо расширят границы профессиональной и деловой инициативы – важный мотивационный фактор для наиболее компетентной и предприимчивой части медицинской профессии; (312)

Интегрированная модель ПМСП на основе семейной медицины приведет к повышению роли медицинских работников в местном самоуправлении, а следовательно, и к укреплению их общественного авторитета. Политический и гражданский вес руководителей здравоохранения повысится вследствие их ведущей роли в межведомственном сотрудничестве по вопросам оздоровления жизни в Таджикистане. (313)

Улучшение условий труда и усиление поддержки интересов работников здравоохранения на основе гармонизации государственной политики здравоохранения с их профессиональной и житейской мотивацией. (314)

Эффективное использование в здравоохранении более разнообразной, квалифицированной и мотивированной рабочей силы потребует модернизации кадровой политики и технологий управления персоналом. Гарантия непрерывной занятости дипломированных специалистов будет де-факто отменена, во-первых, с введением профессионального лицензирования; во-вторых, в силу необходимости частичного или полного высвобождения персонала медицинских учреждений, закрываемых по ходу структурной оптимизации лечебно-профилактической сети. (315)

С отменой гарантии непрерывной занятости Министерством здравоохранения будут освоены современные методы управления кадрами в условиях их повышенной трудовой мобильности. В частности, будут организованы непрерывный и сплошной учет работников отрасли по личным и профессиональным характеристикам – как в государственном, так и в частном секторе; оперативная регистрация ликвидации прежних и открытия новых рабочих мест; стимулирование профессионально-квалификационной и территориальной мобильности (помощь в получении новой квалификации и трудоустройстве в здравоохранении или за его пределами); содействие переезду на новое место); поощрение (в ряде случаев) досрочного выхода на пенсию. (316)

Формирование прогрессивно мыслящего сообщества медицинских работников с активной гражданской позицией и развитыми навыками профессионального и общественного лидерства. (317)

На Министерство здравоохранения возлагается задача разработки средне- и долгосрочного прогноза спроса и предложения рабочей силы по профессиям и специальностям здравоохранения, а также формирование заданий на подготовку новых кадров и переобучение работников со стажем в системе высшего, среднего специального и последиplomного образования. По мере введения новых моделей помощи, в частности перехода на интегрированную ПМСП на основе семейной медицины, будут пересмотрены должностные обязанности врачебного и сестринского персонала с целью отражения их более многообразных функций и более гибких организационных форм использования их труда. Многие функции управления кадрами будут осуществляться в сотрудничестве органов здравоохранения с профессиональными ассоциациями врачей и средних медицинских работников, что обеспечит взаимосогласованные и взаимоприемлемые подходы к формированию, использованию и высвобождению кадрового потенциала в здравоохранении Республики Таджикистан. (318)

Повышение качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров будет основополагающим звеном реформы системы здравоохранения и будет достигнуто следующим образом:(319)

- проведением реформы среднего, высшего, последиplomного и непрерывного медицинского образования; (320)
- совершенствованием государственных стандартов медицинского и фармацевтического образования и разработкой новых учебных планов и программ в соответствии с требованиями Всемирной федерации медицинского образования;(321)
- совершенствованием содержания высшего базового медицинского образования в Республике Таджикистан, предусматривающего подготовку врача широкого профиля;(322)
- совершенствованием последиplomного этапа подготовки врачей путём специализации врачей по базовым и узким специальностям со сдачей квалификационного экзамена, предоставляющего право к самостоятельной медицинской деятельности; (323)
- разработкой механизма допуска выпускников медицинских и фармацевтических образовательных учреждений к самостоятельной профессиональной деятельности, включающей перечень практических навыков и умений по каждой специальности по диплому и его соответствие должностям в учреждениях здравоохранения; (324)
- усовершенствованием процедур по аттестации и аккредитации и научных учреждений, внедрение аккредитации медицинских образовательных учреждений с привлечением международных экспертов;(325)
- повышением конкурентоспособности выпускников медицинских образовательных учреждений на европейском и мировом рынках труда; (326)
- совершенствованием целевой формы подготовки кадров, предусматривающей заключение трехстороннего договора между обучающимся, образовательным учреждением и заказчиком;(327)
- созданием учебно-научно-клинических комплексов, объединяющих образовательные учреждения, профильные научно-исследовательские институты и клинические базы; (327)
- оптимизацией правовых и экономических взаимоотношений между научными и образовательными медицинскими учреждениями и лечебно-профилактическими организациями в рамках создания единой клинической базы; (328)
- формированием электронных библиотек и справочно-информационных баз данных, внедрением информационных технологий и систем менеджмента качества в образовательный процесс; (329)
- разработкой единых критериев формирования профессиональных ассоциаций по медицинским специальностям (группам специальностей), развитием механизмов их участия в разработке стандартов оказания медицинской помощи, клинических протоколов, в лицензировании медицинской деятельности и сертификации специалистов; (330)
- повышением профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного медицинского образования специалистов здравоохранения, в том числе специалистов семейной медицины; (331)
- с учетом развития новой модели здравоохранения, необходимость введения новых специальностей по потребностям населения; (332)
- подготовкой кадров по новым и дефицитным специальностям здравоохранения и разработкой учебных программ для этих специальностей; (333)
- развитием международного сотрудничества в сфере медицинского образования, обмен преподавателями и студентами, международная аккредитация и признание дипломов.(334)

Дальнейшее развитие медицинской науки: (335)

Дальнейшее развитие медицинской науки с целью улучшения качества медицинских услуг предусматривает решение актуальных проблем здравоохранения, внедрение новых методов лечения и инновационных эффективных технологий: (336)

- планирование и проведение научных исследований в соответствии с отраслевыми программами развития здравоохранения и их приоритетных направлений; (337)
- разработка целевых научных программ, направленных на достижение конкретных результатов государственных научных заказов; (338)
- разработка системы стимулирования, поддержки развития и внедрения инноваций в здравоохранении; (339)
- разработка и формирование плана внедрения результатов научной деятельности в медицинскую практику; (340)
- концентрация финансовых средств и кадровых ресурсов на приоритетных и инновационных направлениях развития медицинской науки; (341)
- создание новых качественных и эффективных лекарственных средств; (342)
- формирование рынка научных медицинских услуг на основе конкуренции научных организаций всех форм собственности; (343)
- анализ и контроль выполнения целевых и межведомственных научных программ; (344)
- подготовка острodefицитных научных специальностей путем подготовки специалистов на базе ведущих образовательных учреждений зарубежных стран; (345)
- интеграция медицинской науки, образования и клинической практики; научная оценка и обоснование экономической и социальной эффективности планируемых и предпринимаемых мер в области охраны здоровья граждан; (346)

## 2) Совершенствование лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности

За последние годы, после принятия Концепции реформы здравоохранения и Государственной лекарственной политики в Республике Таджикистан, с целью улучшения процессов регулирования фармацевтической деятельности и улучшения качества лекарственных средств, их экономической доступности, в стране проделана огромная работа по усовершенствованию контрольно-разрешительных органов, созданию законодательной базы фармацевтического сектора и рационального использования лекарственных средств. (347)

С целью борьбы с оборотом фальсифицированных лекарственных средств, в 2008 году в Закон Республики Таджикистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» были внесены соответствующие изменения и дополнения. Кодексом предусмотрены меры наказания за оборот фальсифицированных лекарственных средств. Учитывая, что согласно требованиям Закона Республики Таджикистан «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» деятельность в сфере оборота НЛС являлась государственной монополией, в данный Закон были внесены соответствующие изменения и дополнения, что привело к увеличению физической доступности названных лекарственных средств. (348)

Анализ динамики ввоза лекарственных средств за последние 5 лет показал, что после снятия НДС и таможенной пошлины при ввозе объем ввозимых лекарственных препаратов увеличился в 4 раза, что свидетельствует об уменьшении количества ввозимых контрабандных лекарственных средств в страну и легализацию фармацевтического рынка. Количество зарегистрированных лекарственных средств за последние 5 лет увеличилось в 4,7 раз. Несмотря на положительные сдвиги в процессе регистрации лекарственных средств, все-таки проблема наличия незарегистрированных лекарственных средств на местном лекарственном рынке по-прежнему является актуальной. (349)

За последние годы наблюдается усовершенствование процесса сертификация лекарственных средств. Приняты определенные меры по усовершенствованию системы сертификации и укрепления материально - технической базы республиканской лаборатории по контролю за качеством лекарственных средств при Государственной службе по надзору за фармацевтической деятельностью. Из года в год уменьшается процент лекарственных

средств, несоответствующих государственным стандартам. Однако, несмотря на это, данная ситуация требует изменений и важно узнать, как проводятся эти анализы и по каким параметрам качества. Необходимо вопрос сертификации лекарственных средств (их качества) решать при ввозе и регистрации. На данный момент материально-техническая база лаборатории по контролю качества ЛС региональных и областных центрах не соответствует современным требованиям организации, обеспечения качества также не имеется лаборатория для проведения современных иммунобиологических и радиологических исследований. (350)

Анализ практики назначений показывает, что до сих пор остается актуальной проблема полипрагмазии. Данная проблема наиболее развита у врачей, работающих в городских центрах, чем у врачей, работающих в сельских медицинских учреждениях. Другой проблемой в области рационального использования ЛС является отсутствие у врачей и фармацевтов знаний и источников объективной информации о ЛС. (351)

Государственные расходы (на душу населения) на ЛС в 2009 году (0,53 доллара США) увеличились в 1,83 раза. Несмотря на это, данные показатели в Таджикистане остались низкими. Цены основных индикаторных ЛС в Согдийской и Хатлонской областях и ГБАО соответственно выше по сравнению с г. Душанбе на 15-18% и 20-25%, а в ГБАО на 26-30%. С целью снижения цен и рационализации процесса закупки лекарственных средств постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2005 года № 516, при МЗ РТ создан Республиканский центр по закупке лекарственных средств и медицинских товаров. В настоящее время филиалы этого центра функционируют в Согдийской, Хатлонской областях и ГБАО. (352)

На данный момент цены на лекарственные средства, приобретенные центром закупки ниже, чем цены оптовиков (20-25%) и розничных аптек (35-50%). Однако, не все больницы закупают ЛС из данного центра, что связано с низким наличием ассортимента закупленных ЛС, а также нерационального закупа со стороны руководителей ЛПУ. Важной задачей Республиканского центра закупки лекарственных средств является содействие лечебным учреждениям в закупке генерических препаратов и основных ЛС. Анализ объема закупленных генерических и фирменных ЛС в трех крупных республиканских больницах показал, что в период с 2005 по 2008 годы доля закупленных генерических препаратов увеличилась на 16%. Доля закупленных основных ЛС в вышеуказанные периоды увеличилась на 15%. Очень трудно оценить % закупленных лекарственных средств с доказанным качеством в структуре закупки ЛС. (353)

Улучшение экономической доступности ЛС требует принятия дополнительных мер и нуждается в усилении деятельности Республиканского центра по закупке ЛС и МТ, развитию отечественной фармацевтической промышленности при поддержке со стороны правительства и партнеров. (354)

По оценкам Министерства здравоохранения расходы ЛС на одного пациента составляют около 60% от общей стоимости лечения. В связи с внедрением Программы государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью и национальными программами борьбы с социально-значимыми заболеваниями (туберкулез, ВИЧ/СПИД, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, малярия и др.), а также внедрением Закона «О медицинском страховании в Республике Таджикистан», очень важно обеспечить надлежащую закупку и рациональное использование качественных недорогих основных лекарственных средств. (355)

Доступность лекарственных средств также зависит от наличия соответствующих количеств аптек и их правильного размещения. В настоящее время в Таджикистане функционируют 1328 аптечных учреждений, из которых 20% находятся в сельских местностях, в то время как на 1 января 2009г. численность городского населения составляла 26,3%, а сельского -73,7%. Таким образом, в основном все аптечные учреждения находятся в городских центрах и лишь их маленькое количество на селе. Такая тенденция связана с нерентабельностью сельских аптек, отсутствием политики,

поддерживающей доступность аптек в сельских и труднодоступных местностях страны. Сравнительный анализ физической доступности и цен на лекарственные средства между городскими и сельскими аптеками в некоторых районах страны характеризует низкую физическую доступность и высокую цену в сельских аптеках. Другой проблемой, связанной с развитием сельских аптек является отсутствие фармацевтических специалистов. Сегодня очень трудно нанимать фармацевтов для работы в сельских аптечных учреждениях, что в будущем потребует разработки механизма поддержки функционирования сельских аптек. (356)

Таким образом, существующие проблемы, связанные с обеспечением качества, рационального использования и доступности лекарственных средств требуют принятия соответствующих мер для будущего развития фармацевтического сектора страны с целью улучшения качества медицинской помощи. (357)

Для улучшения качества и снижения стоимости медицинских услуг путем усовершенствования управления фармацевтическим сектором и обеспечения доступности недорогими качественными ОЛС к 2020 году, выбраны следующие приоритеты: улучшение системы обеспечения качества лекарственных средств; принятие мер по рациональному использованию лекарственных средств; обеспечение доступности недорогих лекарственных средств. (358)

Для достижения намеченных целей и приоритетов необходимо предусматривать реализацию действий по следующим направлениям: (359)

В целях улучшения системы обеспечения качества лекарственных средств, необходимо: (360)

- повысить эффективность государственного контроля в сфере обращения лекарственных средств, с целью уменьшения и предотвращения проникновения на фармацевтический рынок фальсифицированных и незарегистрированных лекарственных средств;. (361)
- усовершенствовать существующую систему регистрации лекарственных средств, для большей прозрачности регистрационного процесса и изменить требования к регистрационным досье; при регистрации и перерегистрации ЛС необходимо дать приоритет лекарствам из СОЛС. (362)
- приступить к внедрению международных стандартов (GLP, GCP, GMP) в отечественное здравоохранение и фармации; (363)
- улучшение материально-технической базы Республиканской и областных лабораторий контроля качества лекарственных средств и медицинских товаров, Службы государственного надзора за фармацевтической деятельностью, а также создание на её базе иммунобиологической, токсикологической и радиологической лабораторий; (364)
- организовать обучение специалистов, ответственных за обеспечение качества лекарственных средств по международным стандартам в сфере обращения лекарственных средств. (365)

Для принятия мер по рациональному использованию лекарственных средств необходимо: (366)

- устранить полипрагмазию у врачей, путем проведения образовательных мероприятий и внедрения элементов рационального использования лекарственных средств в учебные программы до- и последипломого образования, а также усовершенствовать законодательную базу; (367)
- пересмотреть и внедрить в практику существующее руководство по клинической практике и Формуляр основных лекарственных средств; (368)
- увеличить доступ к современной и достоверной информации о лекарственных средствах; (369)
- восстановить рецептурный отпуск лекарственных средств и роль больничных фармацевтов как помощников врача в учреждениях ПМСП; (370)
- усилить эффективность контроля за рекламой лекарственных средств и принять меры регулирования в области продвижения лекарственных средств; (371)

- проводить мониторинг побочных эффектов применяемых лекарственных средств и разработать методы информирования населения по вопросам безопасности и эффективности лекарственных средств; (372)
  - провести научные исследования по использованию лекарственных средств и регулированию фармацевтической деятельности. (373)
- Для обеспечения доступности недорогих лекарственных средств необходимо: (374)
- обеспечить равноправный физический и экономический доступ населения к основным лекарственным средствам; (375)
  - повысить эффективность государственных закупок лекарственных средств путем улучшения соответствующей законодательной базы и принять меры по снижению цен на лекарственные средства; (376)
  - провести мониторинг и анализ цен на лекарственные средства, снизить их стоимость и расходы населения на лечение; (377)
  - разработать механизм ценообразования, поощряющего продажу качественных и недорогих лекарственных средств; (378)
  - создать список лекарственных средств, для внесения в пакет государственных гарантийных услуг и национальных программ по наиболее распространенным заболеваниям на основе анализа клинической и экономической эффективности, основанных на доказательной медицине и пересмотре существующей практики льготного отпуска лекарственных средств; (379)
  - регулировать продвижение лекарственных средств на рынок фармацевтическими компаниями; (380)
  - усилить деятельность Республиканского центра по закупке лекарственных средств и наладить надлежащий закуп качественных генерических и основных лекарственных средств по низким ценам от надёжных поставщиков; (381)
  - привлечь частные аптечные учреждения для решения проблем лекарственного обеспечения; (382)

### 3) Модернизация инфраструктуры

На основе Генерального плана модернизации учреждений сектора здравоохранения в предстоящее десятилетие изменится конфигурация лечебно-профилактической сети по уровням помощи и типам объектов здравоохранения. Станет современным внешний облик и внутренняя планировка медицинских учреждений. Повысится их обеспеченность инженерно-коммунальными сетями и современными технологиями. Все эти изменения будут планироваться и осуществляться в рамках реализации данной Стратегии. Стратегически важные элементы представлены в данном подразделе. (383)

Инвентаризация лечебно-профилактической сети: в 2010г. в рамках сотрудничества с проектом Всемирного банка проводится исследования в масштабах страны по разработке Генерального плана модернизации учреждений здравоохранения (мастер-план). По результатам данного исследования будут установлены: количество, тип и географические координаты лечебно-профилактических учреждений; их мощность, укомплектованность кадрами, обеспеченность площадью зданий, инженерно-коммунальной инфраструктурой и оборудованием; а также объемы лечебно-профилактической работы и другие данные. Полученная в ходе исследования информация ляжет в основу структурно-инвестиционных решений на последующие 10 лет. (384)

Оценка неудовлетворенной потребности в основных средствах: в 2012 г. объемные и структурные показатели обеспеченности здравоохранения мощностями ЛПУ будут сопоставлены с имеющейся потребностью в разрезе типов и функциональной нагрузки ЛПУ. Иными словами, будут получены ответы на следующие вопросы: где и каких медицинских учреждений не хватает? Где и какие наличные ЛПУ не удовлетворяют местного спроса на свои услуги и в чем причины? (385)

Оценка избыточных мощностей: работающие с недогрузкой ЛПУ станут объектом дополнительного технико-экономического анализа. Если неполное использование лечебных мощностей вызвано их явной избыточностью, соответствующие ЛПУ будут рекомендованы к выводу из эксплуатации с последующим закрытием, снятием с баланса здравоохранения или перепрофилированием. ЛПУ, пусть и недогруженные, но незаменимые, будут включены в программу реабилитации в рамках перспективных планов капитальных вложений. (386)

Формирование местных, региональных и сводного списков инвестиционных объектов: учитывая, что распространенной причиной низкого объема и неудовлетворительного качества медицинской помощи является слабость производственно-технологической базы (отсутствие, нехватка или изношенность основных средств, т.е. зданий, сооружений и капитального оборудования), по каждому району Республики Таджикистан будет подготовлен перечень инвестиционных объектов для нового строительства, расширения, реконструкции, технического перевооружения и капитального ремонта. Районные перечни инвестиционных объектов будут сведены по регионам и стране и лягут в основу инвестиционной программы на последующие десять лет по линии рекомендаций Мастер-плана 2010 г.. Из национального и местных перечней инвестиционных объектов будут формироваться трехлетние титульные списки (см. пункт «е»). (387)

Разработка проектно-сметной документации по основным типам инвестиционных проектов: По каждому типу ЛПУ архитектурно-планировочные решения будут приведены в соответствие с пересмотренной функциональной нагрузкой данного ЛПУ и новыми стандартами оказания помощи. На основании данных решений будут разработаны или уточнены типовые проекты и рассчитана их стоимость для условий нового строительства, расширения, реконструкции, технического перевооружения и капитального ремонта. Смета проектов будет формироваться с учетом сложившихся в Таджикистане расценок на строительно-монтажные и строительно-ремонтные работы, а также стоимости заложенной в типовой проект продукции капитального назначения (материалов и оборудования), подлежащих закупке по импорту, и сопутствующих работ и услуг. (388)

Планирование трехлетнего и годовых титульных списков по годам скользящего трехлетнего периода: Бюджет капитальных вложений здравоохранения будет не только значительно увеличен, но и стабилизирован по годам за счет перевода инвестиционного планирования (титульных списков и финансирования инвестиционных объектов) на трехлетний график. Этот шаг чрезвычайно важен по нескольким причинам: Во-первых, нормальная продолжительность инвестиционного проекта превышает один год. Если средства на финансирование заранее не гарантированы по всем годам строительно-монтажного цикла, «незавершенки» не избежать. Во-вторых, в силу огромного отложенного спроса на модернизацию производственно-технологической базы здравоохранения страны, конкуренция между регионами и районами за ресурсы капитальных вложений из республиканского бюджета, особенно в первые годы, будет чрезвычайно острой. Формирование титульного списка сразу на три года позволит включить в него больше объектов и, тем самым, расширить основу для компромисса. В-третьих, в силу масштабности и высокой стоимости инвестиционной программы, она будет нуждаться в поддержке со стороны международных партнеров по развитию. Поскольку некоторые из них будут более охотно вкладывать свои средства на основе паевого финансирования с Правительством Таджикистана, наличие среднесрочного плана и финансирования снизит инвестиционные риски для всех участников совместных проектов. (389)

Планирование бюджета капитальных вложений: Трехлетний и годовые бюджеты затрат на капитальные вложения будут формироваться исходя из стоимости инвестиционных проектов (см. пункт «д») и наличия средств на их финансирование. По объектам, включенным в районные и региональные титульные списки, исходным

источником финансирования останутся бюджеты районов и регионов. Местные (региональные) объекты, отвечающие государственным приоритетам структурно-инвестиционной политики (см. ниже), будут субсидироваться за счет средств республиканского бюджета. Средства международных партнеров по развитию будут направляться, в первую очередь, на поддержку инвестиционных проектов, отвечающих государственным приоритетам структурно-инвестиционной политики. (390)

Включение объектов здравоохранения в титульные списки (см. пункт «г») будет диктоваться следующими соображениями по линии генерального плана 2010г.: (391)

- соответствие инвестиционного проекта структурным приоритетам государственной политики охраны здоровья и перспективным моделям лечебно-профилактической деятельности в здравоохранении страны: При прочих равных условиях, приоритетом будут пользоваться новое строительство, реконструкция и капитальный ремонт объектов первичного сельского здравоохранения, на базе которых будет действовать основная часть врачей семейной медицины. Ориентировочная потребность страны в медицинских домах и сельских центрах здоровья оценивается в 2.000 учреждений. 1\4 часть этих учреждений реабилитированы, остальные будут отстроены заново или подвергнутся комплексной реконструкции. В число структурно-инвестиционных приоритетов, также, войдут: подлежащая модернизации лечебно-профилактическая сеть районного звена, в том числе свыше 50 районных центров здоровья и 40 ЦРБ; структурно-неперспективные ЛПУ: капитальные затраты на их подготовку к ликвидации и продаже, а также на их перепрофилирование. В ближайшее десятилетие, значительное внимание будет уделено избирательному сокращению и перепрофилированию коечного фонда стационаров. Малоиспользуемые сельские участковые больницы будут ликвидированы или перепрофилированы в дома и центры здоровья. Часть капитальных вложений будет израсходована на ликвидацию диспансеров или их трансформацию в учреждения социально-медицинского профиля, включая дома сестринского ухода для престарелых и хроников; (392)

- соответствие инвестиционного проекта стандартам оказания лечебно-профилактической помощи. В области ПМСП, сметная стоимость каждого медицинского дома и сельского центра здоровья будет определяться типовым проектом, дифференцированным по нескольким типоразмерам. Типовые проекты подлежат уточнению с учетом нормативов общей и полезной площади, требований к инженерно-коммунальному обеспечению медицинских зданий и табеля технической оснащенности, отражающих функциональный профиль, стандартные схемы лечения и контингент прикрепления семейной медицины. (393)

В 10-летнюю программу инвестиционной деятельности в здравоохранении будут включаться только те объекты первичного сельского здравоохранения, которые, с момента их ввода в эксплуатацию, смогут отвечать следующим условиям:

- во-первых, обеспечены квалифицированными кадрами медицинских работников;

- во-вторых, обеспечены текущим финансированием;

- в-третьих, имеют оперативно-хозяйственный план с основательно просчитанными показателями клинических объемов и загрузки производственных мощностей, а также с продуманными источниками поставки лекарств, расходуемых материалов и другой продукции медицинского назначения; работ и услуг по эксплуатации зданий и техники, плано-аналитической, информационной и другой профессиональной поддержке. Проверка на соответствие этим условиям станет неотъемлемой частью технико-экономического обоснования каждого нового инвестиционного проекта. (394)

Представленный здесь порядок общеотраслевого планирования капитальных вложений будет усилен включением в него инициатив и предложений международных партнеров по развитию. Совместными усилиями будет оценена уязвимость производственно-технологической базы к катастрофам. (395)

С расширением объема инвестиционной деятельности в здравоохранении страны в полный рост станет проблема своевременной замены выбытия устаревших и изношенных зданий, сооружений и капитального оборудования. Важным экономическим решением на этот счет станет введение в 2012 г. амортизации основных средств как финансируемой затраты. (396)

Начиная с 2016 г., Министерство здравоохранения наладит технико-экономическую оценку частных инвестиционных проектов – не только для соблюдения общепринятого порядка их включения в государственный перечень строек и объектов, но и с намерением предоставления частичных государственных гарантий по кредитным обязательствам частных инвесторов. (397)

Предполагается также внедрить механизм приватизации объектов здравоохранения, которые функционируют неэффективно, примерами служат учреждения стоматологического профиля. (398)

Наряду с модернизацией объектов здравоохранения одним из приоритетных направлений является поэтапное оснащение современным медицинским оборудованием, которые позволят внедрить новые методы диагностики и лечения с использованием высоких технологий. (399)

На первом этапе необходимо улучшить материально-техническую базу столичных учреждений (республиканского и городского уровня), где концентрируются наиболее трудно диагностируемые состояния и трудно поддающиеся лечению. (400)

На втором этапе необходимо осуществить модернизацию материально-технической базы учреждений здравоохранения областного уровня, обеспечив доступ населения к компьютерной (магнитно-резонансной) томографии, ангиографии, компьютерной офтальмодиагностики, использования средств дистанционной лабораторно-диагностической и консультативной (телемедицинской) системы, реанимационные комплексы для новорожденных, литотрипсии, иммунотипирование крови и другие современные технологии. (401)

На третьем этапе необходимо оснастить ЦРБ/ЦГБ оборудованием, необходимым для практического внедрения руководств по клинической практике. (402)

#### 4) Финансирование здравоохранения

Целью внедрения текущих реформ финансирования является разрешение двух основных проблем: (403)

а) Низкий бюджет здравоохранения и высокие неформальные платежи со стороны населения являются препятствием для доступа к необходимым медицинским услугам, особенно для наиболее уязвимых слоев населения; (404)

б) Устаревшие процессы формирования и распределение ресурсов ограничивают аккумуляцию рисков для обеспечения равенства, препятствует достижению эффективности из-за содержания неоправданной инфраструктуры и не способствует переходу на более затрато-эффективную первичную медико-санитарную помощь. (405)

В июле 2003 года, с целью проведения реформы в системе финансирования здравоохранения была создана межсекторальная рабочая группа. Рабочая группа рассмотрела возможные альтернативы проведения реформы и представила рекомендации для внедрения реформ. Рабочая группа разработала документ стратегии, которая характеризует основные принципы финансовой реформы на 2005-2015 годы. Стратегия финансирования на 2005-2015 годы была утверждена Правительством в мае 2005 года и включает нижеследующие задачи: Постепенное увеличение государственных средств на финансирование здравоохранения; Аккумуляция бюджетных средств для системы здравоохранения; Создание институциональной структуры по системе единого плательщика здравоохранения; Разработка и внедрение новой системы оплаты услуг поставщиков здравоохранения; Повышение заработной платы медицинских работников; (435) Анализ проблемы неформальных платежей в системе здравоохранения и внедрение

формальной со-оплаты по предоставлению услуг; (436) Улучшение системы управления здравоохранения; Развитие частного сектора поставщиков услуг здравоохранения; (406)

Для реализации стратегии 2005-2015 гг МЗ РТ создало три рабочие подгруппы по:

- внедрению системы подушевого финансирования ПМСП;
- внедрению системы оплаты за пролеченный случай в госпитальной службе;
- разработке и внедрению Программы Государственных Гарантий (ПГГ). За последние годы, рабочие группы успешно разработали и пересмотрели законодательную базу и начали внедрения ряда реформ. (407)

Процесс реформы сектора здравоохранения возглавляет Министерство здравоохранения РТ. Доноры и партнеры по развитию активно участвуют в процессе реформы, включая Европейский союз, Всемирный банк, ЮСАИД, Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству, ВОЗ и Фонд Ага-Хана. (408)

Система финансирования здравоохранения состоит из 3 основных функций: сбор доходов, аккумулирование средств и закупка услуг. Эти основные функции поддерживаются политикой по гарантиям и формальной сооплатой пациентов. Ниже приведенная диаграмма показывает интеграцию функций финансирования здравоохранения в систему здравоохранения как единое целое, а также связь между финансированием здравоохранения и целями системы здравоохранения. (409)

Данный раздел Национальной Стратегии Здоровья Населения на период 2010 – 2020 гг преследует и подтверждает видение стратегии финансирования здравоохранения на 2005-2015 гг., а также расширяет и улучшает реформу финансирования здравоохранения в Таджикистане. Раздел также соответствует приверженности Правительства и МЗ РТ, как например закон об «Обязательном медицинском страховании» 2008 г. (410)

Целью реформирования финансирования здравоохранения является разработка устойчивой и интегрированной системы финансирования здравоохранения на основе увеличивающихся объемов финансирования с равным распределением ресурсов и возрастающей эффективности системы здравоохранения для обеспечения универсального доступа в рамках Программы Государственных Гарантий (ПГГ), улучшения защиты населения от финансового риска, в особенности бедных слоев населения, улучшения доступа к медицинским услугам, эффективного и рационального использования ресурсов сектора здравоохранения и обеспечения стимулов для улучшения качества медицинских услуг. (411)

Основными задачами стратегии являются: (412)

- увеличить долю государственного финансирования для сектора здравоохранения; (413)
- обеспечить равный доступ населения к медицинским услугам; (414)
- постепенно выравнять финансирование здравоохранения между регионами; (415)
- улучшить процесс формирования бюджета и механизмы закупки медицинских услуг, включая новые системы оплаты за результат в рамках ПГГ; (416)
- увеличить зарплату медицинских работников и обеспечить финансирование для достижения доступности лекарственных средств и медицинских материалов в учреждениях здравоохранения; (417)
- улучшить прозрачность выплат сооплаты населением в рамках ПГГ; (418)
- улучшить качество медицинских услуг, эффективность работы и автономию поставщиков медицинских услуг; (419)
- ясно определить и описать функции, роли и взаимоотношения со всеми субъектами/учреждениями сектора здравоохранения. (420)

а) Функция сбора средств: увеличение финансирования системы здравоохранения

В 1996 году, Валовой внутренний продукт (ВВП) Республики Таджикистан составлял 34% от 1991 года. В 1998 году начался медленный рост ВВП, начиная с 2000 года ежегодный рост ВВП на душу составляет от 8 до 10%. Несмотря на это, Таджикистан

остаётся одним из бедных государств среди стран бывшего Советского Союза с долей \$518 ВВП на душу населения в 2007 году. Эти факторы ограничивают способность государства внести достаточный вклад в расходы, связанные с улучшением системы здравоохранения.. (421)

За последние годы общие расходы на здравоохранение в Республике Таджикистан значительно увеличились. В 2003 году общий расход сектора здравоохранения составлял 75 млн. долларов США или 12 долларов США на душу населения. В 2007 году общие расходы на здравоохранения увеличились до 245 млн. долларов США или 34 долларов США на душу населения. С 2003 по 2007 годы расходы от ВВП на здравоохранение увеличились от 1,3% до 1,9%. Несмотря на рост, в Таджикистане процент расходов от ВВП на здравоохранения остаётся одним из низких в мире. (422)

Доля финансирования здравоохранения из общего бюджета (центрального и региональных бюджетов) относительно низкое, по сравнению с финансированием других социальных сфер (всего 5,7% из объединённого бюджета в 2008 г.). (423)

В результате, государственный бюджет, выделяемый на финансирование здравоохранения покрывает лишь 16% от общих затрат на здравоохранение. Донорские вклады оцениваются в 14% от общего финансирования здравоохранения. Вклад домохозяйств (населения) составляет 70%, включая расходы на медикаменты. Несмотря на то, что сооплата населения за медицинские услуги в рамках ПГГ была сформирована (смотрите раздел ПГГ), сооплата продолжает увеличиваться, чтобы заполнить финансовые промежутки в секторе здравоохранения. Большая часть этих сооплат совершается в неформальном порядке напрямую работникам сектора здравоохранения, как оплата за полученную услугу или предоставление лекарственного препарата. (424)

Внедрение обязательного медицинского страхования (ОМС), которое рассматривалось и изучалось во многих пост советских странах, является сложным выбором для сектора здравоохранения в Таджикистане, особенно если учесть небольшой размер данного сектора в стране. Однако, Закон об обязательном медицинском страховании (ОМС) был принят Правительством РТ в 2008 г. Закон об ОМС должен был быть внедрён с января 2010 года, однако, из-за социо-экономической конъюнктуры и по структурным причинам, внедрение закона теперь откладывается к 2015 г. Критически важно, чтобы ОМС внедрялось медленно и продуманно, с соответствующим учетом ситуации и в унисон с реформами финансирования здравоохранения. Приоритетные мероприятия по ОМС включены под каждой функцией финансирования здравоохранения. (425)

В Республике Таджикистан начат процесс реализации Среднесрочной Программы Расходов (СПГР), которая пилотируется в секторе здравоохранения с 2008г. СПГР является ключевым элементом в реформе управления общественными финансовыми ресурсами, так как СПГР поддерживает улучшение агрегированной финансовой дисциплины и устойчивости, эффективное распределение финансовых ресурсов, операционную эффективность и прозрачность. На сегодня уже имеются значительные достижения, которые включают формулирование структуры программы бюджетирования в РТ, разработку предварительных вариантов программ, связанных с индикаторами результативности, а также значимые улучшения процесса общего бюджетирования, начинающиеся с уровня Правительства на последующие соответствующие министерства. Ключевая задача реформы СПГР заключается в изменении постсоветской системы планирования бюджета, основанной на затратах и увеличении бюджета на систему планирования бюджета, основанной на эффективности и результативности. СПГР позитивно повлияет на сектор здравоохранения путем улучшения прогноза, формирования, предсказуемости и управления бюджетом здравоохранения; а также сделает возможным взаимосвязь между Национальной Стратегией Здоровья и приоритетами здравоохранения с бюджетом здравоохранения и потоком денежных средств. (426)

Приоритетные мероприятия:

- постепенно увеличить бюджет здравоохранения соизмеримо с увеличением процента общих государственных расходов. Разработать конкретный план с predetermined цифрами. Увеличение расходов на здравоохранение будет являться условием или индикатором инвестирования в стратегию здоровья для партнеров по развитию; (427)
- провести Анализ национальных счетов здравоохранения (НСЗ), на основе уже начатого сотрудничества в 2009 и 2010 гг. между МЗ РТ (управление по делам финансирования и ОАПЗ), Министерством финансов и Государственным Агентством по статистике при Президенте Республики Таджикистан и, чтобы показать источники и использование финансовых средств в секторе здравоохранения и провести другие исследования для принятия информированных решений в политике здравоохранения; (428)
- усилить Программу среднесрочного планирования расходов как инструмент для планирования бюджета здравоохранения; (429)
- провести мониторинг исполнения бюджета, чтобы обеспечить предсказуемое и последовательное движение средств к поставщикам; (430)
- анализ сценариев вероятного сбора средств как части создание схемы ОМС; (431)
- необходимо разработать регуляторный каркас для частного финансирования через добровольное медицинское страхование (ДМС), наряду с его развитием, при условии что в ближайшее десятилетие частные вклады в здравоохранение останутся основным источником финансирования; (432)
- определить роли и взаимодействия заинтересованных сторон в секторе здравоохранения для улучшения прогнозирования, сбора, и исполнения бюджета сектора здравоохранения из разных источников; (433)
- для успешного исполнения стратегии здоровья необходимо разработать модели для поддержки партнеров по развитию в секторе здравоохранения, с целью внедрить широко-секторальный подход в Таджикистане. Доноры, работая в основном в проектно-ориентированном направлении, могли бы , , постепенно перейти на модель сочетания частично проектно-обоснованной помощи и прямого вливания средств в государственный бюджет с предназначением для сектора здравоохранения, с системой выделения средств по мере достижения результатов. (434)

б) Функция аккумуляции средств: улучшение аккумуляции ресурсов

Аккумуляция ресурсов создает условия для слияния бюджетов здравоохранения (на республиканском, областном, городском и местном уровнях). Аккумуляция ресурсов необходимо для обеспечения доступа, равенства и защиты от финансового риска; оно позволяет справедливое распределение ресурсов для всего населения страны.. Аккумуляция средств является необходимой предпосылкой для внедрения новых систем оплаты, что в свою очередь поддержит реструктуризацию системы здравоохранения, увеличение эффективности и предоставление населению выбора и создаст некоторую конкурентную среду. (435)

В настоящее время наблюдается значительные различия в финансировании внутри области (между районами) и между областями. Например, в Хатлонской области в 2009 г. отмечалась разница в финансировании здравоохранения на одного человека: от 12 до 51 сомони на одного человека. Мало того, нынешняя система финансирования здравоохранения в Таджикистане фрагментирована, т.е. система здравоохранения финансируется и управляется разными уровнями: республиканский, областной и районный уровень. Обычно это является причиной дублирования в системе. Дублирование способствует созданию излишнего потенциала и низкой эффективности, что усиливает воздействие низкого бюджета здравоохранения. (436)

Согласно Стратегии финансирования здравоохранения на 2005-2015 гг. аккумуляция местного бюджета для финансирования здравоохранения должна происходить не ниже областного уровня. Национальная стратегия здоровья придерживается этой цели по аккумуляции средств. (437)

За последние пять лет велись широкие политические обсуждения о том, как можно аккумулировать ресурсы на областном уровне. Однако, эти обсуждения были малопродуктивными и в настоящее время аккумуляция и консолидирование ресурсов на областном уровне не осуществляется. Подушевое финансирование ПМСП внедряется через аккумуляцию средств на районном уровне. Это был первый, успешный шаг для ПМСП. Тем не менее, по мере прогресса внедрения реформ, большая разница бюджетов между районами станет большим препятствием. Для создания условий дальнейшего распространения подушевой системы оплаты для ПМСП, требуется проработать механизм аккумуляции средств на областном уровне или механизм равного распределения между районами. Тогда как аккумуляция средств на районном уровне с механизмом уравнивания между районами является жизнеспособным вариантом для ПМСП, аккумуляция средств на областном уровне является необходимым предусловием для внедрения изменений в госпитальном секторе. (438)

В ходе разработки данной стратегии, рабочая группа проработала некоторые спецификации варианта аккумуляции средств или консолидации средств на областном уровне. Данная модель представляется в следующем: (439)

- децентрализованная структура доходов (бюджетных) в Республике Таджикистан состоит из республиканского, областного и районного уровней и необходимо внести изменения в действующее законодательство Республики Таджикистан; (440)
- областное Управление Здравоохранения (УЗО) несет ответственность за формирование и контроль бюджета по всей области (по всем районам). Утвержденные контрольные цифры на областном уровне могут быть использованы для расчета единого норматива оплаты поставщиков для всех районов. В реальности, единый норматив оплаты поставщиков является виртуальной аккумуляцией средств, и может быть определен и администрирован УЗО, выступающим как покупатель услуг; (441)
- субвенции с республиканского уровня могут быть выданы на областном уровне. Эти средства на основании утвержденных норм подушевого финансирования использовать среди районов областей. (442)

Со временем, увеличение доли государственного финансирования здравоохранения и аккумуляция средств на областном уровне приведут к уменьшению неравенств и защите от финансового риска населения в целом. Тем не менее, принимая во внимание, что сейчас 70% финансирования здравоохранения исходит от частных выплат населения, нужно проделать длинный путь прежде чем ощутимая защита населения от финансового риска будет достигнута. В краткосрочной перспективе, общинное финансирование или аккумуляция на общинном уровне может внести вклад в улучшение защиты от финансового риска, особенно если разработана в рамках ПГГ. Внедрение общинного финансирования не в рамках ПГГ увеличивает риск того, что уязвимые общины не получат пользы от реформирования финансирования здравоохранения, став со временем более уязвимыми. Общинное финансирование, способствующее уменьшению индивидуального финансового риска в выплатах формальной сооплаты в рамках ПГГ или других платных услуг может уменьшить риск в краткосрочной перспективе, а также позволит общине получить пользу от улучшенного финансирования здравоохранения в долгосрочной перспективе, что связано с тем, что бюджет здравоохранения будет возрастать, а размер сооплаты будет уменьшаться. (443)

Существующая стратегия совпадает с динамическим внедрением Стратегии финансирования здравоохранения на период 2005-2015 года и с Законом об ОМС 2008 года, так как они предвещают создание единой системы оплаты в Таджикистане. (444)

Включение программного бюджетирования во внедрении СПГР делает возможным взаимосвязь между политикой сектора здравоохранения, планами и программами, включая Комплексную стратегию здоровья, с формированием бюджета и распределением средств. Согласно руководству к бюджету 2010 г. рядовые министерства также должны будут определить ключевые результаты своих бюджетных программ. (445)

Приоритетные мероприятия:

- аккумуляция средств или консолидация бюджета здравоохранения на областном уровне; (446)
- улучшить формирование бюджета, включая введение программного бюджетирования для здравоохранения; (447)
- провести исследование операционных процедур на такие темы, как мониторинг по географическому выравниванию распределения средств; (448)
- изучать потенциал для внедрения общинного финансирования в рамках общих реформ финансирования и ПГГ; (449)
- анализ сценариев развития схемы ОМС, основанной на аккумуляции средств на уровне области (450)
- если внедренная аккумуляция на областном уровне и субвенции на национальном уровне не обеспечат равномерное распределение ресурсов бюджета здравоохранения (согласно формуле оплаты) для всего населения, необходимо рассмотреть аккумуляцию на национальном уровне. (451)

в) Функция закупки услуг здравоохранения: введение единого покупателя на областном уровне

Покупатель услуг администрирует аккумулярованные средства (консолидированный бюджет здравоохранения) и внедряет механизмы закупки медицинских услуг. Стратегия финансирования на 2005-2015 годы определяет Управление экономики и финансового планирования областного управления здравоохранения (УЗО) или отдел финансов УЗО в качестве покупателя услуг. Комплексная стратегия здоровья также сохраняет данное важное предположение или же стратегическое решение для здравоохранения. (452)

За последние пять лет, механизмы закупки медицинских услуг, включая новые системы оплаты поставщиков за результат и внедрение ПГГ развивались достаточно успешно на уровне пилотов в отобранных районах. Однако, эти нововведения разрабатываются и внедряются через мозаику существующих институтов, без четкого определения ролей и при широкой поддержке доноров и проектов. Данный прогресс нельзя считать устойчивым без основания новых институтов или определения покупателя услуг из числа существующих институтов, с обеспечением последних требуемыми информационными системами и человеческим потенциалом. (453)

В рамках направления, сочетаемого с будущим развитием ОМС, закупщик услуг здравоохранения на областном уровне будет аккумуляровать средства из различных источников и будет нанимать аккредитованного государственного или частного поставщика услуг. (454)

За последний год, Министерство здравоохранения Республики Таджикистан проводил диалог о создании Районных отделов здравоохранения. Роль Районного отдела здравоохранения заключается в отслеживании качества и объема оказания услуг. РОЗ не является держателем фондов и не будет иметь функций аккумулярования средств или закупки. В ходе диалога МЗ РТ и партнеры по развитию пришли к консенсусу: РОЗ созданы, они не будут выполнять функцию покупателя услуг и не станут объемной структурой, чтобы не увеличивать административные статьи бюджета или чтобы сократить средства на прямые расходы на лечение больных или проведения программ здравоохранения. (455)

Приоритетные мероприятия:

- учредить покупателя услуг в Управлении финансов и экономического прогнозирования ОУЗ; (456)
- разработать и внедрить планы для создания общих систем и человеческого потенциала в Управлении финансов и экономического планирования ОУЗ; (457)
- разработать механизмы и потенциал в Управлении финансов и экономического планирования для специфических функций покупателя услуг, включая формирование бюджета, расчет единого тарифа системы отплаты поставщиков услуг, обработка и утверждение отчетов поставщиков. Предполагается, что движение средств бюджета здравоохранения будет осуществляться через Казначейскую систему, но Управление финансов и экономического планирования ОУЗ, как покупатель услуг, должен играть существенную роль в финансировании и администрировании программ здравоохранения, чтобы обеспечить соответствие приоритетов здравоохранения с финансированием здравоохранения; (458)
- определить и разработать роли и взаимоотношения между всеми заинтересованными лицами и организациями в области финансирования здравоохранения, включая МЗ РТ, МФ РТ, местные администрации, УЗО, ОУФ, РОЗ, Казначейской системой и поставщиками медицинских услуг. (459)

в) Функция закупки услуг здравоохранения: улучшение распределения ресурсов

В дополнение к низкому уровню финансирования, текущий процесс формирования бюджета здравоохранения и распределения ресурсов препятствует улучшению равенства, доступа, эффективности и качества в секторе здравоохранения. Так как в ближайшей перспективе не предвидится значительного роста финансирования в сфере здравоохранения, реформа процесса формирования бюджета и распределение ресурсов предоставляют более жизнеспособный выбор для улучшения функционирования системы финансирования. В сущности, крайне важно максимально использовать выгоды ограниченного бюджета здравоохранения. (460)

Распределение ресурсов поставщикам медицинских услуг следует традиционному бюджетному принципу (постатейный бюджет), т.е. бюджет выделяется между учреждениями по инфраструктуре или по определенным показателям, исходя из количества коек или численности штата, а не исходя от объема предоставляемых услуг или от количества охватываемого населения. Бюджет должен быть использован строго постатейно. Для передвигки средств от одной статьи к другой, даже для незначительного перераспределения бюджета, необходимо длительно получаемое разрешение. Защищенные статьи, такие как зарплата и коммунальные услуги, не подлежат изменению. Это означает, что у учреждений здравоохранения нет стимула или механизма для улучшения внутреннего перераспределения ресурсов. (461)

Задачей ныне внедряемых улучшений в систему закупки медицинских услуг является переход от нормативного процесса формирования бюджета к системе отплаты поставщиков за результат, включая подушевую систему отплаты для ПМСП и систему отплаты за пролеченный случай для госпитального сектора с целью улучшения равенства и эффективности системы здравоохранения. (462)

В особенности, данные механизмы закупок создадут финансовые стимулы для реструктуризации, рационализации и улучшения эффективности сети поставщиков услуг (здесь подчеркивается динамика разрабатываемого мастер-плана по реструктуризации). Эти механизмы помогут в организации увеличения заработных плат по линии под-стратегии о человеческих ресурсах и сделают возможными общие реформы заработных плат в экономике. (463)

С 2005 года пилотно внедрялась система подушевого финансирования ПМСП в Таджикистане. В первой фазе система подушевого финансирования ПМСП включала в себя только переменные расходы и внедрялась через нижеследующие шаги: (464)

- первоначальное пилотирование в Дангаринском и Варзобском районах; (465)
- в 2007 году, усовершенствованная система подушевого финансирования ПМСП была утверждена совместным приказом МЗ РТ и МФ РТ внедрена в 15-ти районах; (466)
- система подушевого финансирования расширенная в 2008 году на 15 районов включила в себя аккумуляцию средств на районном уровне с выделением по крайней мере 40% районного бюджета здравоохранения на ПМСП, создать новую позицию Менеджера сети ПМСП, составить отдельную смету расходов для ПМСП, сформировать бюджет на переменные расходы на подушевой основе по формуле, которая исходит из трех параметров: бюджет здравоохранения района, количество населения района и поло/возрастной коэффициент; (467)
- в 2009 году МЗ РТ и МФ РТ утвердили новый приказ по системе подушевой оплаты для ПМСП. Этот приказ разделил бухгалтерию ПМСП, человеческие ресурсы и капитальные средства; (468)
- в 2009 г. новая система подушевого финансирования ПМСП была расширена и охватила все 44 района Хатлонской и Согдийской областей, 3 района республиканского подчинения и 1 район ГБАО. Внедрение началось 1 апреля 2009 г. (469)
- в будущем, уровень подушевой оплаты на уровне ПМСП будет определена ОУЗ на областном уровне. Средства подушевой оплаты будут распределяться с ОУЗ для нанятых поставщиков услуг ПМСП и рассчитаны с учетом количества обслуживаемого населения поставщиком услуг на уровне ПМСП. (470)
- со второго полугодия 2010г. Министерство здравоохранения Республики Таджикистан планирует расширить повсеместно пилотируемую схему подушевой оплаты. Дополнительно в одном пилотном районе будут применены механизмы подушевого финансирования для всех их расходов. (471)

Аккумуляция средств на областном уровне и создание института покупателя медицинских услуг являются предусловием для начала внедрения системы оплаты за пролеченный случай. (472)

Текущие реформы закупок медицинских услуг касаются индивидуальных медицинских услуг в основном на уровне ПМСП и госпитального сектора. Улучшения в закупке медицинских услуг для других служб и функций здравоохранения, включая общественное здравоохранение, вертикальные системы защиты от инфекционных болезней, медицинскому образованию и капитальным инвестициям еще не иницированы. (473)

При внедрении ОМС, все средства должны иметь единые меры по аккумуляции и закупке для обеспечения единой ПГГ для всех граждан, и использовать новые формы финансирования как следствие реформ для улучшения равенства и эффективности. (474)

Приоритетные мероприятия:

- постоянная разработка стратегии и мониторинг для внедрения системы оплаты поставщиков и других механизмов закупок согласно структуре и гарантиям ПГГ; (475)
- довести до конца национальное внедрение подушевого финансирования ПМСП (переменные расходы); разработать дизайн, пилотировать и распространить подушевую систему оплаты для ПМСП (все статьи, включая зарплаты), постоянно совершенствовать систему; (476)
- связать новые финансовые стимулы с улучшениями в структуре ПМСП, планированием и управлением человеческими ресурсами, оказываемыми услугами, системой предоставления медицинских услуг и интеграцией вертикальных программ в ПМСП; (477)

- внедрить, расширить, и постоянно совершенствовать систему оплаты за пролеченный случай; (478)
- выявить и разрешить проблемы формирования бюджета и движения средств, которые затрудняют внедрение систему оплаты поставщиков по результату; (479)
- внедрить, расширить, и постоянно совершенствовать новые системы оплаты для других индивидуальных услуг, включая неотложную и амбулаторную специализированную помощь; (480)
- разработать механизмы для оплаты за продвижение здорового образа жизни и включить стимулы для продвижения здорового образа жизни в систему оплаты поставщиков; (481)
- разработать механизмы для оплаты за дорогостоящие медицинские услуги на третичном уровне; (482)
- усовершенствовать системы закупок и финансирования лекарственных препаратов, включая лекарства амбулаторным больным; (483)
- пилотировать, оценить и распространить поправки по оплате за эффективность функционирования в системе оплаты поставщиков; (484)
- разработать нормативные механизмы для заключения контрактов с частными поставщиками медицинских услуг. (485)

Общественное здоровье, инфекционные заболевания и другие услуги и функции:

- внедрить, распространить и постоянно совершенствовать новые системы оплаты для вертикальных программ, включая туберкулез и ВИЧ. Новые системы оплаты должны содержать финансовые стимулы для дальнейшей интеграции вертикальных программ с общей системой здравоохранения; (486)
- внедрить, распространить и постоянно совершенствовать новые системы оплаты для услуг в сфере общественного здравоохранения, включая СЭС и медицинское образование; (487)
- улучшить механизмы для капитальных вложений и содержания капитального актива. (488)

Комплексные и поддерживающие мероприятия:

- улучшить информационные системы здравоохранения, использующие новые системы оплаты поставщиков; (489)
  - связать системы оплаты поставщиков с механизмами по обеспечению качества; (490)
- ОАПЗ проведет исследования на темы, как отдельные системы оплаты поставщиков влияют на качество исполнения систем. (491)

д) Функция закупок услуг здравоохранения, предпосылка: автономия поставщиков и улучшенный потенциал управления в здравоохранении

Текущая ситуация и основные предположения

С целью достижения поставленных целей функции закупок поставщиков и достижения эффективности новой системы оплаты поставщика на основе результатов, необходимо увеличить управленческий потенциал и автономию поставщиков медицинских услуг. Например, система оплаты за пролеченный случай предполагает предоставление большей автономии руководителю больницы в реструктуризации больницы и управлении бюджетом, включая объединение бюджета здравоохранения и поступлений от формальной сооплаты за все случаи, для составления общего бюджета больницы. В особенности, поставщикам нужно предоставить право передвигать средства между бюджетными статьями для улучшения внутренней эффективности и удовлетворения приоритетов в оказании услуг. (492)

До сегодняшнего дня Министерство здравоохранения в сотрудничестве с партнерами по развитию проводили мероприятия по разработке бизнес-планов для учреждений ПМСП в рамках новой системы подушевой оплаты ПМСП и ограниченным обучением управлению здравоохранением. (493)

Приоритетные мероприятия:

- разработать и внедрить законодательную и нормативную базу для обеспечения автономии поставщиков услуг; (494)
- разработать и внедрить законодательную и нормативную базу для развития частного сектора; (495)
- поддержать расширение бизнес планирования для поставщиков медицинских услуг; (496)
- поддержать улучшения в финансовой и информационной системе; (497)
- постоянно улучшать управление в здравоохранении посредством обучения, усиление потенциала и усовершенствование систем управления на уровне поставщиков; (498)
- учредить магистратуру по Управлению здравоохранения; (499)
- координировать и гармонизировать реформы финансирования здравоохранения с управлением государственными (общественными) финансами, включая постоянные улучшения в Казначейской системе; (500)
- усовершенствовать потенциал закупщиков и поставщиков здравоохранения в области бухгалтерского учета, системы финансового управления и отчетности, фидуциарного повышения потенциала, внутреннего и внешнего аудита, внутреннего контроля и. т. д. (501)

е) Гарантии пациента: усовершенствование Пакета государственных гарантий

Текущая ситуация и основные предположения

Финансирование здравоохранения путем сбора средств, аккумуляции средств и закупки услуг являются инструментами, которые могут быть использованы Правительством и МЗ РТ для обеспечения гарантий по предоставлению медицинских услуг населению в рамках ПГГ. Однако, полная реализация ПГГ также требует ясных и реалистичных определений ПГГ, включая формальную сооплату населения. (502)

Референдум, проведенный в 2003 году внес изменения в конституцию по предоставлению бесплатных услуг (статья 38), что дало возможность учреждениям здравоохранения предоставлять платные услуги населению. С тех пор в процессе реформы здравоохранения в Таджикистане были приняты важные шаги по предоставлению бесплатных услуг за счет существующих средств и легализация неформальной оплаты населения. (503)

Начиная с 2004 года, МЗ РТ разрабатывает и улучшает ПГГ. Структура ПГГ придерживается семи категорий, которые определяют виды предоставляемых медицинских услуг: неотложная и скорая помощь, ПМСП, амбулаторные специализированные услуги, лекарственные средства на уровне ПМСП, госпитальные услуги, стоматологические услуги, и услуги по санитарии и гигиене. ПГГ определяет перечень гарантированных медицинских услуг, предоставляемых бесплатно, а также перечень дополнительных услуг, которые частично или полностью оплачиваются пациентом. Гарантированный пакет услуг включает базовые услуги, предоставляемые на уровне ПМСП, включая профилактические услуги предоставляемые всему населению бесплатно. На сегодня, ПГГ внедряется в восьми пилотных районах. (504)

В декабре 2008г. Правительство РТ приняло постановление №600 по внедрению платных услуг на основе прейскуранта (прайс-листа). Обзор действий после выхода постановления широко обсуждался между МЗ и партнерами по развитию и в результате было достигнуто соглашение об упрощении прейскуранта цен до 12 групп по сооплате и включения этого прейскуранта в ПГГ. Категории формальной сооплаты населения будут предполагаемыми скорее чем ретроспективными, включая в себя небольшое количество простых, четких и прозрачных категорий сооплаты. Общий подход к формальной сооплате – постепенное объединение всех расходов населения в одну группу формальной сооплаты, которая группирует или упакует услуги, и которая является предполагаемой, чтобы граждане заранее знали какую сумму им платить, кому и за что. (504б)

На уровне госпитальных услуг применяется скользящая схема формальной сооплаты. В 2009 году ПГГ включал 10 категорий формальной сооплаты. Льготным группам населения также гарантированы скидки на определенную группу лекарственных средств. ПГГ также включает механизмы для повышения эффективности в распределения ресурсов. Например, ПГГ стимулирует первичное обращение в учреждения ПМСП - наличие у пациента направления от врача первичной помощи (семейного врача) дает право на бесплатное медицинское обслуживание или на меньшую оплату при направлении от специалиста или из больницы. (505)

В 2011 году Министерство здравоохранения планирует расширить ПГГ во всех городах и районах Согдийской области в дополнении к уже имеющимся пилотам в других районах. (506)

При внедрении ОМС, первоначальной задачей должно стать уменьшение размера сооплаты в рамках ПГГ. (507)

Приоритетные мероприятия:

- с целью интегрирования профилактических и медицинских услуг на первичном уровне, ежегодно пересматривать и утверждать ПГГ, (508)
- продолжить усовершенствование ПГГ и заполнить пробел между государственным бюджетом на здравоохранение и гарантиями в рамках ПГГ; (509)
- расширить ПГГ по всей стране и напрямую связать системы оплаты поставщиков за результат с гарантиями в рамках ПГГ; (510)
- продолжить усовершенствовать структуру и размеры сооплаты, включая группирование прейскуранта цен в категории формальной сооплаты; (511)
- изучить и улучшить структуру льготных категорий в рамках ПГГ; (512)
- провести исследования по ПГГ, недостающих средств, и неформальным платежам со стороны населения. (513)

#### **4. Мониторинг и оценка**

Система мониторинга и оценки Национальной Стратегии здоровья населения Республике Таджикистан позволяет объективно оценить, что было в настоящее время достигнуто сектором здравоохранения, как постепенно изменяется деятельность сектора и состояние здоровья населения, какие сферы деятельности требуют более пристального внимания для улучшения работы, а со временем, для улучшения здоровья населения. (514)

С целью обеспечения эффективной реализации и успешного выполнения поставленных задач и мероприятий будут проводится регулярный мониторинг и оценки. Для обеспечения данного вида деятельности создается Межсекторальный Координационный Совет при Министерстве здравоохранения, куда будут включены представители основных министерств и ведомств, НПО, профессиональные ассоциации и ПР. Министерство здравоохранения будет играть главную роль, как в предоставлении помощи, так и деятельности Совета. (515)

Принципы мониторинга и оценки. Обеспечение независимой оценки, прозрачность, ориентированность на процесс и результат, с привлечением независимых экспертов, с опорой на действенные отчеты и специально проведенные исследования. Наблюдение и оценка будет проводится на основе утвержденных показателей. (516)

Процесс мониторинга и оценки. Мониторинг и оценка НСЗНРТ будет осуществляться непрерывно, постоянно, в виде годовых отчетов. Оценки будут проводится один раз в 5 лет, то есть промежуточная оценка в 2015г и финальная в 2020г. (517)

Отчет о мониторинге с оценкой достигнутых в рамках нее действий и предложениями о совершенствовании процесса развития обсуждается Министерством здравоохранения и Партнерами по развитию. (518)

Отчеты будут доступны всем заинтересованным лицам и общественности. (519)

### **Заключительные положения**

- 1) Настоящая Стратегия является исходным документом для программно-целевого планирования в здравоохранении Республики Таджикистан на предстоящие десять лет. В течение 2010 года будут разработаны 5-7 целевых программ во исполнение установок Стратегии по модернизации систем и укреплению ресурсов охраны здоровья народа. (520)
- 2) Программы будут разрабатываться под эгидой Министерства здравоохранения с разверткой мероприятий по головным исполнителям (министерствам, ведомствам и организациям республиканского и регионального подчинения), ресурсам и источникам финансирования, срокам исполнения и контрольным показателям. Во избежание дублирования, будет проведено межпрограммное согласование мероприятий и финансирования. Начальным этапом разработки программ является План деятельности по реализации Комплексной стратегии здоровья Республики Таджикистан. (521)
- 3) Срок действия программ составит 10 лет (2011-2020 гг.). Вместе с тем, предусмотренные ими мероприятия, бюджет и контрольные показатели подлежат уточнению на второе пятилетие по результатам оценки хода выполнения программ в 2011-2015 гг. (522)
- 4) По большинству, если не по всем программам, будет выявлена потребность в техническом содействии и финансовой поддержке со стороны международных партнеров по развитию. Вопрос об их участии будет решаться в рамках отраслевой координации международного сотрудничества в здравоохранении Республики Таджикистан. (523)
- 5) Десятилетние программы вберут в себя не противоречащие настоящей Стратегии установки и положения ранее утвержденных стратегий по развитию отдельных направлений лечебно-профилактической работы, систем и ресурсов здравоохранения Республики Таджикистан. (524)

---

<sup>i</sup> Согласно Национальной Стратегии Развития в период до 2015 г.

<sup>ii</sup> The Euro B sub-region comprises 16 countries of Europe and Central Asia with the total population of 160 million people. Most of the countries, included in this statistical aggregate, are ahead of Tajikistan by their levels of economic development.

<sup>iii</sup> Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Generic Training Package – Draft Trainer Manual. WHO/CDC/U.S. DHHS: January 2008: 522 pp. Health Services Delivery for Maternal, Newborn, and Child Health and Nutrition in Tajikistan, September 2009: 27-28.

<sup>iv</sup> Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Training Modules. WHO: Regional Office for Europe, 2002: 392 pp.: p.21

<sup>v</sup> Health Services Delivery for Maternal, Newborn, and Child Health and Nutrition in Tajikistan, September 2009

<sup>vi</sup> The Living Standards Measurement Survey, 2007: Indicators at a Glance. 2009, 83 pp.: 51.

<sup>vii</sup> The Treatment of Diarrhea : a Manual for Physicians and Other Senior Health Workers. -- 4th rev., WHO: Geneva, 2006: 54 pp. (in Russian) Положение в мире с вакцинами и иммунизацией. 3-е изд. Краткое изложение. Женева: ВОЗ/ЮНИСЕФ/Всемирный банк: 2009: 22 с.: с.13.

<sup>viii</sup> The 2007 Living Standards Measurement Survey, the Republic of Tajikistan: Indicators at a Glance, 2009.

<sup>ix</sup> Обеспечение безопасности иммунизации. Санитарно-эпидемиологические правила. СП 3.3.2342–08. Постановление МЗ Российской Федерации № 15 от 03.03.2008. Опубликовано:

<http://www.chistin.ru/default.aspx?id=50>. Просмотрено: 17.01.2010.

<sup>x</sup> Положение в мире с вакцинами и иммунизацией. 3-е изд. Краткое изложение. Женева: ВОЗ/ЮНИСЕФ/Всемирный Банк, 2009: 22 с.: с. 12-15.

---

<sup>xi</sup> См: Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг.: 70 с.

<sup>xii</sup> American College of Physicians. Effective Clinical Practice – Chronic Disease Management: What Does It Take What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? -- On-line: [http://www.acponline.org/clinical\\_information/journals\\_publications/ecp/augsep98/cdm.htm](http://www.acponline.org/clinical_information/journals_publications/ecp/augsep98/cdm.htm). Accessed on Jan. 20th, 2010.

<sup>xiii</sup> The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO European Ministerial Conference on Health Systems. Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008: 5 pp.: 2.

<sup>xiv</sup> Health21: the Health for All Policy Framework for the WHO European Region

<sup>xv</sup> The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO European Ministerial Conference on Health Systems. Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008: 5 pp.