



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Обзор Национальной
программы по развитию
семейной медицины
в Таджикистане
на 2011–2015 гг.



Министерство
здравоохранения
и социальной защиты
населения Республики
Таджикистан





**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро



Министерство
здравоохранения
и социальной защиты
населения Республики
Таджикистан

Обзор Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане на 2011–2015 гг.

Под редакцией:
Республиканского учебно-клинического центра
семейной медицины МЗСЗН РТ

и Программы по предоставлению услуг здравоохранения
Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Апрель 2016 г.

РЕФЕРАТ

Национальная программа по развитию семейной медицины на 2011–2015 гг. в Таджикистане была создана с целью обеспечения устойчивого развития первичной медико-санитарной помощи в соответствии с принципами семейной медицины. В 2015 г. в контексте последнего года реализации Программы по семейной медицине Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана был сделан запрос на проведение обзора достижений Программы, анализа возможностей и дальнейших шагов, чтобы ускорить темпы, масштабы и устойчивость проводимых преобразований. В данном документе представлены результаты проведенного обзора. С применением различных методов был проведен анализ полученной информации из соответствующей литературы, полуструктурированных интервью с ключевыми информантами, круглых столов и медицинской статистики в соответствии с шестью приоритетными направлениями Программы, раскрывающими вопросы: какие есть достижения в развитии семейной медицины на сегодняшний день, каковы возможности для ее улучшения, какие факторы следует учесть в дальнейшем развитии системы предоставления медико-санитарных услуг в Таджикистане?

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE
PRIMARY HEALTH CARE
HEALTH SERVICES
HEALTH CARE SYSTEMS
TAJIKISTAN
ASIA, CENTRAL

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто. Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации, авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

| | |
|--|-----------|
| Диаграммы, таблицы и вставки | iv |
| Сокращения | vi |
| Выражение благодарности | viii |
| Преамбула | ix |
| Краткое описание | xi |
| 1. Каковы на сегодняшний день основные достижения в развитии семейной медицины? | xii |
| 2. Что можно улучшить? | xv |
| 3. Какие основные факторы следует учесть в дальнейшем развитии системы предоставления медико-санитарных услуг? | xvi |
| Краткая информация | 1 |
| Определение контекста: обзор Программы по развитию семейной медицины | 1 |
| Структура семейной медицины в Таджикистане | 3 |
| Об этом документе | 6 |
| Процесс обзора и источники данных | 6 |
| Структура обзора | 7 |
| Раздел первый: достижения | 8 |
| Приоритет первый: нормативно-правовая база и организационная структура семейной медицины | 8 |
| Приоритет второй: система образования | 13 |
| Приоритет третий: система улучшения качества | 16 |
| Приоритет четвертый: механизмы, регламентирующие доступность эффективной и качественной медико-санитарной помощи | 22 |
| Приоритет пятый: показатели здоровья населения | 26 |
| Приоритет шестой: научно-технологические инновации | 33 |
| Раздел второй: возможности | 35 |
| 1. Практика стандартизации: рабочая нагрузка, клинические протоколы и руководства | 35 |
| 2. Подготовка компетентных кадров | 35 |
| 3. Развитие систем улучшения качества | 37 |
| 4. Инвестирование в управленческий потенциал | 39 |
| 5. Усиление комплексной модели медико-санитарной помощи, ориентированной на нужды и потребности человека | 43 |
| 6. Научно-технические инновации | 48 |
| Раздел третий: дальнейшие шаги | 49 |
| Видение: комплексная модель ПМСП | 49 |
| Приоритет 1. Результаты: определение потребностей, расширение возможностей сообществ, и вовлечение пациентов | 50 |
| Приоритет 2. Система предоставления услуг: выбор услуг, стандартизации медико-санитарной помощи, организация работы поставщиков и инвестирование в процессы усовершенствования управления и качества | 51 |
| Приоритет 3. Гармонизация факторов, благоприятных для развития здравоохранения: финансирование, кадры, АС и технологии | 52 |
| Приоритет 4. Политика: укрепление механизмов подотчетности и нормативно-правовой базы | 54 |
| Список литературы | 55 |
| Приложение 1. Обзор программы по семейной медицине | 58 |
| Приложение 2. Перечень КРП для уровня ПМСП, утвержденных МЗСЗН | 61 |
| Приложение 3. Кадровый состав семейной медицины, число и доля по районам, 2014 г. | 63 |

Диаграммы, таблицы и вставки

Диаграммы

| | | Стр. |
|--------------|---|------|
| Диаграмма 1 | Сравнение доли семейных врачей и процента вновь выявленных случаев МЛУ-ТБ, 2014 г. | xii |
| Диаграмма 2 | Сравнение охвата антенатальной помощью (%) и показателей материнской смертности на 100 000 живорожденных, 2014 г. | xiii |
| Диаграмма 3 | Сравнение распределения семейных врачей (2014) и показателей смертности от ССЗ, 2013 г. | xiii |
| Диаграмма 4 | Процесс разработки и утверждения КРП | 10 |
| Диаграмма 5 | Число семейных врачей по областям, в абсолютных цифрах, с 2010 по 2014 г. | 15 |
| Диаграмма 6 | Среднегодовое число посещений учреждений на душу населения с 2010 по 2014 г. | 23 |
| Диаграмма 7 | Сравнение распределения семейных врачей (А) и посещаемости учреждений ПМСП (В) в 2014 г. | 24 |
| Диаграмма 8 | Государственные расходы по видам оказываемых услуг в период с 2007 по 2014 г. | 25 |
| Диаграмма 9 | Распространенность ВИЧ-инфекции на 100 000 населения по областям за период с 2010 по 2014 г. | 27 |
| Диаграмма 10 | Смертность от туберкулеза на 100 000 населения по областям в 2010 и 2014 гг. | 28 |
| Диаграмма 11 | Смертность от туберкулеза на 100 000 населения и процент вновь выявленных случаев МЛУ-ТБ в 2014 г. | 28 |
| Диаграмма 12 | Уровень смертности от ССЗ на 100 000 населения в 2013 г. | 30 |
| Диаграмма 13 | Общее среднее потребление алкоголя на душу населения в Европейском регионе ВОЗ за период 2008–2010 гг. | 31 |
| Диаграмма 14 | Уровень госпитализации в связи с ССЗ, диабетом, ХОЗЛ на 100 000 населения в период с 2010 по 2014 г. | 44 |
| Диаграмма 15 | Распространенность повышенного уровня глюкозы в крови на территории стран Европейского региона ВОЗ в 2014 г. | 45 |
| Диаграмма 16 | Изменение целей по развитию семейной медицины в Таджикистане за период с 2010 по 2020 г. | 49 |
| Диаграмма 17 | Координация деятельности между приоритетными направлениями для усиления ПМСП | 50 |

Таблицы

| | | Стр, |
|------------|--|------|
| Таблица 1 | Как влияет система предоставления услуг на показатели здоровья населения? | xi |
| Таблица 2 | Динамика изменения численности семейных врачей и медсестер | xiv |
| Таблица 3 | Услуги, поставщики и виды учреждений ПМСП и семейной медицины в Таджикистане | 4 |
| Таблица 4 | Основные организации, регулирующие деятельность ПМСП на разных уровнях системы здравоохранения | 5 |
| Таблица 5 | Структура обзора Программы семейной медицины | 7 |
| Таблица 6 | Документы, определяющие нормативно-правовую базу и организационную структуру семейной медицины | 8 |
| Таблица 7 | Основные участники процесса разработки КРП | 11 |
| Таблица 8 | Основные участники процесса внедрения и оценки КРП | 12 |
| Таблица 9 | Законодательство, регулирующее обучение кадрового состава семейной медицины | 13 |
| Таблица 10 | Ключевые участники процесса подготовки кадрового состава семейной медицины | 14 |
| Таблица 11 | Динамика изменения доли семейных врачей и медсестер на 100 000 человек с 2010 по 2014 г. | 15 |
| Таблица 12 | Нормативно-правовая база, регулирующая развитие системы улучшения качества в семейной медицине | 18 |
| Таблица 13 | Основные участники процесса улучшения качества семейной медицины | 19 |
| Таблица 14 | Национальные программы, реализуемые в последнее время в Таджикистане | 26 |
| Таблица 15 | Основные этапы и последующие шаги в развитии системы оказания медицинских услуг в Таджикистане | 34 |

Вставки

| | | Стр, |
|------------|---|------|
| Вставка 1 | Темы КРП по семейной медицине | 11 |
| Вставка 2 | Экспертные группы, работающие для достижения устойчивых положительных сдвигов в семейной медицине, ориентированных на решение проблем | 17 |
| Вставка 3 | Создание системы аккредитации услуг по охране здоровья матери и ребенка | 20 |
| Вставка 4 | Интеграция противотуберкулезных услуг на уровень ПМСП в Таджикистане | 29 |
| Вставка 5 | Реализация пакета основных мероприятий в отношении НИЗ в пилотных районах | 32 |
| Вставка 6 | Пилотное внедрение механизма финансирования по результатам на уровне ПМСП | 38 |
| Вставка 7 | Усиление потенциала бизнес-планирования на уровне учреждений ПМСП | 39 |
| Вставка 8 | Внедрение информационно-логистической системы (ИЛС) для учета ЛС и предметов медицинского назначения | 40 |
| Вставка 9 | Общинные схемы финансирования услуг экстренной медицинской и лабораторной помощи | 42 |
| Вставка 10 | Повышение спроса и обращаемости за услугами через информирование сообществ и расширения возможностей: случай профилактики передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку | 46 |
| Вставка 11 | Вовлечение сообщества в решение вопросов питания: пример внедрения всеобщего йодирования соли | 47 |

Сокращения

| | |
|--------|--|
| АРВ | антиретровирусная терапия |
| БПУ | базовый пакет услуг |
| ВЙС | всеобщее йодирование соли |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ГБАО | Горно-Бадахшанская автономная область |
| ГУК | группы по улучшению качества |
| ЕС | Европейский союз |
| ИПДОЗ | Институт последипломного образования в сфере здравоохранения |
| НМО | непрерывное медицинское образование |
| ИЛС | информационно-логистическая система |
| ИМТ | индекс массы тела |
| ИОПМСП | инструмент оценки ПМСП |
| ЙДЗ | йододефицитные заболевания |
| КРП | клинические руководства и протоколы |
| ЛПГ | личные платежи граждан |
| ЛС | лекарственные средства |
| МЗ | Министерство здравоохранения |
| МЗСЗН | Министерство здравоохранения и социальной защиты населения |
| МЛУ-ТБ | туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью |
| МФ | Министерство финансов |
| МСМ | мужчины, практикующие секс с мужчинами |
| НИЗ | неинфекционные заболевания |
| НПО | неправительственные организации |
| НЭТ | наборы экспресс-тестов |
| НМО | непрерывное медицинское образование |
| ОАПЗ | Отдел анализа политики здравоохранения |
| ПМСП | первичная медико-санитарная помощь |

| | |
|----------|---|
| ППДС | программа постдипломной специализации |
| РРП | районы республиканского подчинения |
| СГНМДСЗН | Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения |
| СЕО | совместный ежегодный обзор |
| СОФЗ | схема общинного финансирования здравоохранения |
| ССЗ | сердечно-сосудистые заболевания |
| ТБ | туберкулез |
| ТГМУ | Таджикский государственный медицинский университет |
| ХОЗЛ | хронические обструктивные заболевания легких |
| ЦДМ | Центр доказательной медицины |
| ЭГ | экспертные группы |
| ЮНИСЕФ | Детский фонд ООН |
| ЮНФПА | Фонд народонаселения ООН |
| ЮСАИД | Агентство США по международному развитию |
| AGREE | инструмент по оценке качества клинических рекомендаций |
| DOTS | лечение под непосредственным контролем, короткий курс |
| GAIN | Глобальный альянс по улучшению питания |
| GIZ | Германское общество международного сотрудничества |
| ISQua | Международное общество по качеству в здравоохранении |
| PEN | пакет основных мероприятий в отношении НИЗ |
| TOT | обучение тренеров |

Выражение благодарности

Данный обзор стал результатом общей приверженности и технической работы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан под руководством г-на Нусратулло Салимзода, Министра здравоохранения и социальной защиты населения, Республиканского учебно-клинического центра семейной медицины МЗСЗН РТ, а также партнеров по развитию, которые проводят активную работу по вопросам здоровья и развития по всей стране.

Редакция данного документа была осуществлена Ильхомом Бандаевым (Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины), Эрикой Барбаза (Европейское региональное бюро ВОЗ), и Хуаном Тэлло (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Основные лица, принявшие участие в составлении данного отчета: Зарина Абдуллаева (Проект по усовершенствованию медико-санитарных услуг, Всемирный банк); Бактыгуль Акказиева (Европейское региональное бюро ВОЗ); Давид Элкинс (Программа ЕС поддержки человеческого развития II, Таджикистан); Хасан Дзгоев (Проект SINO); Азиза Хамидова (ЮНФПА); Сабир Курбанов (Республиканский центр медицинской статистики и информации); Лайло Курбонмамадова (Фонд Ага Хана, Таджикистан); Дилором Садыкова (Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан); Алишер Махмудов (Программа ЕС поддержки человеческого развития II, Таджикистан); Мариан Шеридан (Программа ЕС поддержки человеческого развития II, Таджикистан); Юки Суэхиро (ЮНИСЕФ); Шахло Ярбаева (Швейцарский институт тропической медицины и общественного здравоохранения).

Путем проведения полуструктурированных интервью и участия в круглых столах ценный вклад был сделан представителями следующих организаций: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан; Центр доказательной медицины; Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины; Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения; Республиканский центр медицинской аккредитации; Республиканский центр по формированию здорового образа жизни; Республиканский учебно-клинический центр сестринского дела; Отдел анализа политики здравоохранения Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан.

Данный обзор был проведен при поддержке и опираясь на опыт сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ, в частности: Джилл Фаррингтон; Ханса Ключе; Айгуль Кутумуратовой; Энрике Лойола; Мехри Шоисматулоевой; Мелиты Вуйнович; Мартина Вебера; и Лолы Юлдашевой.

Перевод и интерпретация текста осуществлены Ларисой Ахмадеевой и Нигиной Хаджиевой. Автор оригинального изображения на обложке – Фаррух Негматзаде в сотрудничестве с Художественной галереей «Нур», Таджикистан.

Преамбула

Улучшение состояния здоровья и благополучия населения требует наличия эффективно функционирующих систем здравоохранения. В 2010 г. Таджикистан приступил к реализации Национальной стратегии здоровья населения на 2010–2020 гг. (МЗ, 2010b), определив программу действий для ускорения достижений в улучшении здоровья населения и их развития. Национальная стратегия здоровья населения признает укрепление системы здравоохранения в качестве первоочередной задачи для ее успешной реализации, подчеркивая важность развития первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), основанной на практике семейной медицины среди основных приоритетов реформирования здравоохранения Таджикистана в этот период.

За последние пять лет были приняты серьезные меры, направленные на формирование модели семейной медицины как основы предоставления услуг здравоохранения в Таджикистане. Эти действия определяются в Национальной программе по развитию семейной медицины на период 2011–2015 годов (МЗ, 2010a) [далее – Программа по семейной медицине]. Руководствуясь концепцией развития, определенной в рамках Национальной стратегии, была запущена Программа по семейной медицине с целью достижения устойчивого развития ПМСП, обеспечения доступности услуг для населения, формирования здорового образа жизни, широкого использования диагностики и лечения больных на уровне ПМСП, повышения уровня и качества кадрового потенциала, усовершенствования управления учреждениями ПМСП, а также инвестициями и расходованием средств на ПМСП в соответствии с международными стандартами.

Реализация Программы по семейной медицине потребовала руководящей роли Министерства здравоохранения и социальной защиты населения при серьезной поддержке других министерств и республиканских центров, НПО, профессиональных ассоциаций, всего медперсонала и партнеров по развитию. Динамика изменений, достигнутая за последние пять лет, является свидетельством общей приверженности и заинтересованности всех этих сторон в достижении стратегических приоритетов Программы по семейной медицине.

В 2015 г., поскольку Программа по семейной медицине подошла к завершению, появилась возможность обзора достижений по всем приоритетным направлениям и планирования следующих шагов в области семейной медицины в Таджикистане. Применяя такой же подход совместного участия, который использовался для реализации программы, данный обзор программы был составлен на основе экспертного потенциала, профессиональных знаний и практических навыков основных участников программы. Результатом этой работы стал сводный документ, обобщающий большой объем информации, взятой из отчетности и документации за последние годы, обмена личным опытом в ходе двусторонних обсуждений и анализа достижений основных целей в соответствии с индикаторами.

Данный документ направлен на поддержку динамики преобразований медико-санитарных услуг после 2015 г. Воздавая должное всем достижениям Программы, обзор уделяет особое внимание возможностям дальнейшего совершенствования деятельности в условиях постоянно меняющейся среды предоставления услуг. Поддерживая темпы достижения национальных приоритетов, а также целей региональной и глобальной повестки дня в области здравоохранения и развития, дальнейшая деятельность будет акцентироваться на важности наличия систем здравоохранения, ориентированных на нужды и потребности населения, распространяя те же принципы, которые были впервые изложены в программе «Здоровье для всех» и легли в основу внедрения ПМСП. В настоящий момент руководящие принципы новой

европейской политики здравоохранения ВОЗ Здоровье-2020 (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013) и предстоящая Глобальная стратегия ВОЗ по предоставлению комплексных медико-санитарных услуг, ориентированных на нужды и потребности населения (WHO, 2015b), продолжают продвигать такую концепцию развития, чтобы по-настоящему ускорить достижение положительных сдвигов в показателях здоровья как на уровне населения, так и на индивидуальном уровне. Данный обзор является еще одним шагом из последовательности многих предыдущих шагов, направленных на реализацию этой концепции и достижения максимального потенциала в улучшении здоровья населения Таджикистана.



Д-р Ильхом Бандаев
Директор Республиканского
учебно-клинического центра семейной
медицины Министерства здравоохранения
и социальной защиты населения РТ



Д-р Hans Kluge
Директор Отдела систем
здравоохранения и охраны
общественного здоровья
Европейского регионального бюро ВОЗ

Краткое описание

Связь между эффективностью системы предоставления медико-санитарных услуг и показателями здоровья населения очень очевидна, чтобы определить это направление в качестве приоритетного. Более того, доказано, что развитая и устойчивая первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), работающая на основе принципов семейной медицины, является успешным подходом систем здравоохранения в достижении всеобщего охвата медико-санитарными услугами, в улучшении состояния здоровья населения и социально-экономического развития (ВОЗ, 2010), а также создании материальных благ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 г.). Эта важнейшая связь между предоставлением медицинских услуг и показателями здоровья населения представлена в Таблице 1, где признается важность общих принципов организации управления системой, которые определяют комплексную концепцию развития и границы системы здравоохранения и такие функции системы здравоохранения, как финансирование и ресурсное обеспечение, определяя условия, в которых формируется система предоставления медико-санитарных услуг.

Таблица 1. Как влияет система предоставления услуг на показатели здоровья населения*

| Показатели здоровья населения | Система предоставления услуг | Система здравоохранения | Управление |
|--|---|--|-----------------------|
| Состояние здоровья (уровень и распределение) | Выбор услуг Планирование медико-санитарной помощи Организация работы поставщиков Управление услугами Улучшение показателей деятельности | Кадровое обеспечение системы здравоохранения Лекарственные средства Технологии Информационные системы Финансирование | Политика Институты |

Источник: адаптировано из Tello и Barbazza, 2015.

* Цепочка сопутствующих факторов не включает те, которые не относятся к системе здравоохранения, например факторы, относящиеся к другим секторам или окружающим условиям.

Эта связь между предоставлением медико-санитарных услуг и показателями здоровья населения хорошо признается в Таджикистане. Приоритетность развития семейной медицины в рамках Национальной программы по развитию семейной медицины на 2011–2015 гг. и огромный объем различных мероприятий, проектов и отчетности, которые были выполнены в рамках программы в течение последних пяти лет, являются тому свидетельством.

Данный обзор направлен на подведение итогов этого периода, отражая прогресс, возможности и извлеченные уроки, которые рассматриваются в качестве дальнейших шагов в развитии системы предоставления услуг здравоохранения в Таджикистане. Ниже приведены основные вопросы, которые служат ориентиром в процессе данного обзора, а также обобщенные выводы по каждому из вопросов.

1. Какие имеются на сегодняшний день основные достижения в развитии семейной медицины?
2. Какие есть возможности для улучшения?
3. Какие основные факторы следует учесть в последующем развитии системы предоставления медико-санитарных услуг?

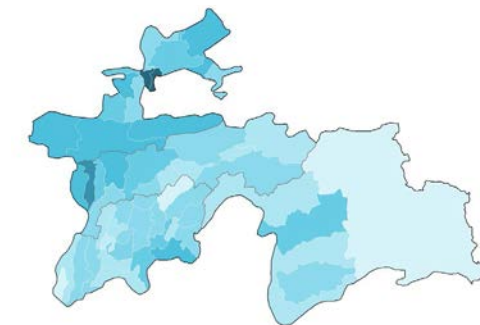
1. Каковы на сегодняшний день основные достижения в развитии семейной медицины?

Улучшение показателей здоровья населения отражает достижения в области семейной медицины, повышения охвата услугами по приоритетным направлениям, включая противотуберкулезный контроль и дородовый уход.

Модель семейной медицины, распространяемая на территории всей страны, демонстрирует прямую взаимосвязь с тенденциями изменения состояния здоровья населения по приоритетным направлениям. При сопоставлении показателей доли семейных врачей по разным регионам страны (Диаграмма 1, А) с показателями деятельности по профилактике и контролю туберкулеза (Диаграмма 1, В) видно, что в районах с малым числом семейных врачей — например, в Мургабском районе (ГБАО) и Бальджуванском районе (Хатлонской области) — в целом отмечается более высокий процент вновь выявленных случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) в пределах от 7,0 до 9,9% в 2014 г. (МЗСЗН, 2014). Случаи МЛУ-ТБ, которые зачастую возникают из-за неправильного использования антибиотиков, являются ярким отражением действий, предпринимаемых по организации противотуберкулезной терапии, а также тех преобразований, которые были выполнены в рамках Программы по семейной медицине и направлены на укрепление компонента предоставления противотуберкулезных услуг на уровне ПМСП. Такая взаимосвязь была установлена с одновременным признанием других контекстуальных факторов, например демографической ситуации и социально-экономического положения, представляющих собой отличительные особенности различных регионов, которые также, возможно, сделали свой вклад в обозначенные тенденции.

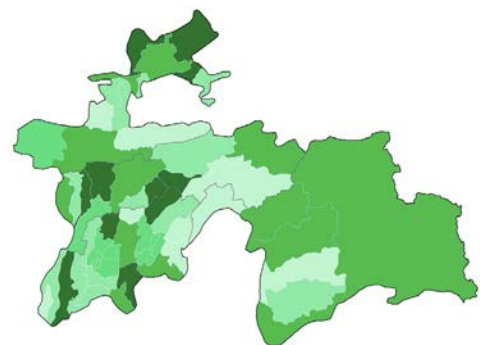
Диаграмма 1. Сравнение доли семейных врачей и процента вновь выявленных случаев МЛУ-ТБ, 2014 г.

А. Число семейных врачей на 100 000 человек



Источник: МЗСЗН, 2014б.

В. Новые случаи МЛУ-ТБ (%)

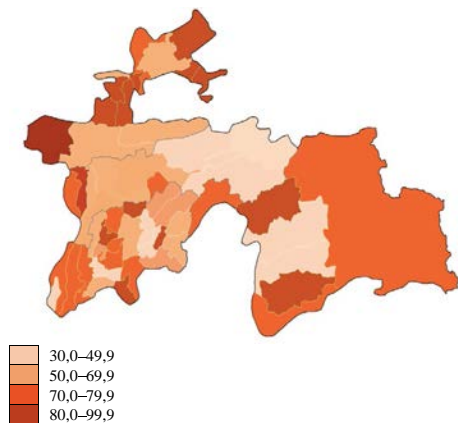


Источник: МЗСЗН, 2014б.

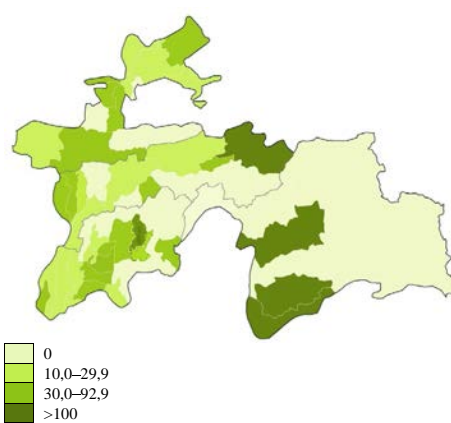
Прямую взаимосвязь также можно увидеть между распределением семейных врачей и охватом антенатальной помощью по всей стране (Диаграмма 2, А). Этот вывод является иллюстрацией роли семейной медицины в оказании антенатальной помощи с направлением только сложных случаев, подверженных риску на получение специализированных гинекологических услуг. Аналогично взаимосвязи, отмечаемой между охватом услугами семейных врачей и числом вновь выявленных случаев МЛУ-ТБ, в районах с более низким уровнем охвата антенатальным уходом отмечается более высокий уровень материнской смертности, и наоборот (Диаграмма 2, В) (МЗСЗН, 2014б).

Диаграмма 2. Сравнение охвата антенатальной помощью (%) и показателей материнской смертности на 100 000 живорожденных, 2014 г.

А. Охват антенатальной помощью по районам (%)



В. Коэффициент материнской смертности на 100 000 живорожденных



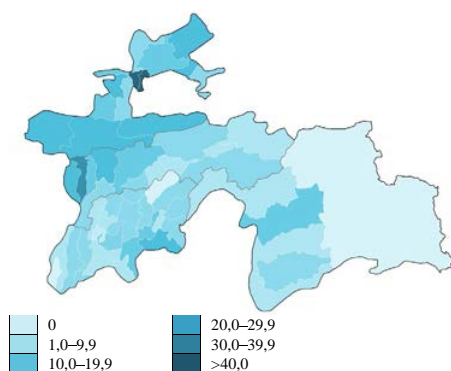
Источник: МЗСЗН, 2014б.

Источник: МЗСЗН, 2014б.

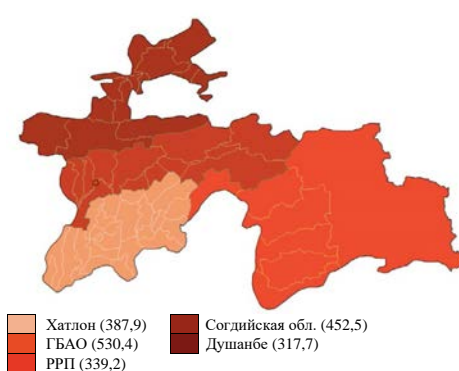
В области неинфекционных заболеваний (НИЗ), как представлено на Диаграмме 3, В, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на 100 000 населения коррелирует с долей семейных врачей по всей стране (Диаграмма 3, А). Например, в ГБАО отмечается самая низкая доля семейных врачей и самый высокий уровень смертности, вызванной ССЗ на 100 000 населения. Интересно, что в районах с высокой долей семейных врачей отмечается в общем более высокий уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (2013) (МЗСЗН, 2014). Этот факт можно обосновать парадоксом повышения точности в диагностике и регистрации случаев смерти в этих районах Согдийской области и Душанбе, где видны преимущества внедрения модели семейной медицины на основе существующей системы отчетности, где обращается особое внимание профилактики и контролю НИЗ.

Диаграмма 3. Сравнение распределения семейных врачей (2014 г.) и показателей смертности от ССЗ, 2013 г.

А. Доля семейных врачей на 100 000 человек



В. Смертность от ССЗ на 100 000 человек



Источник: МЗСЗН, 2014б.

Источник: МЗСЗН, 2014б.

В области укрепления семейной медицины на уровне ПМСП были получены положительные результаты по разным направлениям, включая развитие и стандартизацию медико-санитарной помощи, кадровую обеспеченность специалистами по семейной медицине и систему непрерывного улучшения качества.

Тенденции в улучшении состоянии здоровья населения можно отнести в значительной степени к достижениям в сфере предоставления услуг, которые сделали семейную медицину точкой первичного контакта пациентов (как здоровых, так и нуждающихся в медицинской помощи) с системой здравоохранения. Эти достижения включают следующее:

- **Актуализация процесса разработки клинических руководств и протоколов по семейной медицине.** Применение обновленного процесса и методологии разработки клинических руководств и протоколов (КРП). Сюда входит внедрение новых клинических руководств по 85 видам заболеваний, которые были разработаны для использования на уровне ПМСП.
- **Организация работы специалистов по семейной медицине.** Центры ПМСП в настоящее время включают группы семейных врачей, сельские центры здоровья (где работают врачи и медсестры), и сельские дома здоровья (где работают только медсестры). Реформы включали подготовку семейных врачей и семейных медсестер для оказания услуг ПМСП в рамках БПУ с периодическим нефинансовым поощрением специалистов семейной медицины для работы в сельской местности (Таблица 2).

Таблица 2. Динамика изменения численности семейных врачей и медсестер

| Область | Число семейных врачей | | | Число семейных медсестер | | |
|--------------------|-----------------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|-------------|
| | 2010 | 2014 | % изменений | 2010 | 2014 | % изменений |
| г. Душанбе | 497 | 571 | 29 | 536 | 877 | 64 |
| РРП | 252 | 451 | 79 | 260 | 613 | *136 |
| Согдийская область | 573 | 831 | 45 | 1020 | 1751 | 72 |
| Хатлонская область | 186 | 360 | 94 | 660 | 1013 | 54 |
| ГБАО | 28 | 37 | 32 | 39 | 162 | *315 |
| По стране | 1595 | 2338 | 47 | 2538 | 4416 | 74 |

Источник: МЗСЗН, 2014б.

Примечание: Представленное число семейных медсестер необязательно отражает число медсестер, прошедших переподготовку по семейной медицине.

* Те районы, где активно работали партнеры по развитию по повышению числа и охвата подготовкой семейных медсестер.

- **Формирование процесса улучшения показателей деятельности.** Налажен процесс внутреннего и внешнего мониторинга и оценки деятельности ПМСП. Сюда входят внедрение карточек мониторинга и проведения специализированного обучения на рабочем месте. Были апробированы и задокументированы новые механизмы финансирования по результатам, которые хорошо себя зарекомендовали и позволили создать финансовые стимулы для улучшения качества услуг на уровне ПМСП.

Обновление учебной программы до- и постдипломного образования, а также инвестирование в инфраструктуру и ресурсы семейной медицины осуществляется наряду с усовершенствованием системы предоставления услуг. При поддержке партнеров по развитию была улучшена инфраструктура и технологии для семейной медицины, а также проведено обучение специалистов на до- и постдипломном уровне, чтобы подготовить будущий кадро-

вый состав семейной медицины. Разрабатываются также и реформы финансирования здравоохранения. В октябре 2015 г. межведомственным приказом было утверждено внедрение системы подушевого финансирования. Это потенциально даст возможность привлечь дополнительные ресурсы на уровень ПМСП, особенно для семейной медицины.

Новые участники и функции на национальном уровне, а также достижения в развитии политики закрепили значительные успехи в области укрепления организационного потенциала системы здравоохранения. Деятельность по формированию групп семейных врачей предполагала разработку и утверждение нормативно-правовой базы по семейной медицине, включая большое число различных правил и положений, утверждающих организационную структуру учреждений первичной медико-санитарной помощи, а также внедрение специалистов по семейной медицине. При этом в системе здравоохранения появились новые участники семейной медицины на макроуровне, включая Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины – орган, ответственный за реализацию политики в области семейной медицины. Кроме того, есть новые участники, которые работают на разных уровнях медико-санитарной помощи, включая Службу государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения (хадамот) и Центр доказательной медицины (ЦДМ). Такой институциональный потенциал позволил создать критическую массу технических ресурсов по всей стране для предоставления медико-санитарных услуг.

2. Что можно улучшить?

Изменение потребностей населения в вопросах здоровья и усиление неравенства требуют комплексного, лично-ориентированного подхода к медицинскому обслуживанию. В контексте последних тенденций здравоохранения, где профилактика заболеваний серьезно смещается в сторону формирования здорового образа жизни и соблюдения режима лечения, деятельность по информированию населения, повышению грамотности населения в вопросах здоровья и формализация политики для вовлечения пациентов имеют решающее значение. Важным и необходимым для этого процессом является создание системы учета пациентов.

Недостатки в стандартизации услуг и организации медико-санитарной помощи по всем уровням системы медицинского обслуживания снижают возможность повышения эффективности. Несмотря на достижения в процессе разработки КРП, отсутствие индикаторов осложняет процесс мониторинга и оценки. Кроме того, недостаточная координация между врачами первичного звена и узкими специалистами ограничивает поток пациентов в точках перехода пациента с одного уровня на другой и направления к ПМСП.

Проблемы, связанные с масштабированием и внедрением системных реформ здравоохранения по различным направлениям, включая реформы финансирования и ресурсного обеспечения. Упорядочение процессов, включая регистрацию поставщиков, разработку учебных программ, лицензирование и систему непрерывного медицинского образования, является ключевым фактором преобразования системы здравоохранения, необходимым для создания кадрового потенциала семейной медицины, чтобы обеспечить улучшение результатов работы системы. Сюда также входит максимальное улучшение результатов реформы финансирования, устанавливающей подушевое финансирование привязанное к демографическим факторам и систематизированным финансовым стимулам.

Гармонизация институциональных механизмов, функций и обязанностей по предоставлению услуг здравоохранения по всем уровням системы здравоохранения. В свете появления ряда новых участников и объемов деятельности в настоящее время имеется возможность улучшения взаимодействия между ними и оптимизации их функций и обязанностей для усиления согласованности в действиях. Такая гармонизация является жизненно важной для устранения разрыва между политикой и практикой. Кроме того, инвестиции в развитие институционального потенциала системы здравоохранения будут иметь большое значение для расширения деятельности и обеспечения устойчивости пилотных проектов со временем.

3. Какие основные факторы следует учесть в дальнейшем развитии системы предоставления медико-санитарных услуг?

Показатели здоровья населения: определение потребностей, расширение возможностей сообществ и вовлечение пациентов

- Определение медицинских потребностей и известных факторов риска, несущих угрозу здоровью населения.
- Планирование методов расширения возможностей сообществ (например, путем повышения грамотности населения в вопросах здоровья).
- Нормативное закрепление политики для вовлечения пациентов как активных партнеров в вопросы своего здоровья.

Предоставление услуг: выбор услуг, стандартизация медико-санитарной помощи, организация работы поставщиков и инвестирование в процессы управления и улучшения качества

- Выбор базового пакета услуг, гарантированного государством.
- Усиление стандартизации услуг на основе использования доказательных КРП.
- Организация работы семейной медицины с другими поставщиками и уровнями медико-санитарной помощи.
- Инвестирование в управление учреждениями.
- Систематизация процессов улучшения качества.

Гармонизация факторов, создающих необходимые условия для работы системы здравоохранения: финансирования, кадрового состава, ЛС и технологий

- Внедрение подушевого финансирования для ПМСП и приведение в соответствие системы финансирования по результатам.
- Усиление кадрового состава, включая регистрацию, клинические компетенции, условия работы, лицензирование и непрерывное медицинское образование.
- Усовершенствование практики закупки ЛС по СОЛС, внедряя систему фармакологического надзора и качества ЛС, улучшая меры по рациональному использованию ЛС и выравниванию основных ресурсов по учреждениям.

Политика: усиление структур подотчетности и нормативно-правовой базы

- Уточнение институциональных механизмов, функций и обязанностей.
- Разработка модели управления на субнациональном уровне.
- Научная обоснованность политики

Усиление практики семейной медицины является в конечном счете развивающимся процессом, выходящим за рамки сроков конкретных программ, который совершенствуется параллельно другим реформам системы здравоохранения. Следовательно, завершение Программы по семейной медицине на 2011–2015 гг. является одной лишь вехой в общем развитии ПМСП на основе практики семейной медицины в Таджикистане. Представленные здесь результаты в итоге будут использованы для дальнейшего развития системы предоставления медико-санитарных услуг в направлении реализации концепции развития ПМСП и достижения наибольшего потенциала здравоохранения Таджикистана.

Краткая информация

Определение контекста: обзор Программы по развитию семейной медицины

В Таджикистане создание правовой основы для семейной медицины началось в первые годы независимости. Сюда относится приказ МЗ № 236 от 1998 г. о поэтапном переходе организации медико-санитарных услуг к принципам общей медицинской практики на период 1998–2000 годов, за которым последовал ряд других регламентирующих документов, в том числе в 2002 г., по созданию должностей специалистов семейной медицины в соответствии с приказом № 94, и новая организационная структура учреждений ПМСП в соответствии с приказом № 525.

В течение нескольких лет приоритет ПМСП не исключался. Нынешней «Национальной стратегией здоровья населения Республики Таджикистан на 2010–2020 гг.» было выделено развитие ПМСП на основе практики семейной медицины среди главных приоритетов реформы здравоохранения в Таджикистане в этот период. В тот же год вступил в действие закон о семейной медицине, определяющий регулятивные функции в этой области, а также компетенции, права и обязанности специалистов семейной медицины (приказ № 676 от 29 декабря 2010 г.). В соответствии с законом, ПМСП была определена в качестве «первой точки контакта здоровых и больных граждан с системой здравоохранения, она выступает в роли основной междисциплинарной структуры (оказывающей услуги по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и реабилитации больных), обеспечивая непрерывность предоставляемой медико-санитарной помощи». Принятие данного закона привело к развитию и утверждению в дальнейшем Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане на 2011–2015 гг.

Национальная программа по развитию семейной медицины на 2011–2015 гг.

Национальная программа по развитию семейной медицины (здесь и далее именуемая как программа семейной медицины) была учреждена с целью обеспечения устойчивого развития первичной медико-санитарной помощи согласно принципам семейной медицины, содействия доступности услуг для населения, развития здорового образа жизни, широкого использования диагностики и лечения больных на уровне ПМСП, повышения уровня и качества кадровых ресурсов, управления учреждениями ПМСП и инвестирования и расходов на ресурсы ПМСП согласно международным стандартам.

В соответствии с этими целями программа семейной медицины определила шесть приоритетных направлений¹:

- правовая и организационная база для семейной медицины;
- система образования (обучение, периодическая аттестация, непрерывное образование) для специалистов по семейной медицине;
- информационная система и программное управление;
- регламентирующие механизмы для обеспечения качества медико-санитарной помощи;
- улучшение показателей здоровья населения в отношении инфекционных, неинфекционных заболеваний и детерминант здоровья;
- инновации в науке и технологиях в области семейной медицины.

¹ Полный обзор Программы по развитию семейной медицины см. в Приложении 1.

Реализация Программы по семейной медицине

Внедрение Программы по семейной медицине потребовало от МЗСЗН действий при серьезной поддержке других министерств и республиканских центров, НПО, профессиональных ассоциаций и Партнеров по развитию. Программой были определены различные ответственные организации за реализацию приоритетных направлений и их соответствующие задачи. С участием вышеупомянутых заинтересованных сторон был учрежден Межсекторальный координационный комитет, руководство работой которого осуществлялось МЗСЗН.

Достижения в области семейной медицины, сделанные до этого момента, отмечались в совместных страновых ежегодных обзорах (СЕО) и отчете о промежуточной оценке в 2013 г. В этих отчетах описываются существенные достижения, полученные по приоритетным направлениям, включая подготовку медперсонала, пересмотр клинических протоколов, инвестиции, которые требуются для пополнения необходимых ресурсов, и повышение качества медицинской помощи через аккредитацию учреждений. Несомненно, прогресс привел к непрерывному укреплению потенциала семейной медицины, улучшениям в доказательной практике и большей доступности ресурсов.

Инструмент ВОЗ по оценке ПМСП (РСЕТ) впервые был применен в 2010 г. и впоследствии реализован в несколько этапов, с заключительной оценкой в 2014 г. (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014). Инструмент оценивал ПМСП с акцентом на доступность, преемственность медицинской помощи, скоординированность и комплексность услуг. Результаты дали возможность по новому взглянуть на перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения и использовались для продолжения развития системы предоставления медико-санитарных услуг поставки услуг.

Несмотря на усиленный анализ и достигнутый прогресс, остаются возможности для улучшения темпа и масштабов инициатив, более точного определения связи между проблемами, существующими в системе предоставления медико-санитарных услуг, и показателями здоровья населения, а также для принятия системной перспективы с целью обеспечения устойчивости и согласованности с другими приоритетными программами. Были отмечены сложности по ряду тем, в том числе, например, в отношении объема и содержания работы семейных врачей, распределении обученных семейных врачей по стране, организации обязанностей и полномочий и растущей тенденции возникновения разрозненных или тематических мероприятий для операционных целей, что может отрицательно сказаться на концепции развития ПМСП.

Обновление приоритетов семейной медицины на период после 2015 г.

Поскольку Программа по семейной медицине подходит к концу своей реализации, появляется возможность обзора достижений по всем приоритетным направлениям, а также планирования следующих шагов в области семейной медицины в Таджикистане. Министерством здравоохранения и социальной защиты населения был направлен запрос к Европейскому региональному бюро ВОЗ с просьбой о проведении анализа всего диапазона опыта, доступного на данный момент по реализации Программы семейной медицины и составлении заключительного отчета. Этот процесс анализа направлен на выявление ключевых уроков, возможных вариантов политики и приоритетных задач как возможных направлений дальнейших действий.

Данный обзор направлен на выявление достижений и возможностей усовершенствования деятельности, а также на возможные приоритетные направления работы в развитии системы предоставления медико-санитарных услуг в Таджикистане. Процесс обзора также направлен на приведение программы в соответствие с глобальной и региональными стратегиями ВОЗ по здравоохранению, на поддержание темпов развития приоритетов по укреплению систем

здравоохранения с целью достижения максимальных результатов по улучшению здоровья и благополучия населения. В частности, данный обзор направлен на применение принципов создания комплексной системы здравоохранения, ориентированной на нужды и потребности людей, в соответствии с предстоящей Глобальной рамочной основой для действий ВОЗ для организации интегрированных услуг, ориентированных на нужды и потребности людей (ВОЗ, 2015b) и Региональной рамочной основой для действий для организации интегрированного предоставления услуг Европейского регионального бюро ВОЗ.

Структура семейной медицины в Таджикистане

В Таджикистане, медико-санитарные услуги предоставляются на четырех уровнях, включая: сельский, районный и городской, областной (региональный) и республиканский (национальный) (Акказиева и др., 2015). В селах услуги ПМСП предоставляются сельскими центрами здоровья с семейным врачом либо домами здоровья с фельдшером, медсестрой и акушеркой. На районном и городском уровне центры здоровья имеют семейных врачей и узких специалистов, которые предоставляют амбулаторные услуги; структура районных/городских центров здоровья может отличаться между районами одной области – семейные врачи и узкие специалисты могут работать как в разных зданиях, так и в одном помещении. Стационарные услуги предоставляются сельскими больницами, центральными городскими/районными, областными и республиканскими больницами (на третичном уровне).

Семейная медицина является важным компонентом ПМСП, причем Программа семейной медицины направлена на расширение и укрепление роли семейной медицины в качестве первого контакта пациента с системой, которую Программа по семейной медицине стремится усовершенствовать. Виды медико-санитарной помощи, кадровый состав и учреждения, в которых предоставляются услуги по семейной медицине, описаны в Таблице 3. Сюда не вошли узкие специалисты и другой медперсонал среднего звена, работающий на уровне ПМСП и, возможно, в тех же центрах, что и специалисты по семейной медицине на уровне района/города. Узкие специалисты, работающие на уровне ПМСП предоставляют услуги, в области пульмонологии, эндокринологии, кардиологии, стоматологии, скорой медицинской помощи и диагностики (см. Приложение 2).

Основные стороны, участвующие в системе предоставления ПМСП в Таджикистане, можно разделить по трем уровням: национальный, областной и местный (Таблица 4). К национальному уровню относятся прежде всего организации, занимающиеся выработкой политики, Правительство и Республиканские центры; ими определяются общие направления и механизмы предоставления медико-санитарных услуг. Этот уровень также включает в себя учебные и образовательные центры для подготовки медицинских кадров. На региональном уровне работают областные управления здравоохранения, которые координируют предоставление услуг подведомственными им медицинскими учреждениями. До 2012 г. районные управления здравоохранения выполняли те же функции на уровне района и города и подчинялись соответствующим областным управлениям здравоохранения, однако эта структура была упразднена постановлением Правительства в конце 2012 г., и перешла под руководство местных органов управления, известных как хукуматы.

Таблица 3. Услуги, поставщики и виды учреждений ПМСП и семейной медицины в Таджикистане

| Виды медико-санитарной помощи | Кадры | Учреждения |
|---|--|------------------------------------|
| ПМСП | | |
| Пульмонология | Менеджеры учреждений здравоохранения | Сельские центры здоровья |
| Эндокринология | Семейные врачи | Дома здоровья |
| Кардиология | Семейные медсестры | Районные/городские центры здоровья |
| Стоматология | Узкие специалисты | |
| Скорая помощь | Другой средний медперсонал (акушерки, фельдшеры, медицинские сестры) | |
| Диагностика | | |
| Семейная медицина | | |
| Семейная медицина | | |
| Инфекционные болезни и паразитология | Менеджеры учреждений здравоохранения | Сельские центры здоровья |
| Онкологические заболевания | Семейные врачи | Дома здоровья |
| Гематологические заболевания | Семейные медсестры | Районные/городские центры здоровья |
| Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ | | |
| Психические и поведенческие расстройства | | |
| Неврологические заболевания | | |
| Оториноларингологические заболевания | | |
| Глазные болезни | | |
| Сердечно-сосудистые заболевания | | |
| Респираторные заболевания | | |
| Гастроэнтерологические заболевания | | |
| Дерматологические заболевания и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) | | |
| Заболевания опорно-двигательного аппарата | | |
| Акушерские и гинекологические заболевания | | |
| Травмы, отравления и ожоги | | |

Таблица 4. Основные организации, регулирующие деятельность ПМСП на разных уровнях системы здравоохранения

| | |
|---|---|
| Национальный уровень Политика | Правительство Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Министерство финансов Министерство образования и науки Другие министерства Республиканские центры Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения Республиканский центр медицинской аккредитации Республиканский центр по формированию здорового образа жизни Таджикский НИИ профилактической медицины Республиканский учебно-клинический центр сестринского дела Другие республиканские центры Наука и образование Центр доказательной медицины (ЦДМ) Таджикский государственный медицинский университет (ТГМУ) Институт последипломного образования в сфере здравоохранения (ИПДОЗ) Республиканский медицинский колледж |
| Областной уровень Администрация | Управление здравоохранения ГБАО Управление здравоохранения г. Душанбе Управление здравоохранения Хатлонской области Управление здравоохранения Согдийской области Управление здравоохранения РРП |
| Районный уровень Предоставление услуг | Хукуматы (местные органы управления здравоохранением) Сельские центры здоровья (семейные врачи) Дома здоровья (фельдшеры/медсестры/акушерки) Районные/городские дома здоровья |

Источник: Khodjamurodov and Rechel, 2010.

Об этом документе

Процесс обзора и источники данных

Для сбора и анализа источников данных был применен подход, опирающийся на различные методы. Сюда входят: анализ имеющейся литературы, анализ медицинской статистики, двусторонние обсуждения с ключевыми информаторами и показательные примеры документирования определенной деятельности по проектам.

1. Анализ приказов, документов и иной отчетности

Был проведен обзор литературы на английском, таджикском и русском языках за последние пять лет, связанной с предоставлением медицинских услуг в целом и реализацией мероприятий по программе семейной медицины в частности. Рассмотренные документы включают различные положения, законодательство, политику, планы действий и «серую литературу». В процессе сбора отчетов использовался поиск литературы в Интернете и обзоры библиографических списков. Большинство документов были определены путем конкретных запросов известных авторов и участников. Общим мнением было обеспечить доступность соответствующих ресурсов для всех участников.

2. Медицинская статистика

Данные медицинской статистики, предоставленные со стороны МЗСЗН по областям и районам в динамике по времени, были рассмотрены и представлены по приоритетным направлениям. Были рассмотрены индикаторы по первоначально обозначенным целям и мероприятиям Программы семейной медицины (см. Приложение). Дополнительно использовались статистические данные Европейского регионального бюро ВОЗ по базе данных «Здоровье для всех».

3. Двусторонние обсуждения и выезды на места

На различных стадиях процесса обзора проводились двусторонние обсуждения. Эти встречи дали возможность ознакомиться с личным опытом ключевых заинтересованных сторон по разным уровням системы здравоохранения, в том числе политиков, представителей республиканских центров, менеджеров здравоохранения, медицинских работников и партнеров по развитию.

4. Показательные примеры

Партнерам по развитию, работающим в области здравоохранения и развития, было предложено показать примеры проектов или пилотных программ, осуществляемых в соответствии с концепцией развития ПМСП на основе семейной медицины в Таджикистане. В отчет включены описания этих мероприятий, чтобы подчеркнуть инновационную деятельность, достижения и уроки, извлеченные из этого процесса.

Структура обзора

Структура обзора состоит из шести приоритетных направлений, определенных в Программе семейной медицины на 2011–2015 гг. (Приложение 1). По каждому приоритету собраны доказательные данные, позволяющие отследить степень выполнения заявленных целей и индикаторов (по возможности). Приоритеты были рассмотрены в разрезе сделанных достижений, возможностей, дальнейшей перспективы, а также сделаны рекомендации в отношении следующих шагов (Таблица 5).

Таблица 5. Структура обзора Программы семейной медицины

| Приоритетное направление | Достижения (раздел первый) | Возможности (раздел второй) | Дальнейшие шаги (раздел третий) |
|---|--|-----------------------------|--|
| 1. Нормативно-правовая база и организационная структура | Каковы на сегодняшний день основные достижения | Что можно улучшить? | Какие основные факторы следует учесть в дальнейшем |
| 2. Система образования | в развитии | | развитии системы |
| 3. Система качества | семейной | | предоставления |
| 4. Инвестирование в управленческий потенциал | медицины? | | медико-санитарных услуг? |
| 5. Показатели здоровья населения | | | |
| 6. Инновации | | | |

Раздел первый: достижения

Приоритет первый: нормативно-правовая база и организационная структура семейной медицины

Усовершенствование нормативно-правовой базы, инфраструктуры, а также организационно-методической базы с целью ускорения реформирования ПМСП и развития семейной медицины.

Цель 1.1. Разработка рабочих стандартов для специалистов семейной медицины и узких специалистов, работающих на уровне ПМСП

В Таджикистане разработана надежная нормативно-правовая база для развития и усиления семейной медицины по всей стране. Сюда входит введение модели регулирования управления в центрах ПМСП в районах и городах (приказ № 319 от 14 апреля 2015 г.), утвержденный порядок по разработке клинических протоколов, проект приказа по нагрузке на медицинских работников, включая врачей ПМСП и узких специалистов, и недавно принятая нормативно-правовая база для внедрения новых механизмов финансирования ПМСП, включая подушевое финансирование и финансирование по результатам (Таблица 6).

Таблица 6. Документы, определяющие нормативно-правовую базу и организационную структуру семейной медицины

| Название | Номер приказа | Число |
|---|---------------|--------------------|
| Рабочая нагрузка на семейных врачей и узких специалистов | 584 | 31 октября 2005 г. |
| Создание постоянных групп экспертов для разработки клинических протоколов | 667 | 18 ноября 2013 г. |
| Утверждение 85 клинических протоколов для ПМСП | 574 | 25 июня 2014 г. |
| Порядок управления учреждениями ПМСП на районном и городском уровнях | 319 | 14 апреля 2015 г. |
| Пересмотр и утверждение клинических протоколов для ПМСП | 50 | 1 июня 2015 г. |

Нормативы рабочей нагрузки на семейных врачей и узких специалистов ПМСП были впервые разработаны в 2005 г. и утверждены приказом № 584 от 31 октября 2005 г., где нагрузкой считается стандартное количество пациентов на одного врача. Согласно этому документу, один семейный врач должен обслуживать 1200–1500 человек (детей или взрослых) за одну базовую ставку оплаты труда (Отдел анализа политики здравоохранения, 2013). Данным приказом также определяются основные функции медицинских учреждений и персонала, нормы укомплектования кадрами и перечень необходимого оборудования.

В контексте Программы семейной медицины и более комплексного «Проекта по реформированию государственного сектора» в начале 2013 г. МЗ было инициировано проведение оценки с целью выявления основных пробелов кадровой обеспеченности системы здравоохранения. Данное исследование, которое было завершено в конце 2014 г., стало отправной точкой для пересмотра рабочей нагрузки медработников.

Все внесенные изменения описаны в документе «Стандарты кадровой комплектации специалистами семейной медицины и узкими специалистами, работающими на уровне ПМСП», который был направлен в письме к министерству 14 ноября 2014 г., приказ № 1-4/5128-4295. Данный документ находится в процессе согласования с соответствующими министерствами и ведомствами.

Цель 1.2. Определение льгот для специалистов по семейной медицине при пересмотре законодательства об охране здоровья населения

Министерством здравоохранения был разработан ряд стратегических документов, предусматривающих финансовые и нефинансовые льготы для семейных врачей.

Финансовые льготы. Зарплата семейных врачей в настоящий момент на 10% выше, чем у других специалистов, работающих в больницах, причем средняя заработная плата семейных врачей постепенно повышалась – от 58 сомони в 2007 г. до 122 сомони в 2008-м и 513 сомони в 2012-м (МЗ, 2013).

С 2013 г. в Таджикистане тестируются новые механизмы финансирования ПМСП по результатам для улучшения охвата и качества услуг ПМСП, особенно в области охраны здоровья матери и ребенка. Кроме того, в 2013 г. было начато пилотное внедрение механизмов подушевого финансирования в некоторых учреждениях ПМСП для повышения качества услуг, предоставляемых в области семейной медицины. В 2015 г. приказом Министерства было начато внедрение подушевого финансирования на территории всей страны.

Нефинансовые льготы. Другие льготы, которые предоставлялись на разовой основе в некоторых областях и районах, включают выделение со стороны местных хукуматов земельных участков и долгосрочных льготных кредитов семейным врачам и другим медицинским работникам, желающим переехать в сельскую местность в районы по согласованию с Минздравом. Например, в 2015 г. три специалиста получили земельные участки со стороны органов местной администрации Согдийской области, а местная администрация Хатлонской области выделила земельные участки 49 семейным врачам, кроме того, девяти семейным врачам Хатлонской области были выданы долгосрочные льготные кредиты.

Кроме того, МЗСЗН и Таджикский государственный медицинский университет совместно разработали положение, обязывающее новых выпускников по специальности «семейная медицина» отработать в сельской местности в течение трех лет до получения диплома (Отдел анализа политики здравоохранения, 2013).

Цель 1.3. Разработка лечебно-диагностических стандартов

С целью снижения фрагментации и дублирования, а также улучшения качества методологии разработки клинических руководств и протоколов (КРП) в 2013 г. был пересмотрен и усилен процесс разработки КРП, который первоначально был определен в 2002 г. Этот пересмотр был проведен в начале этого года по итогам двух исследований в рамках которых предполагалось задокументировать процесс и пробелы в разработке лечебно-диагностических стандартов, а также использование стандартов в подготовке специалистов и повседневной клинической практике. Результаты этих обзоров подтвердили наличие ограничений в разработке протоколов в соответствии с утвержденными стандартами, исходя из наилучших имеющихся научных данных.

В конце 2013 г. была создана постоянная группа экспертов при МЗ, роль которой заключается в координации разработки и утверждения КРП (приказ № 667 от 18 ноября 2013 г.). Группа также отвечает за оценку КРП на соответствие международным стандартам. Постоян-

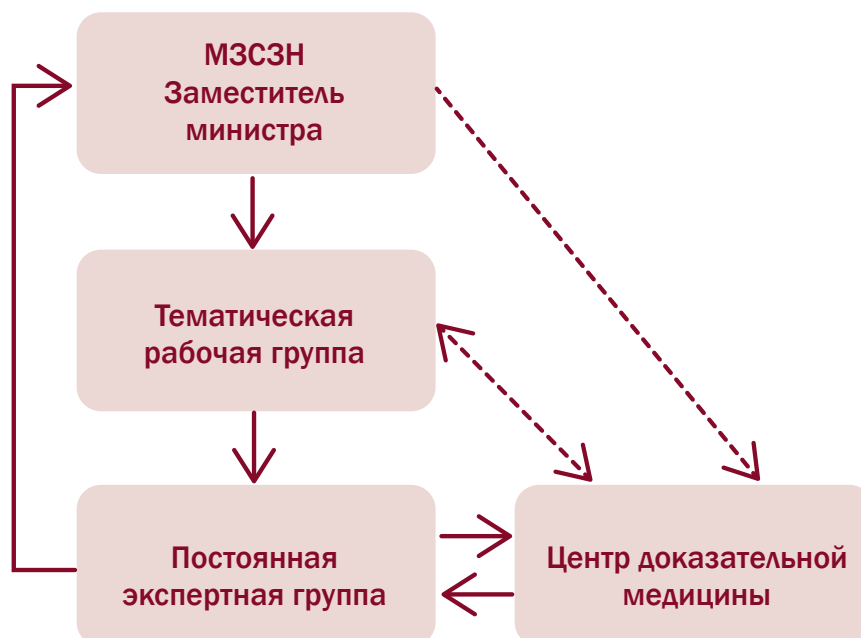
ная группа экспертов состоит из шести специалистов (ведущих независимых специалистов МЗСЗН по приоритетным заболеваниям и директора ЦДМ) с переходящим постом председателя, подчиняющегося одному из заместителей министра.

В соответствии с внесенными изменениями можно описать процесс разработки КРП, как это представлено на Диаграмме 4, с ключевыми субъектами и их функциями, описанными в Таблице 7. МЗСЗН инициирует разработку КРП по конкретным заболеваниям в рамках приоритетного направления по улучшению здоровья населения. Соответствующие медицинские учреждения и центры совместно с местными и международными экспертами формируют тематическую рабочую группу, чтобы затем разработать КРП в рамках указанного направления. После разработки, КРП направляются на рассмотрение и утверждение постоянной группе экспертов, которая завершает их разработку при поддержке ЦДМ. Тем не менее МЗСЗН следует сначала сделать официальный запрос в ЦДМ – дать оценку качества КРП, составленного на основе методологии, определенной в инструменте AGREE².

Процесс оценки, проводимый ЦДМ, осуществляется, как правило, в тесном сотрудничестве с тематической рабочей группой, что необходимо для уточнения вопросов и рассмотрения комментариев. На этом этапе процесса ЦДМ совместно с тематической рабочей группой приводит КРП к своему окончательному виду и затем возвращает его группе экспертов для оформления в соответствии со стандартной оценочной формой. После этого принятия решения экспертной группой, все документы направляются в МЗСЗН для окончательного утверждения.

Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины отвечает за внедрение КРП, а Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения (хадамот) выполняет инспекторскую функцию, осуществляя мониторинг и оценку их применения в повседневной клинической практике (см. Цель 1.4).

Диаграмма 4. Процесс разработки и утверждения КРП



² Инструмент оценки качества клинических рекомендаций (AGREE). Инструмент оценивает процесс разработки клинических руководств и качество представления клинических рекомендаций.

Таблица 7. Основные участники процесса разработки КРП

| Участвующие стороны | Обязанности |
|--|--|
| МЗСЗН | Иницирует разработку КРП; посылает официальный запрос на проведение оценки в ЦДМ; дает окончательное утверждение КРП |
| Тематическая рабочая группа | Разрабатывает новые КРП; пересматривает старые КРП для обеспечения соответствия международным стандартам и наилучшим научным данным |
| Постоянная группа экспертов при МЗСЗН | Дает оценку всех имеющихся КРП совместно с ЦДМ; дает рекомендации МЗСЗН перед принятием окончательного решения |
| ЦДМ | Оценивает качество методологии КРП на основе инструмента AGREE; дает рекомендации тематическим рабочим группам; представители Центра могут также участвовать в работе тематических рабочих групп; Центр осуществляет обучение тематической группы в ходе процесса оценки. Директор ЦДМ является членом постоянной группы экспертов |
| Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины | Член тематических рабочих групп, занимающихся разработкой КРП для ПМСП |
| Партнеры по развитию | Периодически принимают участие в работе тематических рабочих групп по своему направлению |

К 2014 г. по 85 видам заболеваний были разработаны стандарты диагностики и лечения на уровне семейной медицины (Вставка 1), из них 36 были разработаны до 2010 г.; (см, полный список КРП для ПМСП в Приложении). Стандарты были опубликованы и тиражированы РУКЦСМ в сборнике, утвержденном приказом МЗСЗН № 574 от 25 июня 2014 г. В начале следующего года (в январе 2015-го), 12 000 клинических руководств было распространено среди специалистов семейной медицины в соответствии с приказом МЗСЗН № 574 от 25 июля 2014 г.

Вставка 1. Темы КРП по семейной медицине

- Инфекционные болезни и паразитология
- Онкологические заболевания
- Гематологических заболевания
- Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ
- Психические и поведенческие расстройств
- Заболевания нервной системы
- Оториноларингологические заболевания
- Глазные болезни
- Сердечно-сосудистые заболевания
- Респираторные заболевания
- Гастроэнтерологические заболевания
- Дерматологические заболевания и ИППП
- Заболевания опорно-двигательного аппарата
- Акушерские и гинекологические заболевания
- Травмы, отравления и ожоги

Цель 1.4. Постоянное практическое применение КРП для диагностики и лечения

Процесс внедрения КРП в клиническую практику, а также мониторинга и оценки их использования в семейной медицине налажен и работает течение последних пяти лет, МЗСЗН работает над укреплением этих процессов. РУКЦСМ и Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения (хадамот), являются ключевыми участниками в процессе реализации, мониторинга и оценки КРП (Таблица 8). Кроме того, в стране работает Служба государственного надзора за фармацевтической деятельностью, которая также инспектирует работу ПМСП, оценивая, соответствует ли практика назначения ЛС рекомендациям КРП. Эти государственные органы могут проводить проверки в учреждениях ПМСП совместно или по отдельности. Проверки всех медицинских учреждений могут осуществлять проверку один раз в два года или в ответ на любые непредвиденные события (см. Приоритет 3).

Внедрение и распространение КРП. РУКЦСМ МЗСЗН отвечает за распространение клинических протоколов, в том числе за доставку распечатанных руководств и координацию обучения для тренеров (ТОТ) по применению КРП для медработников на национальном, областном уровнях и на уровне ПМСП. Кроме того, некоторые члены из тематических рабочих групп также принимают участие в ТОТ, поскольку они непосредственно вовлечены в разработку КРП. В 2015 г. 12 000 клинических протоколов и руководств было передано в печатном и электронном вариантах семейным врачам по всей стране на основании приказа МЗСЗН (приказ № 574).

Фаза мониторинга и оценки. Роль мониторинга и оценки внедрения КРП в повседневную практику была возложена на Службу государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения. В ходе реализации Программы семейной медицины были сделаны усилия по постепенному укреплению процесса мониторинга и оценки. До 2015 г. Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения в сотрудничестве с РУКЦСМ и Центром семейной медицины г. Душанбе разработали карты/формы мониторинга на основе КРП по 36 заболеваниям. Они должны были использоваться в ходе мониторинговых визитов Службы государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения и Центра семейной медицины. С 2015 г. на основе КРП было определено 10 приоритетных заболеваний и по одному индикатору для каждого заболевания (см Приоритет 3, цель 3.1). В 2015 г. была проведена оценка в 87% учреждений ПМСП на городском и районном уровнях, из которых 78% работали в соответствии с КРП.

Таблица 8. Основные участники процесса внедрения и оценки КРП

| Участвующие стороны | Обязанности |
|---|--|
| МЗСЗН | Издание приказов Министерства здравоохранения и социальной защиты населения для внедрения руководств, включая распространение КРП |
| ЦДМ | Периодическое участие в ТОТ по внедрению КРП |
| Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины | Руководство процессом ТОТ для применения и внедрения КРП, контроль за процессом распечатки и распространения КРП; мониторинг внедрения КРП в клиническую практику; участие в группе по мониторингу и оценке (сформированную Государственной службой по надзору за медицинской деятельностью), по оценке внедрения КРП в практику учреждений ПМСП |
| Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения | С 2008 г. является органом, ответственным за мониторинг и оценку внедрения КРП в клиническую практику учреждений ПМСП; занимается разработкой форм для мониторинга, используемых в ходе посещения учреждений совместно с Центром семейной медицины |
| Партнеры по развитию | Периодически предоставляют финансирование для распространения КРП, по запросу МЗСЗН |

Приоритет второй: система образования

Развитие профессиональной подготовки, системы общего образования специалистов, переподготовки и непрерывного медицинского образования в области семейной медицины.

Цель 2.1. Усовершенствование учебной программы до- и постдипломного образования в области семейной медицины

В настоящий момент додипломное медицинское образование в Таджикском государственном медицинском университете (ТГМУ) находится в процессе реформирования, направленном на увеличения часов клинической практики. Пересматривается учебный план шестилетней программы додипломного образования ТГМУ, куда интегрируются новые учебные цели и модули (Таблица 9). На сегодняшний день была скорректирована пятилетняя учебная программа, в рамках которой количество часов теоретической подготовки было существенно снижено, с большим акцентом на развитие компетенций через практическую подготовку.

По приоритетным проблемам (например, таким как респираторные заболевания, ишемическая болезнь сердца, экстренная медицинская помощь, организация паллиативной помощи семейными медсестрами) для семейных врачей и сестринского персонала разрабатываются и утверждаются учебные программы. Институт последипломного образования в сфере здравоохранения (ИПДОЗ) поддерживает разработку учебных программ, тренингов и ТОТ для сестринской практики (Таблица 10). На базе ИПДОЗ был также создан факультет по сестринскому делу, который предоставляет базовую подготовку медсестер на базе трехлетней учебной программы, после чего медсестры могут пройти годичную специализацию по семейной медицине или другой специальности. Осуществляется подготовка сестринского персонала по четырехлетней учебной программе.

На экспериментальной основе была разработана и запущена Программа послевузовской специализации по семейной медицине (ППССМ). Программа пилотировалась впервые в 2013 г. для 20 ординаторов, затем в 2014-м на эту двухлетнюю программу клинической ординатуры были приняты 32 новых ординатора. Программа ППССМ полностью реализуется в амбулаторных учреждениях, в сельских центрах здоровья и поликлиниках. Программа позволяет молодым ординаторам сразу погрузиться в реальность практики семейной медицины. Местные врачи-руководители обучены курировать одного или двух ординаторов. Ординаторы работают в местных центрах семейной медицины четыре дня в неделю и дополнительно раз в неделю посещают занятия в ИПДОЗ.

В 2014 г. в ходе опроса ординаторов по семейной медицине 93% респондентов оценили условия обучения как хорошие или отличные (Menges, Касымова и van Twillert, 2015). В настоящее время ППССМ осуществляется в 12 различных местах. В отличие от существующей одногодичной постдипломной программой интернатуры, программа клинической ординатуры дает возможность ординаторам тесно взаимодействовать с пациентами под пристальным руководством их куратора для развития клинических компетенций в течении двух лет.

Таблица 9. Законодательство, регулирующее обучение кадрового состава семейной медицины

| Название | Номер приказа | Число |
|--|---------------|------------------|
| Правила приема выпускников ТГМУ на программу интернатуры, клинической ординатуры, магистратуры и трудоустройства | 246 | 28 мая 2012 г. |
| Порядок прохождения непрерывной подготовки специалистами семейной медицины | 549 | 8 ноября 2012 г. |

Таблица 10. Ключевые участники процесса подготовки кадрового состава семейной медицины

| Участвующие стороны | Обязанности |
|--|---|
| ТГМУ | 6-летнее додипломное медицинское образование. |
| ИПДОЗ | Одногодичная клиническая интернатура и двухгодичная клиническая ординатура, руководство процессом TOT для подготовки семейных врачей и медсестер |
| Центры клинического обучения | Проведение 6-месячных курсов по переподготовке врачей по специальности «семейная медицина», предлагаемых Республиканским центром по семейной медицине и ТИППМК, а также краткосрочные курсы и двухлетнюю подготовку клинических координаторов |
| Республиканский учебно-клинический центр сестринского дела | Разработка учебной программы по сестринскому делу, программы по TOT |
| Таджикский национальный университет | Готовится начать подготовку медработников со следующего года, через 2–3 года появится первая когорта врачей, которые получили здесь образование |

Цель 2.2. Разработка стратегии по развитию системы непрерывного медицинского образования (НМО) для специалистов семейной медицины

Процедуры непрерывной подготовки семейных врачей были утверждены приказом МЗ № 549 от 8 ноября 2012 г., что заложило основу для НМО. Тем не менее для внедрения системы НМО все еще требуются инвестиции. Был издан приказ в отношении деятельности по НМО, с целью реализации учебных курсов и кредит-часов в рамках краткосрочных учебных программ. Этот вопрос непрерывно обсуждается между МЗСЗН и партнерами по развитию с целью согласования и достижения поставленных целей.

Учебные программы в обоих учебных заведениях, работающих по НМО – ИПДОЗ и Республиканском учебно-клиническом центре семейной медицины, были согласованы. Эти программы направлены на объединение технических знаний с клинической практикой в местных поликлиниках в рамках официального обучения. В процессе гармонизации этой учебной программы, которая становится более ориентированной на ведение НИЗ на уровне семейной медицины, был выработан более стандартизированный подход на национальном уровне. Переподготовка тренеров и обучение местных наставников в районах помогла улучшить охват этой деятельностью, особенно в сельских и отдаленных районах.

Цель 2.3. Подготовка и переподготовка семейных врачей

Активное развитие кадрового потенциала семейной медицины отмечается на территории всей страны, причем число семейных врачей и медсестер значительно возросло в последние годы. В соответствии с данными МЗСЗН, в стране работало 2338 семейных врачей и 4416 семейных медсестер; 28,3 на 100 000 населения и 52,9 на 100 000 населения соответственно (МЗСЗН, 2014b). В том же году 48,1% от всего числа медработников было занято на уровне первичной медико-санитарной помощи (МЗСЗН, 2014b).

Динамика изменения числа семейных врачей и медсестер по времени на 100 000 человек представлена в Таблице 11, которая демонстрирует устойчивый рост за последние годы. Абсолютное число семейных врачей возросло в каждом регионе в период с 2010 по 2014 г. (Диаграмма 5), причем наибольший рост отмечается в Хатлонской области (93,5%), от 186 (2010) до 360 (2014), и в РРП (79,0%), от 252 (2010) до 451 (2014) (МЗСЗН, 2014b). Наибольшее число семейных врачей в абсолютном выражении работает в Согдийской области и г. Душанбе,

что соответствуют относительной численности населения в этих районах и, можно сказать, частично отражает интерес и деятельность региональных менеджеров здравоохранения, которые направлены на принятие модели семейной медицины (сравнение общего числа и доли медработников, задействованных в области семейной медицины ПМСП, в целом и в больницах представлено в Приложении 3). Переподготовка медсестер по семейной медицине активно реализуется в шести районах страны. За последние годы более 305 семейных медсестер прошли переподготовку, а также были подготовлены медсестры-тренеры. Уровень удержания сестринского персонала, прошедшего переподготовку в этих районах, остается высоким – на уровне 96%.

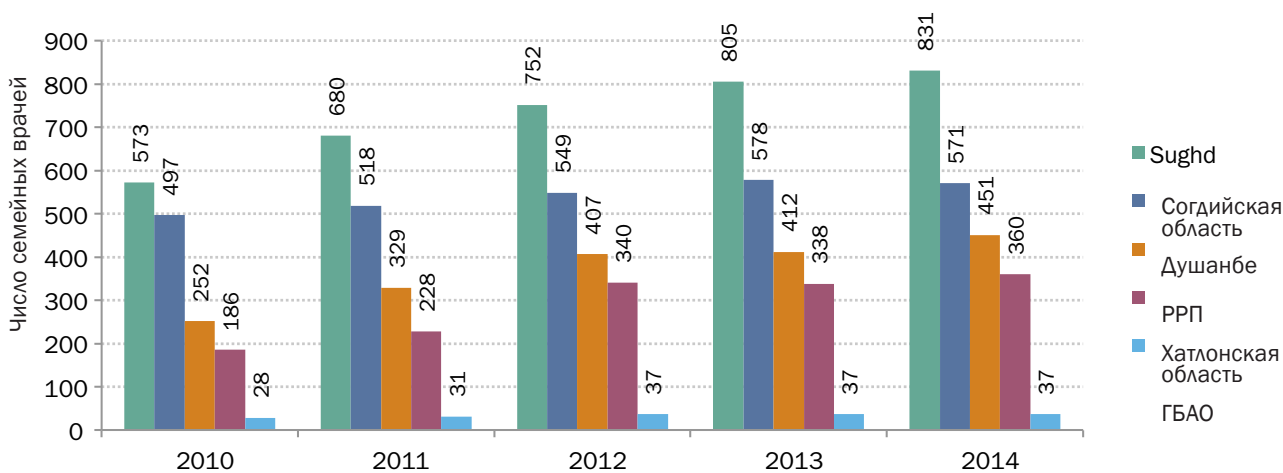
Развитие кадрового потенциала семейной медицины было начато в 2001 г. с введения шестимесячной программы переподготовки семейных врачей. В 2015 г. РУКЦСМ, областными центрами и межрайонными отделениями была проведена переподготовка 580 медицинских работников (171 врач, 409 медсестер) по семейной медицине, причем 274 специалиста (23 врача и 251 медсестра) проходят обучение в настоящее время. В 2014 г. ТГМУ выпустило 90 студентов по специальности «семейная медицина». В 2015 г., медицинскими колледжами по всей стране было выпущено 575 человек с общего лечебного факультета по специальности «семейная медицина».

Таблица 11. Динамика изменения доли семейных врачей и медсестер по времени, на 100 000 человек с 2010 по 2014 г.

| Область | 2010 | | 2011 | | 2012 | | 2013 | | 2014 | |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Врачей | Мед-сестер | Врачей | Мед-сестер | Врачей | Мед-сестер | Врачей | Мед-сестер | Врачей | Мед-сестер |
| Душанбе | 68,3 | 73,7 | 70,1 | 96,3 | 72,6 | 116,0 | 75,1 | 114,4 | 80,4 | 111,2 |
| РРП | 14,6 | 15,0 | 18,7 | 24,5 | 22,5 | 33,2 | 22,2 | 37,6 | 23,8 | 31,9 |
| Согдийская область | 25,5 | 45,4 | 29,9 | 48,6 | 33,7 | 61,8 | 33,9 | 66,8 | 34,2 | 72,1 |
| Хатлонская область | 6,9 | 24,6 | 8,4 | 27,1 | 12,1 | 34,0 | 11,8 | 34,3 | 12,3 | 34,5 |
| ГБАО | 13,6 | 19,0 | 15,0 | 31,0 | 17,7 | 56,0 | 17,5 | 51,2 | 17,4 | 76,0 |
| По всей стране | 11,0 | 17,5 | 23,9 | 40,0 | 27,4 | 50,7 | 27,8 | 53,0 | 28,3 | 52,9 |

Источник: МЗСЗН, 2014б.

Диаграмма 5. Число семейных врачей по областям, в абсолютных цифрах, с 2010 по 2014 г.



Источник: МЗСЗН, 2014б.

Цель 2.4. Ремонт и оснащение учебных заведений

Ресурсное обеспечение учебных заведений, включая создание Центра клинических навыков, было усилено. Центр клинических навыков, созданный на базе ТГМУ был оснащен портативными манекенами и необходимым оборудованием для обучения основным клиническим компетенциям на уровне додипломной подготовки. Карманный справочник для обучения клиническим навыкам был разработан и распространен среди профессорско-преподавательского состава. Консультантами Университета Калгари (Канада) было подготовлено несколько основных преподавателей, участвующих в обучении клиническим навыкам. Центр семейной медицины контролирует распространение клинических ресурсов по учреждениям ПМСП, таких как распечатку и распространение КРП (см. Приоритет 1).

Приоритет третий: система улучшения качества

Разработка и утверждение системы информационного сопровождения внедрения семейной медицины.

Цель 3.1. Мониторинг и оценка процесса внедрения семейной медицины и показателей работы семейных врачей

Налажены процессы мониторинга практики семейной медицины, координация которых осуществляется Республиканским учебно-клиническим центром семейной медицины (РУКЦСМ). Специалисты РУКЦСМ разработали форму для мониторинга и оценки клинической деятельности учреждений ПМСП. В 2014 г. этот мониторинг был осуществлен в Муминабадском, Ховалингском, Восейском районах и районе им. Мир Саида Али Хамадони в Хатлонской области, во всех районах РРП, городах Худжанде, Исфаре, Истаравшане, Канибадаме и Пенджикенте Согдийской области, а также во всех районах ГБАО. Целью данного процесса мониторинга является предоставление необходимой организационной и учебной помощи лечебным учреждениям.

Практическим подходом к решению проблем и проактивному поиску возможностей для улучшения клинических процессов стало создание экспертных групп (ЭГ) на уровне семейной медицины. При поддержке партнеров по развитию были созданы пилотные ЭГ, работа которых позволила набрать очень ценный опыт по улучшению качества в практике семейной медицины (Вставка 2). Этот добровольный механизм по улучшению показателей деятельности достиг на сегодняшний день широкого охвата семейных врачей и медсестер в районах, вовлеченных в проект. Целью работы ЭГ является предоставление возможности медработникам открыто делиться и обсуждать свой практический опыт без применения карательных мер. Группы существуют независимо от традиционных каналов НМО, мягко взаимодействуя с медработниками, больше применяя неформальный подход к непрерывному обучению и совершенствованию навыков. Опыт в одном из районов, где была организована работа ЭГ показывает, что можно разработать устойчивую систему экспертной оценки групп и местных конференций для непрерывного совершенствования клинической практики на уровне ПМСП (Loutan, 2014).

Вставка 2. Экспертные группы, работающие для достижения устойчивых положительных сдвигов в семейной медицине, ориентированных на решение проблем

Факторы изменений. В Таджикистане ограничения в государственных средствах, выделяемых на поддержку НМО с недостаточным вниманием, уделяемым непрерывному улучшению показателей деятельности, ослабили уверенность в качестве предоставляемых услуг здравоохранения. Кроме того, меры, которые были предприняты, такие как одно- или двухмесячные учебные курсы для медицинских работников, оказались слишком длительными и, как правило, с невысоким уровнем участия в них.

Цели. В 2007 г. была разработана и реализована новая модель непрерывного улучшения качества с введением экспертных групп (ЭГ). Эти группы используют в своей работе практический проблемно-ориентированный подход, оказывая содействие семейным врачам и медсестрам после прохождения ими шестимесячной программы переподготовки.

Деятельность. Работа ЭГ возглавляется подготовленными фасилитаторами, задача которых заключается в организации и ведении обсуждения по таким темам, как использование КРП, диагностика и лечение различных заболеваний, встречающихся в практике семейной медицины. Фасилитаторы также отвечают за оценку проведенных совещаний с ЭГ, на основе легкого в использовании инструмента, разработанного проектом SINO (поддержка ЭГ), которые помогают осмыслить все, что обсуждалось на каждом заседании.

Задача групп – использовать гибкий подход. Члены группы выбирают тему и организуют работу так, как считают правильным. Работа ЭГ дополняет другие формы НМО (среди которых курсы, конференции и семинары), в большей степени акцентируя внимание на решение проблем, возникающих в повседневной практике, чем на развитие новых навыков. На сегодняшний день в рамках проекта сформировано около 48 ЭГ с участием около 500 семейных врачей и медсестер, которые работают в Турсунзадевском, Рудакинском, Шахринавском, Восейском, Файзабадском районах, а также в районе им. Хамадони. Процесс обсуждения и анализа проблем проходит в рамках непрерывного и систематического процесса и направлен на решение проблем, опираясь на структурированный подход.

Достижения. Охватывая своим вниманием вполне практические вопросы, ЭГ может оказывать непосредственное влияние на качество предоставляемых услуг. В рамках такого коллегиального обсуждения члены группы считаются равными, что позволяет ЭГ создать безопасную платформу для обсуждения рабочих проблем, не беспокоясь о последствиях. Привлекая медработников, работающих в аналогичных условиях, члены ЭГ могут обсудить проблемы персонала, с которыми они сталкиваются в ходе своей работы, предлагая соответствующие решения этих проблемам. Практика использования ЭГ также доказала свою эффективность в объединении медработников, налаживая постоянный диалог между ними.

Извлеченные уроки

- Роль фасилитатора имеет большое значение для эффективного функционирования ЭГ. Фасилитатор должен быть в состоянии вести дискуссию и обобщать выводы.
- ЭГ имеют нераскрытый потенциал для врачей, работающих в районах, где не всегда есть доступ к данным доказательной медицины. Руководство для фасилитаторов или другие ресурсы могут позволить охватить более широкий круг вопросов.
- Чтобы обеспечить устойчивость работы ЭГ, их можно включить в систему набора кредит-часов в рамках НМО. В других странах, где работают экспертные группы, успешность этой работы зависит от подготовленных фасилитаторов, которые регулируют работу группы и все, что обсуждается на таких встречах.

Плановые проверки качества (аудит) в учреждениях ПМСП осуществляются по всей стране независимыми инспекторами, которые следят за соблюдением КРП в области семейной медицины. Согласно приказу МЗСЗН работа учреждений контролируется по следующим направлениям: управление и кадровые ресурсы; качество; клиническая безопасность; технология и оборудование. В частности, Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения контролирует качество и клиническую безопасность, следит за выполнением семейными врачами и медсестрами процессов, утвержденных в КРП.

В соответствии с имеющимся положением инспекции учреждений ПМСП должны проводиться один раз каждые два года (рассматривается вопрос о проведении их один раз в три года) (Таблица 12). Также по запросу МЗСЗН в случае неблагоприятных событий, вспышек заболеваний и жалоб пациентов могут проводиться внеплановые проверки. В середине 2015 г. была обновлена методика проведения таких проверок, упростив этот процесс, в ходе которого проверяется соблюдение КРП по 9 заболеваниям в соответствии с приоритетами Программы семейной медицины. В соответствии с этой новой системой осуществляется мониторинг данных по 10 индикаторам (раньше было 15–20 индикаторов), направленным на оценку минимальных стандартов качества и безопасности пациентов. Разработка индикаторов и критериев оценки медицинской практики осуществлялась при сотрудничестве с РУКЦСМ, а также при поддержке ЦДМ, обеспечивающего их согласованность с КРП.

До сих пор проверки проводились на уровне городов и районов, однако их проведение планируется также и на уровне села. Процесс аудита завершается анализом карточек 10% пациентов, посетивших учреждение в последние шесть-восемь месяцев, которые отбираются методом случайного выбора. Услуги, предоставляемые этой выборке пациентов, сверяются с имеющимися КРП.

По распоряжению МЗСЗН Служба государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения имеет право делать официальный запрос в учреждение после оценки, если качество их работы не отвечает установленным стандартам (Таблица 13). После проверки подается отчет с перечнем выявленных проблем, которые должны устраниться в установленные сроки (в среднем в течение 30 дней, причем время между первой проверкой и поданным уведомлением о необходимости устранения проблем составляет, как правило, 10 дней). Все выявленные недостатки наказываются штрафованием поставщиков. В ходе следующего мониторингового визита внимание проверяющих акцентируется на устранение выявленных проблем. Если проблемы оказываются так и нерешенными или остаются несоответствия, это доводится до сведения МЗСЗН для принятия дальнейших мер.

Таблица 12. Нормативно-правовая база, регулирующая развитие системы улучшения качества в семейной медицине

| Название документа | Номер | Число |
|---|-------|---------------------|
| О службе государственного надзора за фармацевтической деятельностью | 776 | 29 декабря 2012 г. |
| Об охране здоровья населения | 380 | 31 сентября 2013 г. |
| О создании Межотраслевого координационного совета по семейной медицине | 416 | 7 декабря 2013 г. |
| Порядок аккредитации учреждений, организаций и предприятий здравоохранения | 600 | 9 сентября 2014 г. |
| О Комиссии по качеству и безопасности медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях | 233 | 24 апреля 2014 г. |

Таблица 13. Основные участники процесса улучшения качества семейной медицины

| Участвующие стороны | Обязанности |
|---|--|
| Служба государственного надзора за фармацевтической деятельностью | Надзорный орган; отвечает за мониторинг и оценку соблюдения КРП на практике; осуществляет мониторинг на основе использования форм клинических руководств; дает рекомендации учреждениям по улучшению их работы с целью выполнения минимальных национальных стандартов качества |
| Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины | Поддерживает разработку форм/карт для проведения внешнего аудита; проводит периодические проверки работы учреждений, обеспечивая непрерывное улучшение показателей деятельности |
| Республиканский центр медицинской аккредитации | Национальное ведомство, осуществляющее контроль за аккредитацией лечебных учреждений, включая адаптацию методов и протоколов по аккредитации |
| Группы по проверке учреждений | Группы по проверке учреждений включают в себя представителей МЗСЗН, ИПДОЗ, ЦСМ, ОАПЗ и Республиканского центра медицинской информации и статистики |

Разработан процесс и укреплен потенциал системы аккредитации медицинских услуг по всей стране для стационарных услуг. В 2012 г., утверждением Положения «О Службе государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения» была определена нормативно-правовая база для аккредитации медицинских учреждений (приказ № 776 от 29 декабря 2012 г.). В 2014 г. уставом был утвержден орган по аккредитации больниц — Республиканский центр медицинской аккредитации в качестве национального органа аккредитации, функционирующего при Службе государственного надзора за медицинской деятельностью и социальной защитой населения (приказ № 600 от 09 сентября 2014 г.). После этого в том же году были утверждены четыре основных раздела стандартов аккредитации: управление, клиническая безопасность, качества медицинского обслуживания пациентов, материально-техническая база и безопасность окружающей среды (№ 233 от 24 апреля 2014 г.).

В сентябре 2015 г. Республиканский центр медицинской аккредитации был утвержден в качестве органа по аккредитации Международным обществом по качеству в здравоохранении (ISQua). Персонал Республиканского центра медицинской аккредитации прошел обучение при поддержке ISQua. В общей сложности 14 специалистов приняло участие на курсе практической подготовки по аккредитации медицинских учреждений в Кыргызстане.

На сегодняшний день пять родильных домов прошло аккредитацию. Чтобы облегчить проведение аккредитации, были разработаны критерии аккредитации и укреплен потенциал сотрудников Республиканского центра медицинской аккредитации и внешних экспертов, участвующих в проведении экспертизы (Вставка 3). В ходе аккредитации оценивались такие аспекты, как качество медико-санитарной помощи, выполнение стандартов, проведение аудита, качество лечения и другие мероприятия. Лечебные учреждения, участвующие в процессе аккредитации, смогли добиться улучшения качества своей работы путем мобилизации внутренних ресурсов, проводя курсы обучения для медицинского персонала, закупая дополнительное оборудование, обеспечивая соблюдение стандартов по улучшению качества в дополнение к разработанным национальным стандартам и создав внутриучрежденческие группы по улучшению качества.

В 2015 г. была введена обязательная аккредитация центральных районных больниц по всей стране. В соответствии с отчетами методология реализации данного процесса, а также планы по его широкому внедрению находятся в процессе разработки. В соответствии с этой методологией в каждом учреждении должны быть созданы группы по улучшению качества (ГУК). Эти группы играют важную роль в процессе аккредитации учреждения. В соответствии с имеющимися правилами ГУК несут ответственность за предварительную оценку деятельности учреждения на соответствие критериям аккредитации в подготовке к проведению официальной аккредитации. Республиканский центр медицинской аккредитации проводит обучение и оказывает поддержку ГУК в данном процессе.

Вставка 3. Создание системы аккредитации услуг по охране здоровья матери и ребенка

Факторы изменений. Вопросам качества и безопасности пациента уделяется большое значение в повестке дня политики здравоохранения и деятельности, связанной с обеспечением качества в Таджикистане. Это подтверждается созданием организации, занимающейся вопросами качества, а также деятельностью по внедрению финансирования по результатам аудитов, циклами качества, стандартами, КРП, проведением различных тренингов, направленных на улучшение качества. Важно отметить следующее: несмотря на большое внимание, уделяемое разработке КРП, все же остается необходимость в проведении дополнительного обучения медработников по различным программам и в регулировании внедрения стандартов качества в практику. Для достижения этого необходимы устойчивые механизмы по улучшению качества, а также создание и внедрение механизмов непрерывного улучшения качества медико-санитарных услуг.

Цель: обеспечение качества услуг по охране здоровья матери и ребенка. Несмотря на успешность проведенных реформ в области сексуального и репродуктивного здоровья, в конце 2000-х возрастает озабоченность в отношении недостатков в стандартах качества и системах управления качеством, а также в отношении отсутствия образовательных услуг для медработников. В этом контексте Программой по здравоохранению Германского общества по международному сотрудничеству (GIZ) на 2009–2015 гг. была оказана поддержка в создании устойчивой институциональной и нормативно-правовой базы для обеспечения качества в области охраны здоровья матери и ребенка. Для достижения этого было намечено проведение мероприятий по ряду направлений³, включая внедрение системы аккредитации, описанной ниже.

Деятельность по внедрению системы аккредитации. С 2009 г. в рамках Программы GIZ по здравоохранению в тесном сотрудничестве с МЗСЗН Таджикистана и при технической поддержке со стороны Кыргызстана проводилась работа по реализации системы аккредитации услуг по охране здоровья матери и ребенка. С этой целью были отобраны 15 пилотных родильных домов в г. Душанбе и Согдийской области. Эта работа предполагала разработку нормативно-правовой базы для аккредитации, включая стандарты аккредитации для родильных домов, которые были разработаны и утверждены Правительством РТ (Постановление № 600) в соответствии с четвертым пересмотром стандартов ISQua. Приоритетным направлением этой деятельности стало также укрепление потенциала экспертов по аккредитации и пользователей. Персонал Республиканского центра медицинской аккредитации прошел подготовку по мониторингу

³ Сюда входит разработка национальных стандартов и клинических протоколов, правила перенаправления пациентов и регионализации услуг, интенсивное обучение на рабочем месте по интеграции стандартов и клинических руководств в повседневную клиническую практику, интеграцию стандартов и протоколов в учебные программы медицинского факультета и постдипломную подготовку врачей, медсестер и акушерок, обеспечивая комплексный, надежный и устойчивый мониторинг качества услуг в области охраны здоровья матери и ребенка. На уровне учреждений были созданы группы по улучшению качества для ежемесячного проведения внутреннего мониторинга качества, на основе инструментов оценки, позволяющих оценить эффективность работы организации, медработников и определенных вмешательств, с целью регулярного отслеживания процесса выполнения стандартов. Внешний ежеквартальный аудит проводится группой экспертов, включающей представителей местных органов власти и страховых компаний, которые способствуют улучшению качества работы медицинских учреждений.

качества услуг, в том числе с применением программного обеспечения для анализа данных мониторинга. Результаты внешнего мониторинга со стороны центра были обнародованы на ежеквартальных совещаниях с МЗСЗН и партнерами по развитию.

Достижения. На сегодняшний день пять родильных домов прошли аккредитацию, подтвердив качество предоставления услуг в области охраны здоровья матери и ребенка, оценка которого была сделана в соответствии с методикой и при поддержке международных экспертов ISQua. В сентябре 2015 г. стандарты аккредитации в области услуг по охране здоровья матери и ребенка прошли сертификацию со стороны ISQua. Система аккредитации позволила по новому взглянуть на улучшение качества как систематический и комплексный процесс и получить опыт из первых рук.

Кроме того, внедрение национальных стандартов и КРП в течение этого периода обусловило улучшение показателей здоровья, включая сокращение случаев материнской и неонатальной смертности, которые можно предотвратить. Применение стандартов и КРП также позволило оптимизировать управление ресурсами на уровне учреждений, избегая ненужных вмешательств (например, снижая частоту переливания крови, применения кесарева сечения и использования ЛС).

Извлеченные уроки

- Успешность внедрения процесса аккредитации услуг по охране здоровья матери и ребенка показали возможность интеграции аккредитации в процесс общего улучшения качества предоставления медико-санитарных услуг.
- Информационно-просветительская деятельность поможет улучшить отношение к этому процессу и понимание преимуществ аккредитации элемента непрерывного улучшения качества.
- Для учреждений, получивших хорошие результаты в ходе аккредитации, следует продумать методы стимулирования, которые будут их мотивировать и способствовать дальнейшему улучшению качества.
- Устойчивость аккредитационной системы может быть тесно связана с нормативно-правовой базой, которая четко определяет роли и обязанности организаций-партнеров и заинтересованных сторон, участвующих в улучшении качества.
- Непрерывное улучшение качества предоставления услуг здравоохранения зависит от надлежащего функционирования системы улучшения качества, налаживания связей между заинтересованными сторонами для проведения скоординированной деятельности с сохранением при этом акцента на индивидуальных потребностях пациентов и потребностях населения в вопросах здоровья.

Цель 3.2. Создание Межсекторального координационного совета по семейной медицине

В 2010 г. МЗ был создан Межсекторальный координационный совет по семейной медицине для дальнейшего укрепления ПМСП, в том числе семейной медицины. Заместитель министра здравоохранения и социальной защиты населения является председателем этого совета. В сам совет входят представители МЗСЗН, местных учреждений и партнеров по развитию. Цель создания этого совета заключается в содействии политическому диалогу для дальнейшего укрепления системы первичной медицинской помощи в стране (приказ № 416 от 07 декабря 2013 г.). Встречи, проведенные на сегодняшний день охватывали в основном вопросы, связанные с качеством подготовки семейных врачей на уровне додипломного и постдипломного образования, с созданием достойных условий труда для семейных врачей в ПМСП, управлением учреждениями ПМСП и внедрения процессов бизнес-планирования.

Цель 3.3. Обзор внедрения семейной медицины и работы семейных врачей на совещаниях Координационного совета МЗСЗН с партнерами по развитию

Каждый год анализируется прогресс по внедрению семейной медицины, причем на заседании коллегии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения и координационных совещаниях с партнерами по развитию анализируется и обсуждается работа специалистов по семейной медицине. Кроме того, Республиканский учебно-клинический центр семейной медицины, областные центры и межрайонные отделения проводят периодические совещания для оказания текущей организационно-методической помощи всем учреждениям ПМСП. Эта работа осуществляется в соответствии с рекомендациями, сделанными в ходе обзора Программы по семейной медицине (см раздел: «Об этом документе»).

Приоритет четвертый: механизмы, регламентирующие доступность эффективной и качественной медико-санитарной помощи

Реализация механизмов для использования потенциала семейных врачей и медсестер, повышение доступности, эффективности и качества медико-санитарной помощи.

Цель 4.1. Обеспечение доступности и максимального использования оборудования, потенциала, диагностических и терапевтических ресурсов семейных врачей на уровне ПМСП

В ходе реализации Программы по семейной медицине были предприняты меры по обеспечению доступности и возможности максимального использования оборудования, способностей, диагностических и терапевтических ресурсов специалистов по семейной медицине на уровне ПМСП

По состоянию на 2015 г. было закуплено и распределено по всей стране около 1300 сумок для семейных врачей и 1450 сумок для медсестер. РУКЦСМ и его отделения в двух районах и одном городе были обеспечены наглядными пособиями (моделями) и учебной литературой. РРП было получено 20 учебных наглядных пособий (моделей), 200 сумок для семейных врачей и сестринского персонала. Наличие дополнительного инвентаря и материалов, предоставленных семейным врачам, позволило добиваться улучшения качества на уровне ПМСП.

МЗСЗН также акцентирует свое внимание на стандартизацию инфраструктуры учреждений ПМСП, в том числе на их оснащение и регулярное техническое обслуживание. В последние годы, были отремонтированы некоторые учреждения ПМСП (районных и сельских центров здоровья, домов здоровья). Кроме того, в 2013 г. МЗ был создан Центр по техническому обслуживанию медицинской техники, для ремонта и обслуживания медицинского оборудования в ЛПУ, закупленного или полученного от партнеров по развитию. К сожалению этот центр не стал пока работать в полную меру, поскольку для него еще не разработана полностью нормативно-правовая база.

В Национальной стратегии здоровья населения на 2010–2020 гг. ПМСП придается приоритетное значение, что подтверждается долей выделяемых средств на ПМСП, которая должна составлять 40% от городского/районного бюджета (см. Цель 4.3). Кроме того, МЗСЗН обеспечивает доступ к услугам ПМСП через базовый пакет услуг (БПУ) или Постановление № 600. Учреждения ПМСП могут использовать эти средства на приобретение необходимых лекарств, оборудования или на ремонт своих учреждений.

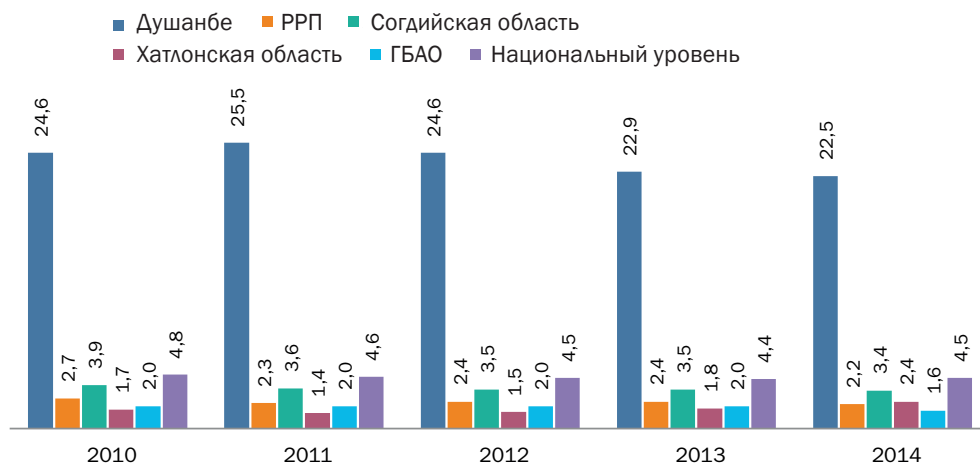
Цель 4.2. Выполнение роли «первого контакта» специалистами по семейной медицине с определением потребностей пациентов в диагностике и лечении и направлением их к другим специалистам

В соответствии с Национальной стратегией здоровья населения на 2010–2020 гг. Министерством здравоохранения и социальной защиты населения была определена роль семейного врача в качестве «привратника» или координатора услуг здравоохранения. С целью реализации этой политики, в рамках БПУ было предусмотрено новое условие госпитализации: если пациент госпитализируется по направлению семейного врача, то сооплата за лечение будет вноситься пациентом частично, если самостоятельно без направления, то услуги оплачиваются пациентом в полном объеме. Такие правила должны мотивировать пациентов обращаться на уровень ПМСП и в большей степени пользоваться услугами на этом уровне, чем напрямую обращаться в стационары.

В 2014 г. Отделом анализа политики здравоохранения (ОАПЗ) в рамках анализа недостатков в усилении систем здравоохранения было проведено исследование о доступе к ПМСП (Аккадиева и др., 2015). Одним из ключевых выводов этого исследования было то, что семейные врачи считают, что координация медико-санитарной помощи – это скорее их функция, чем узких специалистов. Такое общее понимание профессиональных функций является положительным фактором для предоставления услуг в Таджикистане. Внедрение семейной медицины в качестве «привратника» медицинского обслуживания позволило несколько улучшить систему перенаправлений, которая была дополнительно усилена путем внедрения БПУ.

Уровень обращаемости за услугами ПМСП (посещения учреждений ПМСП) по времени остается примерно на одном уровне по областям; в среднем на уровне 4,6 посещения на одного человека ежегодно (Диаграмма 6); при сопоставлении обращаемости на районном уровне, отмечается некоторая связь с распределением семейных врачей (Диаграммы 7, А и В). На базе сельских центров ПМСП (джамоатов) были созданы стационары краткосрочного пребывания, что упрощает процесс лечения, когда нет необходимости госпитализироваться в специализированный стационар. Эти центры осуществляют мониторинг за состоянием здоровья пациента и выступают в качестве промежуточного решения, позволяющего избежать дорогостоящих переводов и лучше регулировать потребности пациентов на местном уровне.

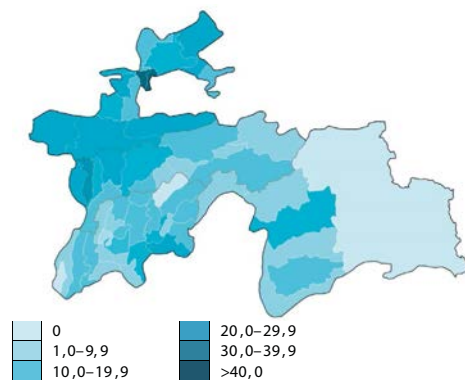
Диаграмма 6. Среднегодовое число посещений учреждений на душу населения с 2010 по 2014 г.



Источник: МЗСЗН, 2014б.

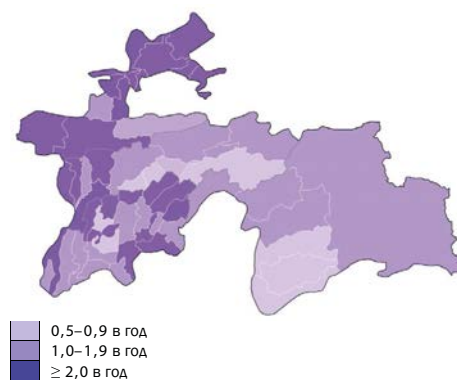
Диаграмма 7. Сравнение распределения семейных врачей (А) и посещаемости учреждений ПМСП (В) в 2014 г.

А. Доля семейных врачей на 100 000 человек



Источник: МЗСЗН, 2014б.

В. Среднегодовое число посещений учреждений ПМСП на душу населения



Источник: МЗСЗН, 2014б.

Цель 4.3. Обеспечение высокого уровня доступности медицинских услуг для населения

В целях обеспечения равного доступа к услугам здравоохранения на уровне ПМСП для населения и формализации неофициальных платежей МЗСЗН в период до 2010 г. ввело в действие две стратегии: Базовый пакет услуг был введен в 2005 г.⁴ и Постановление Правительства № 600 было принято в 2008 г.⁵ Необходимо отметить, что обе стратегии были направлены на улучшение доступа к медицинским услугам для уязвимых групп населения. На протяжении последних пяти лет МЗСЗН расширило охват БПУ с восьми до четырнадцати районов. В 2013 г. ОАПЗ провел технико-экономическое обоснование для изучения возможности расширения базового пакета услуг с целью охвата дополнительно шести районов. Основные выводы, полученные по результатам данного исследования, показали, что сумма существующих бюджетных ассигнований будет недостаточна для покрытия расходов по программе, но, несмотря на такие выводы, МЗСЗН расширил масштаб БПУ, охватив дополнительно эти районы в рамках стандартов бюджета, выделенного Министерством финансов (МФ).

В рамках данного контекста Министерство разработало механизм, освобождающий уязвимые группы от оплаты и устанавливающий официальную сооплату для других групп населения (приказ № 600), который включает в себя лабораторные, диагностические, стоматологические и высокотехнологичные услуги (например, трансплантацию почки и диализ). В соответствии с Постановлением Правительства № 600 список льготных категорий по социальному статусу включает в себя тех, кто в настоящее время уже охвачен БПУ. Кроме того, туда были дополнительно включены пациенты с острым инфарктом миокарда и больные с неизлечимой формой рака.

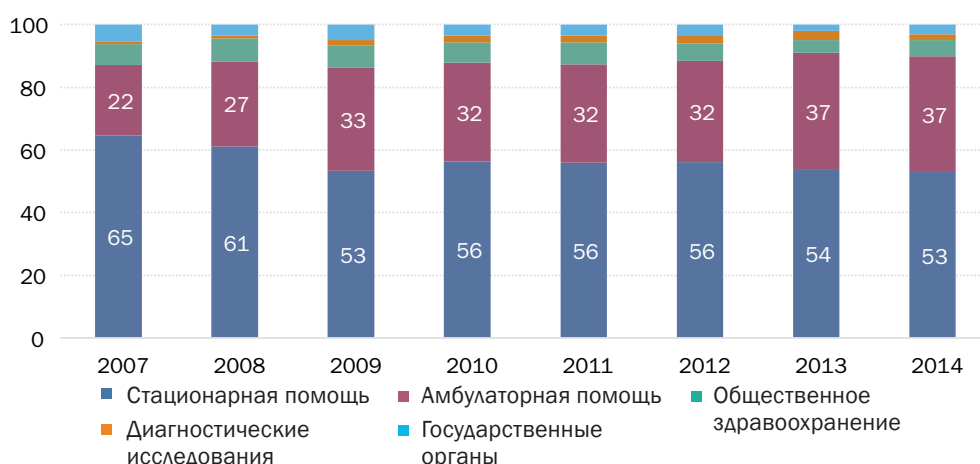
В последние годы отмечается небольшой рост доли государственных расходов в структуре общих расходов на здравоохранение. Несмотря на то что данный показатель остается низким в абсолютном и относительном выражении, структура показывает благоприятную тенденцию к увеличению расходов на ПМСП. Например, расходы на стационарный сектор снизились до 53%, расходы на ПМСП выросли до 37% в 2014 г. (64,7% против 23,2% в 2007 г.

⁴ Постановление Правительства № 237 «Оказание медицинских услуг в рамках Базового пакета услуг» от 2 июля 2005 г.

⁵ Постановление Правительства № 600 «О порядке оказания медико-санитарных услуг гражданам Таджикистана в учреждениях государственной системы здравоохранения» от 2 декабря 2008 г.

соответственно) (Диаграмма 8). Такое изменение в соотношении, возможно, связано с принятием совместного приказа, выпущенного МЗ и МФ в июне 2008 г. «Об управлении и структуре финансирования организаций первичной медико-санитарной помощи». В соответствии с данным указом как минимум 40% городского/районного бюджета здравоохранения должно выделяться на нужды ПМСП. Важно отметить, что частные расходы по-прежнему составляют самую высокую долю в структуре общих расходов на здравоохранение. В 2012 г. расходы, покрываемые «из кармана пациентов», составили 62,5% от общих расходов здравоохранения (МЗСЗН, 2014b).

Диаграмма 8. Государственные расходы по видам оказываемых услуг в период с 2007 по 2014 г.



Источник: Система счетов здравоохранения, РЦМСИ и Совместный ежегодный обзор, 2015 г.

Комплексный процесс по реформированию механизмов финансирования был начат в 2014 г. Данный процесс стал результатом консультаций и стратегических обсуждений, проведенных с другими министерствами и ведомствами, правительством, парламентом и партнерами по развитию в течение 2013 г. и направленных на изучение целесообразности введения обязательного медицинского страхования. Вследствие этого было принято решение разработать дорожную карту по проведению комплексной реформы финансирования здравоохранения с целью внедрения обязательного медицинского страхования в 2017 г. Дорожная карта предусматривает расширенное применение оплаты за пролеченный случай на уровне стационарной помощи и объединение средств на областном уровне. Стратегический план по дальнейшему реформированию финансирования здравоохранения на период 2015–2018 годов, разработанный на основе дорожной карты, был утвержден Постановлением Правительства № 425 от 02 июля 2015 г. и принят в качестве последующей стратегии финансирования сектора здравоохранения на пять лет.

С 2013 г. при поддержке партнеров по развитию проведен пилотный проект по внедрению системы полного подушевого финансирования ПМСП (применительно к общему бюджету организации здравоохранения). Такой подход был впервые апробирован в Согдийской области, в ближайшие годы планируется провести его расширенное внедрение с охватом всей страны. Кроме того, в период 2014–2015 годов пересмотрен принцип формирования бюджета для учреждений ПМСП с применением на формулы подушевого финансирования. Планируется, что в 2017 г. бюджет ПМСП станет формироваться на основе подушевого финансирования и будет увеличен, чтобы дать возможность улучшения доступности и качества услуг ПМСП. Параллельно начиная с 2013 г. был протестирован новый механизм стимулирования ПМСП на основе финансирования по результатам. Данный механизм должен усилить кадровый потенциал, инфраструктуру и технические ресурсы в тех организациях, которые делают вклад в повышение качества медицинских услуг.

Приоритет пятый: показатели здоровья населения

Улучшение показателей здоровья населения.

В последние годы в Таджикистане проводится значительный объем деятельности и на самом высоком уровне правительства подтверждена приверженность целям, направленным на улучшение ситуации в приоритетных областях здравоохранения. Программы, реализуемые в Таджикистане по контролю над определенными заболеваниями, приведены в Таблице 14. Реализация данных программ отражает деятельность, проводимую на национальном уровне по приоритизации мероприятий, направленных на улучшение показателей здоровья. Данные программы и стратегические планы по их реализации согласованы с приоритетами в области здравоохранения и развития Европейского региона ВОЗ и глобальными целями. Это включает в себя недавно принятый Национальный план действий по контролю и предупреждению НИЗ на период 2015–2018 гг.

Важно отметить, что в рамках каждой программы и деятельности, направленной на усиление профилактики, диагностики и лечения конкретных заболеваний (например, туберкулеза, болезней сердца), иммунизации и др., усовершенствование системы оказания медицинских услуг на постоянной основе выделено в качестве приоритетной области, где особое внимание уделяется роли ПМСП и институту семейной медицины.

Таблица 14. Национальные программы, реализуемые в последнее время в Таджикистане

| | |
|------|---|
| 2007 | Профилактика, диагностика и лечение ишемической болезни сердца на 2007–2015 гг. |
| 2010 | Профилактика профессиональных заболеваний на период 2010–2015 гг. |
| | Профилактика травматизма, диагностика и лечение травм и последствий на 2010–2015 гг. |
| | Защита населения от туберкулеза на период 2010–2015 гг. |
| 2011 | Предупреждение, диагностика и лечение больных с врожденными и ревматическими пороками сердца на 2011–2015 гг. |
| | Национальная программа иммунизации на период 2011–2015 гг. |
| | Профилактика, диагностика и лечение злокачественных опухолей на 2011–2015 гг. |
| | Профилактика передачи малярии на 2011–2015 гг. |
| | Продвижение здорового образа жизни на 2011–2020 гг. |
| 2012 | Профилактика, диагностика и лечение желудочно-кишечных заболеваний на 2012–2016 гг. |
| | Профилактика, диагностика и лечение сахарного диабета на 2012–2017 гг. |
| 2013 | Лечение наркозависимости и усовершенствование медикаментозного лечения на 2013–2017 гг. |
| 2015 | Национальный план действий по контролю и предупреждению НИЗ на 2015–2018 гг. |

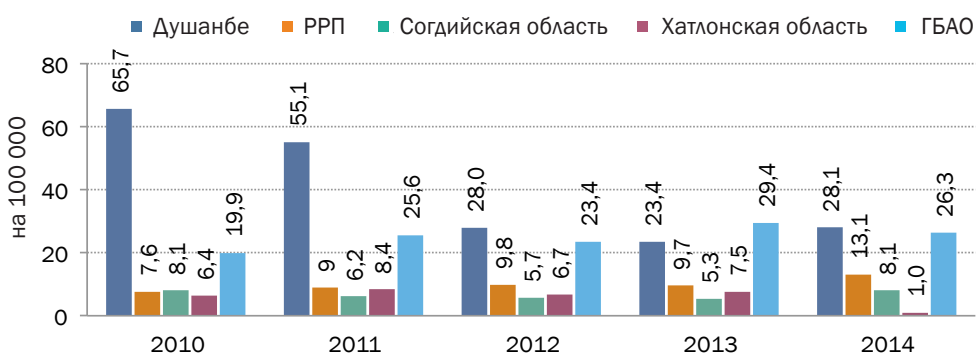
Цель 5.1. Профилактика и борьба с инфекционными заболеваниями, включая профилактику и снижение уровня распространенности вирусного гепатита и инфекций, передаваемых через воду

Усовершенствование мер по контролю и профилактике гепатита. В последние годы отмечается снижение случаев вирусного гепатита и инфекций передающихся через воду; данный показатель сократился с 10 281 случая в 2013 г. до 5524 случаев в 2014-м (МЗСЗН, 2014b). Основной причиной распространения вирусного гепатита А является низкое качество питьевой воды, что вызывает особую озабоченность в отношении отдельных регионов и детского населения. Клинические протоколы по инфекционным заболеваниям и паразитологии, разработанные для семейной медицины, подчеркивают ведущую роль ПМСП, призванную проводить работу в тесном сотрудничестве с населением, повышая его осведомленность о важности чистой питьевой воды и профилактике болезней водного происхождения.

Снижение уровня распространенности ВИЧ/СПИДа. В период между 2010 и 2015 годами по регионам отмечалось некоторое снижение или относительная стабилизация уровня распространенности ВИЧ-инфекции по областям (Диаграмма 9). Наиболее заметное снижение уровня распространенности ВИЧ-инфекции было зарегистрировано в Душанбе – с 65,7 до 28,1 на 100 000 населения в период между 2010 и 2014 годами, при этом наблюдается общее снижение показателя по Согдийской и Хатлонской областям (МЗСЗН, 2014b). Тем не менее в данный период времени зарегистрирован рост случаев ВИЧ-инфекции в ГБАО и РРП. Это может быть связано с изменениями в практике потребления инъекционных наркотиков и миграционными процессами. Среди других факторов, повлиявших на рост зарегистрированных случаев, также может быть выросший охват добровольным тестированием, проводимым в период между 2010 и 2014 годами.

В течение данного периода были достигнуты результаты, которые способствовали интеграции мероприятий по лечению и ведению случаев ВИЧ-инфекции на уровень ПМСП. В процессе разработки вышеупомянутых КП было разработано и внедрено руководство по ведению случаев ВИЧ-инфекции на уровне ПМСП. Данные руководства включают в себя комплексный пакет услуг для лиц, употребляющих инъекционные наркотики, мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), и секс-работников. Модули по обучению на рабочем месте профилактике и клиническому ведению случаев ВИЧ-инфекции были разработаны на основе данных клинических руководств и интегрированы в систему последипломного образования. Пилотные проекты, реализованные при поддержке партнеров по развитию и с участием НПО, также внесли свой вклад в усиление ресурсов на уровне центров семейной медицины и в укрепление связей между поставщиками, НПО, пациентами и общим населением.

Диаграмма 9. Распространенность ВИЧ-инфекции на 100 000 населения по областям за период с 2010 по 2014 г.



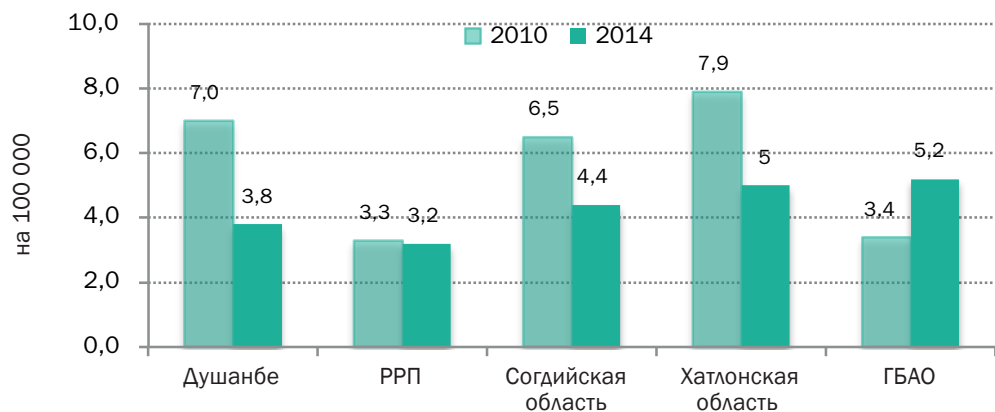
Источник: МЗСЗН, 2014b

Профилактика вакциноуправляемых инфекций. На протяжении всего периода реализации Программы семейной медицины организации ПМСП проводили национальные кампании по вакцинации детей в рамках борьбы с вакциноуправляемыми инфекциями, вошедшими в список приоритетных заболеваний. В 2014 г. было зафиксировано полное отсутствие случаев кори (МЗСЗН, 2014). Охват вакцинацией детей старше 5 лет в отношении туберкулеза, дифтерии, коклюша, столбняка, гепатита В, гемофильной инфекции типа В (с использованием пентавалентной вакцины), паралича, кори и ротавирусной инфекции составил более 93% (МЗСЗН, 2014b).

Высокий охват вакцинацией, проводимой в соответствии с установленным календарем иммунизационных мероприятий, позволил достичь резкого снижения уровня заболеваемости и искоренения случаев смертности от вакциноуправляемых инфекций. Практика семейной медицины также внесла значительный вклад в снижение уровня вакциноуправляемых инфекций, поскольку поставка вакцин обеспечивается через сеть организаций семейной медицины.

Приоритизация процесса организации интегрированных противотуберкулезных услуг, регулируемых на уровне ПМСП. В последние годы достигнут определенный прогресс в области снижения уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза. Заболеваемость туберкулезом на национальном уровне составила 4,3 на 100 000 населения в 2014 г. по сравнению с 6,2 в 2010-м (МЗСЗН, 2014), при этом сокращение случаев было зарегистрировано почти во всех областях (Диаграмма 10).

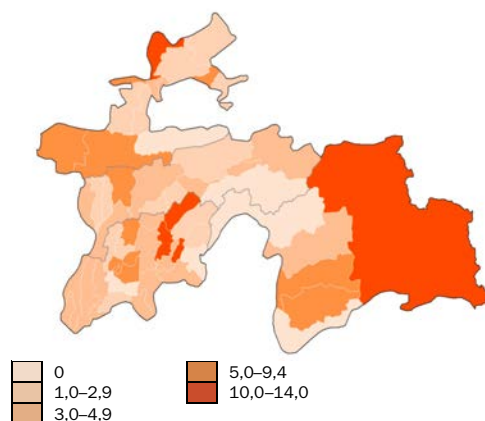
Диаграмма 10. Смертность от туберкулеза на 100 000 населения по областям в 2010 и 2014 гг.



Источник: МЗСЗН, 2014b

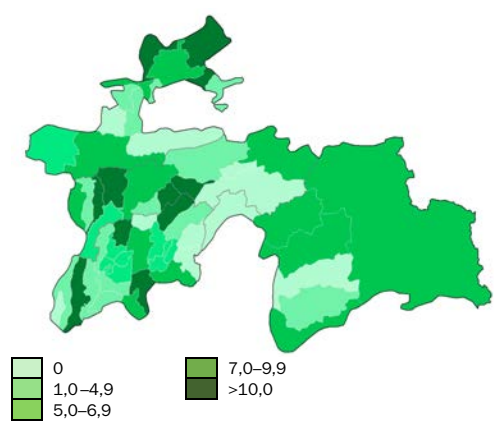
Диаграмма 11. Смертность от туберкулеза на 100 000 населения и процент вновь выявленных случаев МЛУ-ТБ в 2014 г.

А. Смертность от ТБ на 100 000 населения



Источник: МЗСЗН, 2014b

В. Новые случаи МЛУ-ТБ (%)



Источник: МЗСЗН, 2014b

Отмечается значительное улучшение ситуации в области регистрации случаев ТБ и отчетности. В соответствии с установленными правилами необходимо регистрировать все случаи, причем формы отчетности разработаны и пересмотрены в соответствии с определениями ВОЗ. На уровне ПМСП вся деятельность направлена на усиление интеграции краткого курса лечения под непосредственным наблюдением (DOTS). При поддержке партнеров по развитию сюда входит обучение на рабочем месте для улучшения мониторинга и оценки с использованием “поощряющего надзора”. Это продемонстрировало улучшение координации между вертикальными противотуберкулезными системами и медицинскими работниками уровня ПМСП, обеспечивающими большую часть противотуберкулезных услуг. Деятельность по координации также направлена на улучшение взаимодействия между учреждениями ПМСП и стационарами, фтизиатрами и семейными врачами при помощи врачей-фтизиатров, которые помогают поставщикам ПМСП и делятся своим опытом (Вставка 4). В 2013 г. почти половина (45,3%) пациентов с МЛУ-ТБ получала амбулаторное лечение с самого с первого дня (Ахмедов и др., 2013).

Вставка 4. Интеграция противотуберкулезных услуг на уровень ПМСП в Таджикистане

Факторы изменений. Таджикистан вошел в группу стран с наиболее высоким бременем туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ. В последние годы вызывает обеспокоенность рост случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Ключевыми факторами, приводящими к неблагоприятным показателям здоровья, являются недостаточно эффективное предоставление противотуберкулезных услуг, а также концентрация противотуберкулезного лечения на уровне стационаров, слабая координация между больницами и первичным уровнем медицинской помощи и слабая система мониторинга.

Цель. В качестве ответных мероприятий на возрастающий уровень распространенности ТБ и МЛУ-ТБ проводилась последовательная работа в рамках национальных программ Таджикистана по борьбе с ТБ с целью усиления интеграции противотуберкулезных услуг в ПМСП, которая призвана взять на себя ведущую роль в ведении ТБ случаев.

Мероприятия. Более 3000 медицинских работников были обучены оказанию противотуберкулезной помощи больным на уровне учреждений ПМСП, причем аккредитованные тренинги проводятся ежегодно. МЗСЗН и Министерство образования также провели работу по адаптации первоначального тренинга и обучения работников здравоохранения в вопросах оптимального предоставления услуг ПТБ. Внедрены подходы межсекторального сотрудничества с другими министерствами, национальный комитет создал платформу для совместной работы должностных лиц из различных министерств для проведения общей работы по снижению случаев ТБ. Реорганизация системы оказания услуг позволила более чем 70% больных туберкулезом получать услуги на амбулаторном уровне.

Извлеченные уроки

- Согласованность с предыдущими усилиями, учет предшествующего опыта и понимание причин нерешенных проблем позволяют эффективнее продвигаться вперед.
- Разработка межсекторального подхода с участием различных министерств обеспечивает процесс приоритизации на государственном уровне, объединяет заинтересованные стороны и обеспечивает устойчивость проводимых инициатив.
- Перераспределение ресурсов для поддержания инициативы может быть использовано в качестве механизма для придания импульса в реализации инициатив.

Цель 5.2. Снижение бремени НИЗ и хронических заболеваний

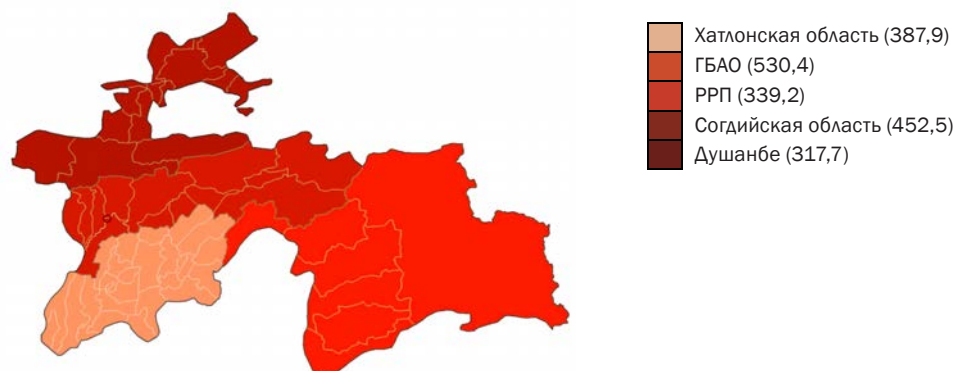
В рамках интеграции НИЗ в первичную медико-санитарную помощь основное внимание было направлено на профилактику и лечение заболеваний. В частности, реализован комплекс основных мер по контролю за НИЗ на уровне первичного звена (PEN). В список пилотных районов по внедрению комплекса основных мер вошли: г. Душанбе, Пенджикентский, Исфаринский, Рушанский, Муминабадский, Раштский, Шахринавский и Вахшский районы. Пакет состоял из следующих основных вмешательств: 1) предотвращение сердечных приступов, инсультов и заболеваний почек посредством комплексного ведения диабета и гипертонии; 2) санитарное просвещение и консультирование по здоровому образу жизни (см. Вставку 5).

С целью снижению уровня заболеваемости НИЗ были разработаны совместные планы работы для центров семейной медицины, Центра исследований и клинической онкологии и Республиканского центра кардиологии. В рамках такого партнерства были разработаны руководства для семейных врачей по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, применению электрокардиографии, профилактике рака шейки матки и рака молочной железы.

Дополнительные мероприятия по гипертонии включают в себя разработку доказательных КРП, модулей и учебных материалов для непрерывного медицинского образования. НИЗ также были включены в мероприятия по повышению качества услуг на уровне организаций здравоохранения, таких как активный скрининг гипертонии, определение показателей по повышению качества, регулярные встречи для получения обратной связи и усовершенствование лабораторных услуг. Данные мероприятия были апробированы в пилотных районах, и по результатам пилота было установлено, что показатели по лечению гипертонии улучшились (снизилось количество осложнений среди пациентов с гипертонией). Также были созданы группы по поддержке пациентов («школы») для пациентов с гипертонией и диабетом) для повышения уровня приверженности к лечению.

Обеспечение доступа к услугам здравоохранения и лекарственное обеспечение для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В 2015 г. смертность от ишемической болезни сердца составила 1,4%, что на 3% ниже, чем показатели предыдущего года. Тем не менее наблюдается рост первичной заболеваемости гипертонией от 347 случаев на 100 000 населения в 2009 г. до 447 случаев на 100 000 населения в 2013-м. Самый высокий годовой рост заболеваемости артериальной гипертонией был зарегистрирован в ГБАО, самые низкие показатели приходятся на Душанбе, где было реализовано большее количество программ по профилактике и где население, как правило, проживает в более благоприятных социально-экономических условиях для работы и жизни.

Диаграмма 12. Уровень смертности от ССЗ на 100 000 населения в 2013 г.



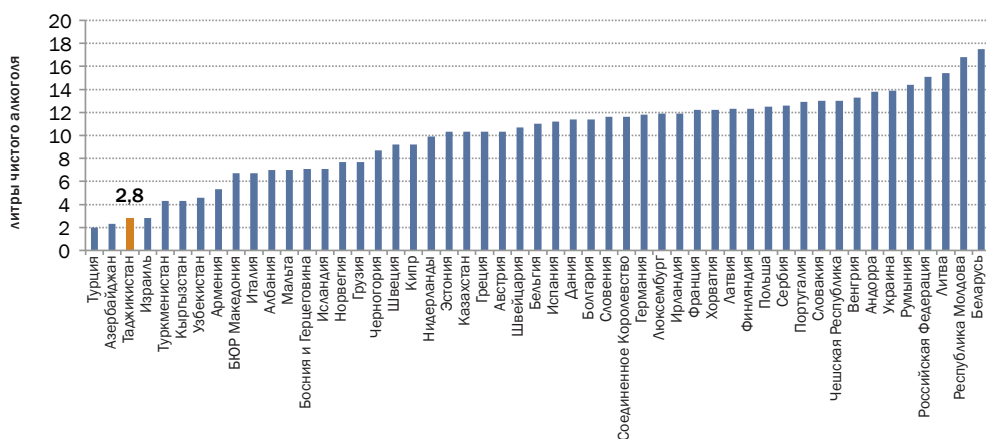
Источник: МЗСЗН, 2014б.

Задача 5.3. Детерминанты здоровья и продвижение здорового образа жизни

Усилия, направленные на активное повышение уровня информированности населения о факторах риска для здоровья, связанных с нездоровым образом жизни, включали в себя занятия, проводимые в школах. В Душанбе, семейные врачи проводили периодические осмотры среди подростков и разъяснительную работу о рискованном поведении (по таким темам, как курение, важность питания и физической активности и т. д.). Разработаны инструкции и проведены беседы. Планируется провести аналогичные мероприятия с целью обеспечения широкого вовлечения учителей, школьной администрации, местных органов власти и родителей подростков. Благодаря социально-культурным факторам Таджикистан не испытывает серьезного бремени и последствий для здоровья в связи с повышенным употреблением алкоголя по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ (Диаграмма 13).

Повышение уровня информированности населения. В целях повышения уровня информированности населения о здоровом образе жизни Центр семейной медицины при поддержке партнеров по развитию провел два курса дистанционного обучения по СПИДу и репродуктивному здоровью для 60 немедицинских сотрудников (например, для преподавателей, журналистов и юристов) из различных регионов республики. Кроме того, специалисты Национального центра по репродуктивному здоровью в Согдийской и Хатлонской областях, ГБАО и РРП прошли обучение на курсах и провели экспресс-тестирование на ВИЧ.

Диаграмма 13. Общее среднее потребление алкоголя на душу населения в Европейском регионе ВОЗ за период 2008–2010 гг.



Источник: ВОЗ, 2015а.

Вставка 5. Реализация пакета основных мероприятий в отношении НИЗ в пилотных районах

Факторы изменений. В 2013 г. в Таджикистане в рамках приоритетных направлений, утвержденных Правительством, по профилактике и контролю НИЗ, усилия были направлены на внедрение комплекса основных мер, разработанных ВОЗ по контролю НИЗ, на уровне первичной медицинской помощи. Существующие ограничения на уровне ПМСП, снижающие эффективность осуществления мер профилактики, а именно отсутствие кадрового потенциала (высокая текучесть кадров, низкая квалификация), отсутствие материально-технической базы (диагностическое и лабораторное оборудование), и недостаточный объем методов (устаревшие КРП, отсутствие методологии скрининга), стали ключевыми факторами, определившими необходимость внедрения пакета основных вмешательств.

Цель. Первоначальное пилотирование комплекса пакета основных мер включало в себя меры первичной профилактики сердечных приступов и инсультов и вторичную профилактику после инфаркта миокарда, инсульта и ревматической болезни сердца. Были отобраны семь районов для реализации: Муминабадский, Раштский, Вахшский, Шахринауский и Рушанский районы, г. Исфара, г. Пенджикент.

Мероприятия. В 2013 г. создана мультидисциплинарная рабочая группа с целью адаптации рамочной структуры для реализации комплекса основных мер в Таджикистане – в частности, разработка КРП для реализации первого, второго и третьего пакета основных вмешательств и учебной программы. Совместно с Центром доказательной медицины организованы тренинги для практикующих врачей в 2014 г., в рамках которых проводились тренинги для тренеров в Душанбе с целью проведения каскадного обучения в дальнейшем в учебных центрах пилотных районов. Совместно с ТГМУ пересмотрена учебная программа для студентов додипломного уровня с целью усиления акцента на профилактику НИЗ (например, услуги скрининга).

Достижения. Результаты опроса медработников в пилотных районах, где реализовывался пакет основных вмешательств, показали, что они были удовлетворены качеством тренингов и пересмотренных КРП благодаря их практичности и легкости в применении. Тем не менее процесс мониторинга, проводившийся в 2015 г., показал, что нехватка человеческих ресурсов по-прежнему является основным фактором, сдерживающим эффективную профилактику и контроль за НИЗ на уровне ПМСП. Опрос также показал сбои в поставках базовых ресурсов и лекарств – например, лекарства для лечения ССЗ недоступны физически или экономически в некоторых районах. Тем не менее реализация пакета основных вмешательств стала успешным направлением в плане повышения потенциала по предоставлению эффективных услуг по контролю НИЗ на уровне ПМСП, также планируется расширить внедрение пакета основных услуг, с тем чтобы включить дополнительные районы и онкологические заболевания. В рамках реализации услуг по пакету основных вмешательств была оптимизирована система перенаправлений посредством повышения эффективности координации между первичным и вторичным уровнем помощи.

Извлеченные уроки

- Мультидисциплинарный подход при внедрении и реализации пакета основных вмешательств внес значительный вклад в усиление потенциала тренеров, опираясь на использование практических подходов.
- Процесс подчеркнул важность наличия эффективно функционирующей информационной системы – как для клинических услуг, чтобы пациенты вставали на учет для получения профилактических услуг, так и для мониторинга и оценки.

Приоритет шестой: научно-технологические инновации

Развитие научно-технологических инноваций в области семейной медицины.

Задача 6.1. Планирование и проведение научных исследований в соответствии с отраслевыми программами по развитию сектора здравоохранения и его приоритетными направлениями

Создание научно-исследовательской базы по оказанию медицинских услуг. За последние пять лет подготовлен впечатляющий объем исследований, отчетных материалов и документации в области оказания медицинских услуг. Данная работа включает в себя научные и рецензируемые журналы, технические брифинги, обзоры программ, отчеты по мониторингу и оценке. В 2015 г. более 15 научных статей были опубликованы сотрудниками в национальных и международных научных журналах. В 2014 г. один специалист из Центра семейной медицины и два специалиста из Государственного института последипломного образования для медицинских работников защитили диссертации.

Связь политики с научными данными. Разработка информационных бюллетеней и технических записок доказали свою эффективность в качестве инструмента мониторинга и источника информации для процесса принятия решений на политическом уровне и на уровне областей. Связь между доказательной базой и процессом разработки стратегических документов была обеспечена при поддержке таких структур, как Отдел анализа политики здравоохранения (ОАПЗ), который занимается разработкой специализированных документов по вопросам здравоохранения с целью обеспечения информированного процесса принятия решений.

Межсекторальная подотчетность и сотрудничество. Мониторинг и оценка программ, реализуемых в Таджикистане, проводились с периодическими интервалами, например для совместного ежегодного обзора национальной стратегии в области здравоохранения на период 2010–2020 годов, где обозначались вклады и участия всех заинтересованных сторон в секторе здравоохранения. Партнеры по развитию сыграли важную роль в развитии такой информационной базы, включающей в себя программные отчеты и тематические исследования, а также оказали поддержку в проведении обсуждений за круглым столом, политических диалогов, конференций и координационных совещаний.

Пошаговый процесс, совместный процесс обзора Программы семейной медицины. МЗСЗН проводит тщательный мониторинг эффективной реализации Программы семейной медицины. В связи с завершением Программы семейной медицины в марте 2014 г. в Душанбе был проведен первый круглый стол, на котором обсуждалась ситуация в сфере оказания медицинских услуг. Данное мероприятие позволило расставить акценты и произвести обмен мнениями между национальными партнерами, руководителями здравоохранения и партнерами по развитию.

В июне 2015 г. была организована обзорная миссия, в рамках которой проведены встречи с ключевыми информаторами в формате двусторонних дискуссий, с тем чтобы определить подходы к проведению обзора Программы семейной медицины, соответствующие темы, источники информации и сроки. В октябре 2015 г. была проведена оценочная миссия для сбора информации и привлечения ключевых участников. Последующая миссия была проведена в начале декабря 2015 г., в рамках которой с основными участниками обсуждались ключевые сообщения и проводилась интерпретация данных. Данный анализ является продуктом совместного процесса, в его подготовку сделан вклад со стороны ключевых партнеров, проводивших работу на национальном и международном уровне по развитию и улучшению здоровья в Таджикистане.

Таблица 15. Основные этапы и последующие шаги в развитии системы оказания медицинских услуг в Таджикистане

| # | Основные этапы | Даты |
|---|--|-----------------|
| 1 | Круглый стол по оказанию медицинских услуг | Март 2014 г. |
| 2 | Обзорная миссия по подготовке анализа реализации Программы семейной медицины | Июнь 2015 г. |
| 3 | Разработка методологии анализа и предварительный сбор данных | Октябрь 2015 г. |
| 4 | Последующий сбор данных и анализ обзора | Декабрь 2015 г. |
| 5 | Анализ и обсуждение результатов совместного ежегодного обзора | Декабрь 2015 г. |
| 6 | Обсуждение дальнейшего развития системы оказания медицинских услуг | Февраль 2016 г. |

Раздел второй: возможности

1. Практика стандартизации: рабочая нагрузка, клинические протоколы и руководства

Процесс разработки клинических протоколов и руководств. Отсутствие ясности в настоящий момент в отношении обязанностей сторон в процессе разработки КРП приводит к существенным различиям в методах и качестве руководств и протоколов по конкретным тематическим направлениям. Обеспечение согласованности в будущем при составлении или предоставлении дополнительной технической помощи участвующим сторонам будет способствовать достижению стандартизированного, научно обоснованного процесса. Кроме того, несмотря на то что обновление и улучшение КРП было обозначено МЗСЗН в качестве приоритетного направления, многое все же еще предстоит сделать.

Внедрение и мониторинг КРП на практике. Несмотря на все меры, предпринятые по информированию семейных врачей по изменениям, внесенным в КРП и их распространение среди учреждений ПМСП, КРП пока не используются и не соблюдаются в полной мере. Сохраняющиеся проблемы, подрывающие успешность этой деятельности включают, в частности, отсутствие финансирования на местном уровне для полного распространения новых или пересмотренных КРП, а также отсутствие достаточных возможностей и единообразия используемых методов по информированию поставщиков и наращиванию потенциала. Особую обеспокоенность в отношении эффективного мониторинга КРП вызывает отсутствие формального процесса их составления, который позволяет разработать индикаторы, необходимые для оценки их эффективности и правильного использования в медицинских учреждениях. Отсутствие процесса разработки индикаторов представляет собой серьезную проблему для аудита и обзора их внедрения и в конечном счете ведет к дублированию процессов, поскольку стороны разрабатывают индикаторы уже на основе полученных результатов.

Рабочая нагрузка и оплата труда специалистов семейной медицины. Существующая нормативно-правовая база, регулирующая рабочую нагрузку семейных врачей, нуждается в обновлении. С учетом того, что услуги вертикальных программ, ориентированных на лечение определенного заболевания, должны регулироваться на уровне ПСМП, роль, объем и содержание работы семейных врачей требует пристального внимания. Важно отметить, что пересмотр функций, объема и содержания практики следует проводить на разных уровнях системы здравоохранения, предусматривая процессы перенаправления и переводов и координации медико-санитарной помощи (см. пункт 2. Подготовка компетентных кадров). В условиях внедрения подушевого финансирования на территории всей страны, уточнение рабочей нагрузки медработников имеет особо важное значение. Кроме того, отчеты показали, что функция семейной медсестры не используется эффективно, отмечается дублирование при выполнении различных задач и обучении пациентов. Мнение населения о медсестрах и их возможности лечить больных остается невысоким (Акказиева и др., 2015).

2. Подготовка компетентных кадров

Регистрация медперсонала семейной медицины. Регистрация медработников, с последующим прохождением аттестации и лицензирования является важным процессом эффективного регулирования и поддержания реестра медработников. Надежная система регистрации медработников имеет также большое значение для мониторинга сроков лицензий медработников и своевременности прохождения ими курсов повышения квалификации. В условиях постоянного совершенствования системы до- и постдипломного образования по семейной медицине, развитие системы регистрации медработников в Таджикистане имеет большое значение в отношении мониторинга, планирования и создания возможностей в области не-

прерывного повышения эффективности. Более того, улучшение системы регистрации всего медперсонала имеет большое значение для такого распределения ресурсов на подготовку медработников, которое соответствует потребностям населения в вопросах здоровья и учитывает миграцию медицинских кадров.

Практическое клиническое обучение в учебной программе додипломного образования. Постоянное обновление и модернизация учебной программы по семейной медицине является необходимым условием для адаптации наилучших имеющихся научных данных в официальное образование. Дальнейшая гармонизация теоретического обучения и клинической практики также имеет решающее значение для укрепления и поддержания квалифицированного медицинского персонала. В настоящий момент в ТГМУ изучается возможность включения полного погружения в клиническую практику в текущую учебную программу на последнем (шестом) курсе додипломного образования.

Создание благоприятной среды для семейной медицины. Чтобы создать соответствующую репутацию и имидж семейной медицине для выпускников медицинских вузов, необходимы целенаправленные усилия, которые привлекут и мотивируют новых выпускников для работы в учреждениях ПМСП. Отсутствие престижа, плохие условия труда в сельской местности и широкий спектр обязанностей являются ключевыми факторами, усложняющими привлечение и удержание большого числа квалифицированного персонала в области семейной медицины (Акказиева и др., 2015). Создание благоприятной среды для практики семейной медицины является важным способом привлечения и удержания мотивированного и квалифицированного медицинского персонала.

Такие меры, как создание оплачиваемых должностей для интернов и ординаторов на уровне последипломного образования и доступ интернов и ординаторов к пациентам под наблюдением руководителя, были обозначены актуальными мерами по улучшению имиджа семейной медицины. Кроме того, использование таких методов нефинансового стимулирования, как выделение земельных участков и долгосрочных льготных кредитов в отдельных областях и районах, зарекомендовали свою успешность в деле поощрения семейной медицины, и систематизация этих инициатив может оказаться эффективной мерой для повышения интереса к семейной медицине (см. Приоритет 1). В ряде отчетов также отмечаются такие возможности, как учебные поездки, обучение на местах в отдаленных районах и программы коллегиального наставничества, как способы преодоления географических проблем и получения возможности для непрерывного развития клинических навыков.

Лицензирование. В настоящее время метод лицензирования семейных врачей в Таджикистане остается таким же, как и в советское время: врачи получают лицензию после успешной сдачи экзаменов на 6-м году обучения после завершения программы додипломного образования в ТГМУ. Эта лицензия дает выпускнику пожизненное звание врача. Тем не менее эта лицензия не дает права новому врачу заниматься медицинской практикой. Разрешение на медицинскую практику врач получает после прохождения постдипломной специализации, например по хирургии или педиатрии, и прохождения определенного количества лет интернатуры. Это разрешение на занятие медицинской практикой связано с областью специализации. Разрешение на продолжение медицинской практики выдается один раз в пять лет после прохождения процесса аттестации, когда врачи сдают специальный экзамен, которые проводится МЗСЗН.

Обновление и систематизация лицензирования на право осуществления медицинской практики имеет важное значение как гарант компетентности после прохождения первичного медицинского образования (Langins и Borgermans, 2015). Улучшение этого процесса также имеет особое значение для непрерывного медицинского образования и регламентирования деятельности со стороны профессиональных регулирующих органов и ассоциаций, а также в целом для регулирования процесса начала и завершения деятельности, а также повторной аттестации медицинских работников.

Непрерывное профессиональное образование (НПО) и обучение на протяжении всей жизни.

Важно иметь организованный и структурированный подход к непрерывному обучению после получения медиками первичного образования, чтобы не отставать от достижений научно-технического прогресса в системе предоставления медикосанитарных услуг. Важно, чтобы появлялись такие возможности для дальнейшего развития, которые должны быть максимально, насколько это возможно, приближенными к практической реальности медработников и научных центров (Pesch et al., 2000). Они должны осуществляться на основе запросов, быть ориентированы на практику, решение проблем, чтобы способствовать осмыслению, решению проблем, самостоятельному обучению и повышению профессиональной ответственности, а также должны быть направлены на решение соответствующих проблем кадровых ресурсов здравоохранения (Jungnickel др., 2009).

В рамках непрерывного медицинского образования можно использовать новые способы обучения, такие как электронное обучение и телемедицину. Электронное обучение является очень полезным инструментом обучения и преподавания, который может стать экономически очень целесообразным методом в Таджикистане, особенно для врачей, находящихся далеко от учебных центров. Экспериментальная апробация и использование электронного обучения с активной специализацией по семейной медицине будут иметь ценное значение. Можно использовать дополнительные методы, включая внедрение клинического наставничества и групп экспертной оценки с более традиционными формами НМО (учебные курсы, конференции, семинары). Система кредит-часов, позволяющая отслеживать процесс НМО, имеет здесь решающее значение.

Усиление роли регулирующих органов. Аккредитация учебных центров, курсов и тренеров является ключевой мерой, гарантирующей качество, согласованность и актуальность принимаемых мер. Анализ функций учебных заведений и рассмотрение роли профессиональных органов, регламентирующих лицензирование, являются важными шагами на пути достижения роста базы членства медработников и рационализации процесса додипломного образования и непрерывной подготовки. Укрепление этой сети также имеет большой потенциал для межпрофессионального сотрудничества в тренингах и клинической практике, включая совместную разработку КРП и схем лечения заболеваний.

3. Развитие систем улучшения качества

Наличие своевременных и точных данных по предоставлению услуг. Несмотря на наличие процессов мониторинга и оценки для учреждений ПМСП, усиление деятельности по ведению учетно-отчетной документации и мер, направленных на улучшение качества, имеет решающее значение. Разработка индикаторов в соответствии с процессом утверждения новых КРП (см. Приоритет 1) имеет реальный потенциал для рационализации процесса выявления необходимых мер и обеспечения их соответствия доказательной медицине. Существующий процесс бумажного документооборота считается затратным по времени и зачастую дублируется (Jean-Richard 2010; Акказиева и др., 2015).

Систематизация стимулов повышения эффективности. Несмотря на многочисленные меры, предпринимаемые по улучшению финансирования, кадрового потенциала и физической инфраструктуры учреждений ПМСП, потенциал улучшения качества пока еще не используется в полной мере. Опыт внедрения системы материального поощрения, для стимулирования повышения эффективности зарекомендовал свою эффективность на уровне учреждений ПМСП. Механизм финансирования по результатам, используемый в отдельных районах в период с 2013 по 2014 г., показал свой реальный потенциал по улучшению качества ПМСП в условиях его широкомасштабного применения (Вставка 6).

Вставка 6. Пилотное внедрение механизма финансирования по результатам на уровне ПМСП

Факторы изменений. Семейные врачи в Таджикистане до 2013 г. получали фиксированную зарплату на основе регламентированных норм (базовой ставки оклада), независимо от численности населения, которое они обслуживают. В 2013 г. основной оклад составлял примерно 465 сомони (97 долл. США). В таких условиях, как представляется, мотивация медработников была низкой для предоставления качественных услуг, особенно для оказания профилактических услуг, включая информирование пациентов, что требует немало времени.

Цели. Финансирование по результатам является одним из компонентов Проекта по улучшению услуг здравоохранения, финансируемого Всемирным банком. Этот механизм направлен на улучшение охвата и качества основных услуг ПМСП в сельских медицинских учреждениях, а также в отдельных районах путем введения финансовых стимулов для работников ПМСП на основе показателей эффективности.

Деятельность. Набор из 14 индикаторов используется для оценки результатов эффективности, привязанных к материальному поощрению, которое выплачивается на ежеквартальной основе. Данные индикаторы включают оценку достижения целевых ориентиров по охране здоровья матери и ребенка, а также по некоторым НИЗ, таким как выявление гипертонии, или проверку артериального давления пациентам, обратившимся в учреждение ПМСП. На сегодняшний день финансирование по результатам было внедрено в восьми пилотных районах.

Достижения. Процесс внедрения финансирования по результатам был проанализирован в ходе двух раундов внутренней проверки. В результате его внедрения отмечается существенная разница в размере финансирования поставщиков ПМСП между первым и вторым кварталом. За 9 месяцев 2015 г. пилотные учреждения ПМСП заработали 2 328 547 сомони, из которых 70% было направлено на надбавку к заработной плате медработников и оставшиеся 30% – на развитие инфраструктуры. С точки зрения охвата, согласно данным второго квартала 2015 г., объемы услуг ПМСП, предоставленные пилотными ЛПУ, были на 20% выше по сравнению с предыдущим кварталом. Оценка по индикаторам качества за отчетный период показала, что качество услуг повысилось на 13% в пилотных районах Согдийской области и на 10% в Хатлонской области.

Извлеченные уроки. Финансирование по результатам зарекомендовало себя как эффективный механизм улучшения качества и повышения эффективности предоставляемых услуг ПМСП. Наряду с этим система материального поощрения, усиления в предоставлении услуг также требует укрепления потенциала ПМСП (например, путем проведения тренингов и семинаров), усиления инфраструктуры и модернизации оборудования, а также вовлечения заинтересованных сторон на разных уровнях системы здравоохранения.

Усиление роли и участия поставщиков в профессиональных ассоциациях. Участие в профессиональных ассоциациях в процессе аккредитации можно только приветствовать, поскольку ассоциации могут выступать в роли модератора и обеспечивать прозрачность процесса. К сожалению, в настоящее время в Таджикистане нет сильных ассоциаций, которые могли бы выполнять эту роль.

Распространение механизмов повышения качества, таких как экспертные группы и группы по контролю качества в центрах ПМСП. Опыт работы экспертных групп доказал успешность этого механизма в улучшении клинической практики ПМСП. Этот подход не является ресурсоемким, который требует только поддержки квалифицированных фасилитаторов и выделения времени семейными врачами и медсестрами. При эффективном планировании и контроле эта практика может быть применима в учреждениях ПМСП, причем будет приносить пользу не только для улучшения качества клинической практики, но также и для повышения профессиональной культуры в обсуждении вопросов повышения эффективности. Аналогичным образом группы по контролю качества могут также внедряться на уровне центров ПМСП, что будет особенно важно в условиях аккредитации учреждений ПМСП.

4. Инвестирование в управленческий потенциал

Потенциал планирования и управления на уровне ПМСП. Регулярно поднимаются проблемы, связанные с физическим содержанием учреждений: их содержанием, техническим обслуживанием и доступностью оборудования (Всемирный банк, 2010; Ахмедов и др., 2013; Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014). Тогда как обновление ресурсов учреждения в конечном счете зависит от финансирования системы здравоохранения, в системе предоставления услуг здравоохранения максимальное извлечение пользы от управленческого процесса играет критическую роль в оптимизации услуг на основе имеющихся ресурсов. Укрепление практического планирования, управления и принятия решений имеет реальный потенциал для повышения качества услуг и определяет возможности учреждения ПМСП в удовлетворении потребностей обслуживаемого им населения. Инвестирование во внедрение процесса бизнес-планирования по всем учреждениям ПМСП и институционализации этих мер в структуру и организацию групп семейных врачей следует продолжать на основе сделанных достижений (Вставка 7).

Вставка 7. Усиление потенциала бизнес-планирования на уровне учреждений ПМСП

Факторы изменений. Управление является важным процессом, который существенно влияет на общую эффективность предоставления услуг. Потенциал в области планирования, управления и принятия решений, следовательно, имеет большую важность во всех медицинских учреждениях по всем областям. Несмотря на децентрализованную структуру с областными управлениями и руководящими должностями на уровне учреждений, на практике управленческий потенциал в Таджикистане остается ограниченным.

Цели. В течение почти десяти лет (с 2005 г.) процесс бизнес-планирования реализуется в нескольких районах в рамках Проекта SINO. В 2012 г. были разработаны инструменты для улучшения этой практики и усовершенствования концепции бизнес-планирования. Проект направлен на повышение управленческого потенциала учреждений здравоохранения, в частности учреждений ПМСП, с целью усиления осведомленности о рациональном использовании ресурсов и повышения доступности информации для принятия управленческих решений на основе выявленных потребностей здоровья населения.

Мероприятия. Усиление процесса бизнес-планирования на уровне ПМСП направлено на предоставление ряда инструментов для руководителей учреждений, включая информацию для составления бюджетов и приоритизации ресурсов, расчета проекта бюджета для подушевого финансирования, и поддержку мониторинговой деятельности для выявления проблем и принятия соответствующих мер.

Достижения. На сегодняшний день процесс бизнес-планирования был успешно укреплен в 140 сельских центрах здоровья и на уровне групп по управлению ПМСП в районе им. Хамадони, а также в Шахринавском, Турсунзадевском, Восейском, Рудакинском и Файзабадском районах. По словам руководителей учреждений, бизнес-планирование позволило улучшить понимание процесса управления ресурсами, повысить автономию в определении приоритетов, а также улучшить планирование хозяйственной деятельности. В 2014 г. МЗСЗН было принято решение о внедрении процесса бизнес-планирования во всех учреждениях ПМСП (приказ № 243 от 28 апреля 2014 г.), это ознаменовало успех в институционализации деятельности проекта.

Извлеченные уроки. Чтобы обеспечить согласованность мероприятий, проводимых на различных уровнях системы здравоохранения, местное политическое участие имеет большое значение для успешного партнерства с учреждениями ПМСП. В целях повышения подотчетности следует принять меры по вовлечению сообществ в бизнес-планирование. Совершенствование управления услугами на районном уровне требует как наличия способностей к управлению, так и четкого определения функций и задач, позволяющего эффективно выполнять данный процесс.

Институциональная гармонизация для определения линий подотчетности между учреждениями национального, регионального и местного уровня. После упразднения в 2012 г. районных управлений здравоохранения к настоящему моменту сложилась острая необходимость в субнациональном координационном механизме и прояснении функций и обязанностей. Как отмечалось ранее, в 2013 г. МЗ был создан Координационный совет ПМСП под председательством заместителя министра здравоохранения, состоящий из представителей МЗ, национальных учреждений и партнеров по развитию. Хотя данный совет служит средством содействия диалогу и координации политики, его наличие не устраняет необходимость пересмотра линий подотчетности между различными уровнями системы здравоохранения.

В контексте появления новых участников в предоставлении услуг здравоохранения и объема инициированных мероприятий в настоящий момент появилась возможность улучшить согласованность действий между каждым из них и упорядочить их роли и обязанности. Такое согласование является жизненно важным фактором для устранения разрыва между политикой и практикой. Кроме того, инвестирование в развитие институционального потенциала системы имеет большое значение для обеспечения дальнейшего внедрения и устойчивости пилотных проектов в долгосрочной перспективе.

Усиление систем управления материально-техническим обеспечением и информацией в учреждениях ПМСП. Несмотря на сделанные инвестиции, материально-техническая база учреждений, включая оборудование и функциональные параметры, остается недостаточно развитой для медицинского обслуживания. Например, в ходе внедрения протоколов PEN была выявлена острая нехватка электрокардиографов, пикфлоуметров, гинекологических кресел. Что касается первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда и инсульта, несмотря на достаточный запас антитромбоцитарных средств (препаратов ацетилсалициловой кислоты / аспирина на уровне 78–100%), обнаружена проблема острой нехватки статинов (симвастатина и т. д.). Кроме того, повсеместно отмечается нехватка инсулина.

При поддержке партнеров по развитию были усовершенствованы системы управления ЛС и изделиями медицинского назначения (Вставка 8). Развитие информационных систем и системы материально-технического обеспечения показало свою успешность в области закупок и распределения ресурсов с потенциалом для решения проблем справедливости, особенно в странах с ограниченными ресурсами.

Вставка 8. Внедрение информационно-логистической системы (ИЛС) для учета ЛС и предметов медицинского назначения

Факторы изменений. Большая часть (70%) населения Таджикистана проживает в отдаленной, зачастую труднодоступной сельской местности. Доступ к медицинским услугам в значительной степени зависит от наличия медработников, ЛС и предметов медицинского назначения на местном уровне. Показатели материнской смертности, осложнений при родах и абортов, особенно в сельской местности, были чрезвычайно высоки после распада громоздкой и неэффективной советской системы здравоохранения.

Цели. В 2004 г. в Таджикистане был принят Стратегический план действий по охране репродуктивного здоровья и репродуктивных прав (2005–2014), выявленных услуг по планированию семьи и поставка контрацептивов в качестве приоритетных областей для интеграции на уровне ПМСП. В соответствии с этим планом действий было отмечено, что уровень неудовлетворенных потребностей в контрацептивах был снижен, а доступность контрацептивов на уровне ПМСП возросла.

Мероприятия. В 2005 г. при поддержке партнеров в области развития была внедрена информационно-логистическая система (ИЛС) в сфере охраны репродуктивного

здоровья. ЮНФПА взяло на себя ведущую роль в пилотировании ИЛС в северной части Таджикистана (Согдийской области). Было определено семь зон для распределения контрацептивов с территориальными складами. ЮНФПА были закуплены грузовики и переданы МЗСЗН для транспортировки контрацептивов с центрального на территориальные склады, а затем оттуда в учреждения ПМСП. В учреждениях по охране репродуктивного здоровья было закуплено и установлено оборудование для информационной системы, чтобы запустить программное обеспечение по логистике CHANNEL. Принимая во внимание огромное количество учреждений первичного звена, работающих в стране (более 1600), ЮНФПА было проведено обучение семейных врачей современным методам контрацепции и эффективному консультированию по вопросам планирования семьи при использовании каскадного подхода. Были разработаны и внедрены новые национальные руководства по контрацептивам наряду с информационно-просветительскими кампаниями, ориентированными на население. Успешная интеграция УМТОИИ в пилотных регионах легла в основу внедрения системы на уровне страны.

Достижения. Динамика изменения показателей материнского здоровья по времени имеет положительную тенденцию. В 2014 г. 65% учреждений первичной медико-санитарной помощи предоставляли по крайней мере три вида контрацептивов (что возросло с 47% в 2010 г.). Сегодня учреждениями предоставляется восемь различных видов противозачаточных средств, включая подкожные имплантаты. В настоящее время по всей стране работают склады, налажены цепочки поставок, компьютерные системы и подготовлен персонал, что обеспечивает эффективное управление товарно-материальными запасами и информацией для услуг по охране репродуктивного здоровья на уровне ПМСП.

Извлеченные уроки

- В странах с ограниченными ресурсами, таких как Таджикистан, необходимы меры на всех уровнях системы здравоохранения для поддержания цепочки поставок и адекватного учета потребностей населения в вопросах здоровья.
- Создание информационно-логистической системы, работающей по всей стране, поддерживает общую доступность противозачаточных средств на уровне ПМСП и комплексный характер услуг по планированию семьи на уровне учреждений. Эта деятельность была также поддержана обучением медработников (семейных врачей, медсестер и акушерок).
- Механизмы социального маркетинга, субсидируемые финансовые механизмы или иные рыночные подходы могут быть вполне применимы в ситуациях, когда не хватает бесплатных контрацептивов.

Усиление финансовой доступности услуг ПМСП. Одним из основных барьеров в обеспечении доступности услуг является сохранение высокого уровня наличных выплат граждан («из кармана»), которые снижают уровень доступности медицинских услуг, особенно для слоев населения с низким социально-экономическим статусом. В настоящее время государственный бюджет не может в полной мере покрыть расходы на предоставление услуг в рамках БПУ в пилотных районах. Медико-демографическое обследование, проведенное в 2012 г., показало: 45% женщин в возрасте 15–49 лет считает, что необходимость оплаты лечения представляет собой барьер в доступе к услугам здравоохранения. Финансовые ограничения создают самые большие сложности для самого малообеспеченного квинтиля населения, поскольку 69,1% женщин этой категории отметили недостаток финансовых средств в качестве проблемы, по сравнению с 30,8% в самом обеспеченном квинтиле. Анализ обращаемости населения за медико-санитарной помощью показал, что бедные реже обращаются за медицинской помощью, причем одна треть из этих домохозяйств откладывают обращение за помощью или вообще не обращаются из-за отсутствия средств.

В настоящее время подушевое финансирование учреждений ПМСП применяется только доля общего бюджета, не относящейся к заработной плате, которая составляет лишь около 10% от общих расходов учреждения ПМСП. Переход к полному подушевому финансированию услуг ПМСП в Таджикистане в настоящее время поддерживается партнерами по развитию и реализуется в рамках одного пилотного проекта в Спитаменском районе. Большая часть государственных средств выделяется на финансирование ПМСП на основе постатейного бюджета, который не дает возможности стимулировать качество. В качестве промежуточного решения такие схемы, как финансирование услуг здравоохранения, нацеленное на определенное сообщество, которое реализуется на пилотной основе в ГБАО, могут снизить финансовое бремя для населения в качестве механизма предварительного финансирования, который частично смягчает финансовый риск при обращаемости к услугам в экстренных ситуациях и в случаях необходимости проведения лабораторных исследований (Вставка 9).

Вставка 9. Общинные схемы финансирования услуг экстренной медицинской и лабораторной помощи

Факторы изменений. Недостаточное государственное финансирование медицинских услуг является ключевым фактором, влияющим на высокий уровень неформальных личных выплат граждан. Финансовое бремя услуг в конечном итоге ограничивает доступ населения к услугам здравоохранения.

Цели. В целях улучшения финансовой защиты был запущен пилотный проект по внедрению схемы общинного финансирования здравоохранения (СОФЗ) в ГБАО. Пилотный проект направлен также на повышение частоты использования услуг экстренной медицинской помощи и лабораторных услуг в первые 24 часа после госпитализации.

Мероприятия. Группы общинного финансирования услуг здравоохранения состоят из добровольных членов, которые делают заранее согласованные ежемесячные членские взносы⁶ в резервный фонд группы. Собранные средства могут затем использоваться группой, когда кому-нибудь потребуется экстренная медицинская помощь. Члены группы могут получить и использовать только определенную сумму, не превышая определенной фиксированной суммы, чтобы покрыть некоторые расходы, включая расходы на транспортировку, осмотр у врача, лабораторные анализы, использование медицинского оборудования и питание. Средняя сумма каждой из этих услуг не превышает 90 сомони за одного пациента.

Управление процессом сбора средств в сообществах осуществляется определенными сельскими организациями, которые бывают разными в разных селах в зависимости от степени доверия к той или иной структуре на местном уровне. Как правило, минимальная сумма средств хранится в каждой сельской организации, а остальная часть лежит на депозитном счете в местном банке (местном филиале «Таджик Содирот Банка»). Местные сельские организации, центры семейной медицины, и местные активисты по укреплению здоровья активно участвуют во всех аспектах данной схемы: привлекают членов группы, информируют население о данной схеме, осуществляют управление средствами, собирают членские взносы.

Достижения. В 2012 г. Фондом Ага Хана было проведено исследование⁷, для оценки хода реализации программы. В ходе данной оценки были сделаны выводы о том, что программа помогает улучшить финансовую доступность медико-санитарных услуг для членов сообщества, и повысить обращаемость к семейным врачам. Кроме того, члены данной схемы, со временем стали больше доверять специалистам по семейной медицине, что стало результатом прямого участия специалистов семейной медицины в качестве «первой точки контакта» пациентов с услугами здравоохранения.

⁶ Оплата за человека составляет, как правило, 1 сомони в месяц, а средняя единовременная суммы выплаты составляет 5,5 сомони (минимальная = 3, максимальная = 10).

⁷ Исследование исходного состояния по схеме общинного финансирования, реализуемой в 2010 г.

Вовлечение всех участников на местном уровне, включая сельские организации, семейных врачей, и активистов по укреплению здоровья на местном уровне привело к расширению прав и возможностей сообществ и повышению из ожиданий от качественных услуг здравоохранения. Качественное исследование, проведенное с членами группы СОФЗ показало, что среди населения фонд пользуется высокой репутацией, люди считают, что из средств фонда можно покрыть достаточно большую долю затрат на медицинскую помощь.

Сравнительные данные между данными исходного и последующих опросов показывают, что доля экстренных случаев, которые получили лечение в центрах семейной медицины возросла с 6% до 30% после введения схемы СОФЗ, тогда как процент пациентов, обращающихся на более высокий уровень здравоохранения снизился с 81% до 56%. Аналогично, доля направлений от семейного врача возросла с 26% до 59%, параллельно снижению числа пациентов поступающих в учреждения по само-направлению (с 68% до 33%).

5. Усиление комплексной модели медико-санитарной помощи, ориентированной на нужды и потребности человека

Интеграция программ по борьбе с конкретными заболеваниями. Большое внимание уделяется ПМСП и роли семейной медицины в предоставлении услуг по приоритетным заболеваниям, включая услуги по борьбе с ВИЧ и ТБ. Несмотря на достижения, объем и содержание практики, продолжают считать ограничивающим, с небольшим участием в лечении больных, технических процедурах и профилактических услугах.

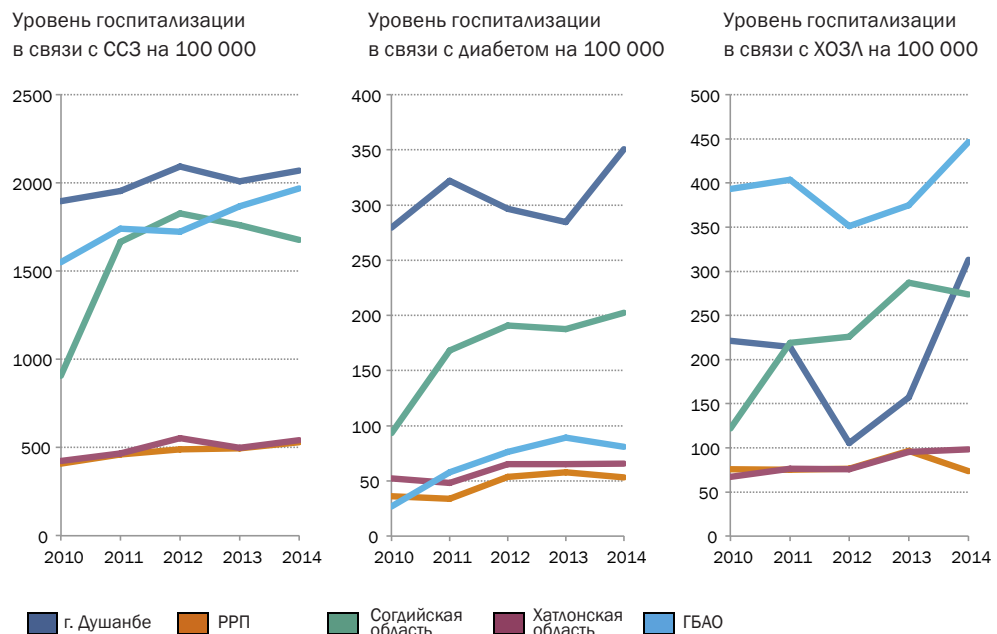
Роль семейных врачей по-прежнему в проведении клинических процедур остается скромной за пределами ПМСП. Кроме того, согласно данным проведенной оценки, ограниченный объем и содержание практики и не до конца задействованный потенциал таких медработников, как акушерки и медсестры, способствует чрезмерному использованию среднего медперсонала (Акказиева и др., 2015). Во всех рекомендациях постоянно говорится о необходимости расширения объема и содержания практики сестринского персонала, что включает, например, обучение пациентов во время приема и оценку состояния их здоровья в ходе домашнего патронажа.

Координация услуг по уровням и типам медико-санитарной помощи, уточнение случаев, когда больного следует переводить или перенаправлять с одного уровня на другой. Координация медико-санитарной помощи и консультаций различных узких специалистов только выиграют, если семейные врачи будут работать с другими специалистами и медицинским персоналом. Необходимость комплексного подхода в рамках программ, направленных на лечение определенных заболеваний (например, ВИЧ и ТБ на уровне ПМСП), имеет решающее значение в условиях возникновения одного или нескольких сопутствующих заболеваний (мультиморбидности). Партнерами по развитию было поддержано создание многоцелевых центров для больных (центров «единого окна») (где, например, ВИЧ-инфицированные пациенты с туберкулезом могут получать противотуберкулезные препараты вместе с препаратами для АРВ-терапии). Формат услуг и организация работы поставщиков по институционализации процессов предоставления услуг в области профилактики, лечения и ухода за больными с учетом всех потребностей пациентов, имеет жизненно важное значение оптимального улучшения результатов.

Фрагментация потока пациентов, передвигающихся между различными уровнями медико-санитарной помощи, представляет собой сложную задачу для возвращения пациентов к семейному врачу, после лечения у узкого специалиста, поскольку больные зачастую «теряются» в системе после получения ими выписного эпикриза с заключением врача (который содержит окончательный диагноз, рекомендации по лечению и т. д.), чтобы продолжить последующее врачебное наблюдение и координацию помощи у врача ПМСП (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014).

Функция «привратника» все еще слабо выполняется семейными врачами на уровне ПМСП. Многие пациенты обращаются на более высокий уровень напрямую, без направления от врача ПМСП, и есть необходимость в укреплении системы перенаправлений и координации. Что касается преемственности медико-санитарной помощи, в стране отмечается слабая интеграция услуг ПМСП и вторичного звена. На Диаграмме 14 представлены изменения показателей госпитализации на 100 000 населения по ССЗ, диабету и ХОЗЛ, по времени, где более высокий уровень отмечается в г. Душанбе и Согдийской области, вероятно, отражает то, что в эти области стекаются пациенты из близлежащих районов. Дальнейшее укрепление роли семейных врачей наряду со вторичным звеном здравоохранения, может привести к ситуации, когда только нуждающиеся в госпитализации больные будут лечиться на вторичном уровне. В рекомендациях отмечается большая необходимость выполнения семейными врачами роли по координации услуг между различными специалистами, обеспечивая профилактику и лечение заболеваний по всему спектру непрерывной медико-санитарной помощи (Ауё и др., 2010).

Диаграмма 14. Уровень госпитализации в связи с ССЗ, диабетом, ХОЗЛ на 100 000 населения в период с 2010 по 2014 г.



Источник: МЗСЗН, 2014б.

Система учета пациентов. Учет пациентов является важным процессом эффективного мониторинга и оценки. Информация о частоте болезни, стадии заболевания, успешности лечения и выживании необходима для активного предоставления профилактических услуг для программ по раннему выявлению и лечению заболеваний, а также для мониторинга их эффективности. Следовательно, улучшение существующей системы учета пациентов в качестве инструмента мониторинга и управления является важной задачей для страны. Интеграция различных источников данных, включая данные по воздействию, факторам риска, потенциала системы здравоохранения и мер, принимаемых системой по борьбе и профилактике определенных заболеваний, является желательной и достижимой целью, которая позволяет лучше отслеживать прогресс и достижение целевых ориентиров по борьбе с НИЗ, и значительно облегчает учет потребностей для разработки научно-обоснованной политики.

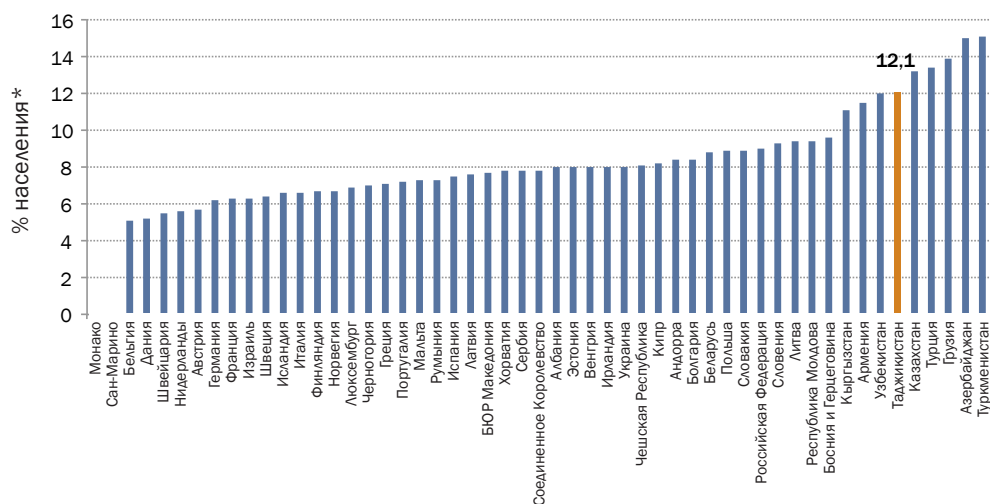
Вовлечение пациентов, семей и сообществ в качестве партнеров в решение вопросов, связанных со здоровьем. Программам по санитарному просвещению населения и услугам по экспертной поддержке придается большое значение, предполагая, что они являются сред-

ством усиления вовлеченности пациентов и борьбы с устойчивым недоверием населения к системе, особенно к практике семейной медицины (Акказиева и др., 2015). Меры, направленные на повышение степени вовлеченности пациентов, включают создание школ или групп поддержки пациентов с определенными заболеваниями, которые действует на базе некоторых центров ПМСП по всей стране. Эти центры занимаются информированием пациентов о ЗОЖ и улучшению своих привычек, влияющих на здоровье. Эти и аналогичные меры, к сожалению, пока не стандартизированы и не реализованы на национальном уровне. В результате этого, среди населения до сих пор бытуют ложные представления, например, о том, что «необходимо отдыхать от лекарств», чтобы лекарства не перестали действовать (Ахмедов и др., 2013).

В условиях растущего бремени НИЗ, изменения образа жизни имеют особое значение. Необходимо обращать внимание населения на такие проблемы, как неправильное питание, сидячий образ жизни, неблагоприятные условия труда, а также вредные привычки (например, курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками). Как показано на Диаграмме 15, доля распространенности повышенного уровня глюкозы в крови высока в Таджикистане по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ. Точно так же отмечается рост индекса массы тела (ИМТ) среди мужчин и женщин в динамике по времени.

Целевая адвокативная работа по охране здоровья матери и ребенка, профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и вопросам питания зарекомендовала свою успешность в информировании населения и поддержке изменений в структуре обращаемости за медицинской помощью. Примеры мер по использованию разных видов информирования населения, включая распространение информационно-образовательных материалов (например, видео и радио роликов, листовок, баннеров, буклетов, справочников, календарей и т. д.), представлены во Вставках 10 и 11. В случае популяризации употребления йодированной соли, ключевым компонентом стало использование межсекторального подхода, связывающего отделы розничной реализации продуктов питания, лидеров сообществ и работников ПМСП для достижения целей данной инициативы.

Диаграмма 15. Распространенность повышенного уровня глюкозы в крови на территории стран Европейского региона ВОЗ в 2014 г.



Источник: ВОЗ, 2015а.

* % населения (18+ лет) с повышенным содержанием сахара в крови (натощак => 7,0 ммоль/л) или во время лечения ЛС для снижения глюкозы, или с диабетом в анамнезе.

Вставка 10. Повышение спроса и обращаемости за услугами через информирование сообществ и расширения возможностей: случай профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Факторы изменений. Уровень распространенности ВИЧ увеличился в Таджикистане более чем на 25% за последние 10 лет. Несмотря на то что распространенность ВИЧ-инфекции возросла как среди мужчин (77,7%) и так и среди женщин (22,3%), частота новых случаев ВИЧ среди женщин утроилась за последние годы, с 8,5% в 2005 г. до 28,5% в 2011 г. Число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин возросло, что частично обусловлено лучшей выявляемостью в связи с введением Программы по предупреждению вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку в 2008 г.

Кроме того, услуги по ВИЧ/СПИДу, как правило, предоставляются в формате вертикальной программы, и слабо интегрированы в систему ПМСП. Медработники ПМСП зачастую не имеют необходимых навыков для проведения тестирования и консультирования или оказания помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам. Задача обеспечения необходимых исследований на ВИЧ-инфекцию на уровне первичного звена усугубляется отсутствием финансирования; по оценкам, 10% женщин в 2005 г. прошли тестирование на ВИЧ.

Цели. В таких условиях необходимость реализации срочных мер по усилению антенатальной помощи и активному привлечению ПМСП в работу по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку получила широкое признание. В 2013–2015 годах при поддержке партнеров по развитию был выдвинут проект по борьбе с инфекционными заболеваниями, включая ВИЧ, вирусные гепатиты и ИПП. В Таджикистане, в г. Душанбе, Согдийской и Хатлонской областях были проведены реформы, направленные на предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, расширение охвата беременных женщин услугами по тестированию и консультированию на ВИЧ-инфекцию на уровне ПМСП.

Мероприятия. Приоритетным направлением является укрепление потенциала специалистов первичного звена (семейных врачей, акушеров, акушер-гинекологов) в области проведения качественного (до- и послетестового) консультирования и оказания необходимой (послетестовой) помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам. Было проведено обучение при помощи сертифицированных тренеров на республиканском уровне в соответствии с международными стандартами и принципами доказательной медицины.

Важно отметить: усиление профилактических услуг было сильно акцентировано на повышение осведомленности населения по вопросам профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Были проведены акции по санитарному просвещению населения с участием средств массовой информации и созданием и распространением печатных материалов и видеороликов, позволяющих охватить широкую аудиторию. Кроме того, были проведены целевые адвокативные мероприятия с целью привлечения лидеров других секторов и местных органов власти. В общей сложности было опубликовано 15 различных видов информационных, образовательных и агитационных материалов (видео- и радиороликов, листовок, баннеров, буклетов, справочников, календарей и т. д.).

Достижения. В результате всестороннего и комплексного подхода, направленного на расширение возможностей населения при помощи информирования о вопросах здоровья, резко повысился уровень обращаемости за услугами ПМСП. Это способствовало более раннему выявлению ВИЧ-инфицированных беременных женщин и своевременному началу лечения в целях предотвращения передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. Кроме того, в рамках организованной учебной деятельности семейные врачи, акушер-гинекологи и медработники по консультированию молодежи на уровне ПМСП прошли обучение по вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Эти меры привели к расширению охвата антенатальной помощью до 70,7% в 2015 г., и серьезный рост числа проводимых исследований на ВИЧ для беременных женщин (80–90% в 2014 г.).

Извлеченные уроки. Двусторонняя ориентация проекта направлена на повышение уровня знаний медицинских работников и вовлечение сообществ в обеспечение устойчивости и эффективности этих мер путем изменения не только отношения медицинских работников ПМСП и улучшения качества дородового наблюдения, но также параллельно нацелена на повышение спроса и обращаемости населения за услугами. Вовлечение специалистов по работе молодежи в эту деятельность оказалось очень эффективной мерой по усилению услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, учитывая большое число беременных женщин среди молодежи Таджикистана.

Вставка 11. Вовлечение сообщества в решение вопросов питания: пример внедрения всеобщего йодирования соли

Факторы изменений. Несмотря на то что Таджикистан был среди первых стран в Центральной Азии, которые приняли закон (2002), требующий, чтобы вся употребляемая в пищу соль подвергалась йодизации, йододефицитное заболевание (ЙДЗ) остается ключевой проблемой здоровья населения, причем самый высокий уровень распространенности этого заболевания отмечается на юге и в горных районах. По данным исследования по выявлению содержания питательных микроэлементов в рационе питания, проведенного в Таджикистане в 2009 г., более половины женщин (58,6%) и детей (52,9%) страдают дефицитом йода. В Хатлонской области и районах республиканского подчинения (РРП) этот показатель превысил 73%. Хотя, по данным статистики, уровень употребления йодированной соли в домашних хозяйствах достаточно высокий (84% в 2012 г.), этот показатель имеет разные значения в разных областях, причем доля лиц, употребляющих достаточное количество йодированной соли, составляет около 39% с большими различиями по различным квинтилям благосостояния.

Цели. Начиная с 2013–2015 годов с целью ликвидации йододефицитных нарушений был запущен проект «Улучшение доступа населения Хатлонской области к йодированной соли: шаг в сторону достижения всеобщего йодирования соли в Таджикистане»⁸. Проект имеет три конкретных цели: i) повысить доступность йодированной соли на рынках и сельских магазинах путем предоставления экспресс тестов розничным торговцам и лидерам сообществ в Хатлонской области; ii) повысить потенциал производителей соли и контролирующих органов по обеспечению базового качества йодирования соли; и iii) повысить уровень информированности потребителей в Хатлонской области о ЙДЗ и преимуществах употребления йодированной соли.

Мероприятия. Для достижения этих целей ЮНИСЕФ совместно с МЗСЗН, Институтом питания при Министерстве промышленности и новых технологий, организациями гражданского общества, Глобальным альянсом по улучшению питания (GAIN) и USAID был инициирован ряд направлений деятельности. Сюда входит: адвокативная работа с производителями соли и политиками на обеспечение соблюдения законодательства по ВИС; закупка и распространение экспресс-тестов для всех розничных торговцев соли и местных лидеров, включая работников ПМСП Хатлонской области; укрепление потенциала производителей соли и контролирующих органов по производству йодированной соли, распространение соли и обеспечения качества (включая предоставление лабораторного оборудования); и эффективные меры по социальной мобилизации и информирования населения по всеобщему йодированию соли.

Важно отметить: в рамках проекта было привлечено и обучено в общей сложности 1291 сельский лидер и другие местные лидеры Хатлонской области для широкого распространения данной инициативы по всему сообществу. В ходе обучения местные лидеры получили копию Закона о йодировании соли и набор экспресс-тестов, с инструкциями по их использованию. В процессе обучения был сделан акцент на то, что местные лидеры несут ответственность за обеспечение всех точек розничной торговли экспресс-тестами в своих селах и повышение осведомленности членов сообщества о том, что они имеют право проверить уровень содержания йода в соли в магазинах

⁸ Проект реализуется ЮНИСЕФ при поддержке GAIN/USAID.

и/или на рынках, прежде чем купить ее. В конце обучения участниками был составлен адаптированный план действий для своего села, включая план распространения экспресс тестов. Чтобы обеспечить осуществление этих планов и достичь полного охвата розничных торговцев экспресс-тестами, ЮНИСЕФ сотрудничает с местными и международными НПО (например такими, как Корпус Мира, Save the Children, Nissojon) с целью проведения интенсивного последующего мониторинга и оказания поддержки на уровне сообществ. Эти организации хорошо представлены на уровне сообществ, а также имеют необходимые знания и опыт работы по вопросам здоровья и, следовательно, имеют благоприятные возможности для интеграции профилактики ЙДЗ и информирования о всеобщем йодировании соли в деятельность сообществ.

Достижения. Проектом были достигнуты положительные сдвиги в сторону повышения осведомленности населения и улучшения практики потребления йодированной соли. Данные опроса показывают, что число людей, знающих о необходимости употребления йодированной соли и регулярно употребляющих ее, возрастает со временем. Положительные изменения также отмечаются в практике приобретения соли. По данным опроса, проведенного в 2013 г., 46% респондентов сообщили, что они, как правило, покупают соль на развес в больших мешках, однако доля таких лиц резко сократилась в 2015 г. до менее чем 1%. Более 77% соли, купленной в 2015 г. было приобретено в полиэтиленовых пакетах по одному килограмму с определенной маркировкой. Другими словами, потребители в Хатлонской области теперь почти полностью отказались от практики приобретения соли на развес (как правило, незаконно произведенной и нейодированной соли). Такое резкое изменение практики было тесно связано с повышением осведомленности населения по этой теме и регулированием процесса производства и реализации соли.

Извлеченные уроки. Опыт работы данного проекта показал, что ключом к успеху для достижения ВИС является партнерство и участие различных/многосекторальных заинтересованных сторон, включая соответствующие министерства и ведомства, НПО органы местного самоуправления, лидеров сообществ, (включая сельских голов, учителей, и религиозных лидеров), работников ПМСП; бизнес-сектор, ассоциации потребителей и партнеров по развитию. Очевидным стал тот факт, что взаимодействие с населением и охват значительно улучшились после привлечения партнеров НПО. В дальнейшем важнейшее значение будет иметь развитие системы контроля и обеспечения качества, как на уровне основных производителей соли, так и на уровне контролирующих органов. В то же время доказана важность реализации комплексных мер по созданию спроса со стороны населения на качественно йодированную соль. Согласованный подход на основе мер, предпринимаемых как со стороны предложения, так и со стороны спроса имеет большое значение.

6. Научно-технические инновации

Практика назначения ЛС. Несмотря на налаженный процесс составления и обновления перечня жизненно-важных лекарственных средств, этот процесс не привязан к разработке и обновлению КРП. Отсутствует также центральный реестр протоколов, который дает информацию по их состоянию. Ранее была сделана рекомендация по созданию лекарственно-терапевтического комитета в качестве средства для решения проблем, связанных с координацией, обновлению и внедрению КРП.

Качество лекарственных средств. В соответствии с отчетными данными в последние годы отмечается значительный прогресс в области регулирования лекарственных средств, включая создание Агентства по надзору за фармацевтическим рынком. Существует, однако, необходимость повышения потенциала в лабораториях и усиления инспекционных функций на уровне учреждений, а также создания комплексной системы регистрации лекарственных средств. Кроме всего, в стране отсутствует функционирующая система фармаконадзора, в связи с чем отмечается высокий уровень побочных эффектов, низкой эффективности и качества ЛС.

Раздел третий: дальнейшие шаги

За последние пять лет многое было достигнуто для продвижения ПМСП, основанной на практике семейной медицины, как в отношении самих услуг, так и в отношении развитии кадрового потенциала семейной медицины. Сюда также входит разработка политики и нормативно-правовой базы для семейной медицины, развитие институционального потенциала на национальном уровне для надзора и регулирования услуг здравоохранения, а также многочисленные пилотные проекты, предлагающие практические решения и ноу-хау по усовершенствованию системы предоставления услуг.

Опираясь на этот фундамент, в ходе следующего этапа развития ПМСП в Таджикистане следует обратить внимание на закрепление преобразований с акцентом на обеспечение их устойчивости и гармонизации с общей системой здравоохранения, чтобы реформирование осуществлялась в таких масштабах и таком темпе, которые необходимы для ускорения получения положительных сдвигов в показателях здоровья населения (Диаграмма 16).

Диаграмма 16. Изменение целей по развитию семейной медицины в Таджикистане за период с 2010 по 2020 г.



Видение: комплексная модель ПМСП

Решение сохраняющихся проблем в предоставлении услуг здравоохранения не может быть найдено при помощи частичных преобразований. Необходим комплексный подход к реформам, где «комплексный характер» ПМСП определяется как приведение преобразований системы предоставления услуг здравоохранения в соответствие с необходимыми условиями для системы здравоохранения и политикой, наряду с четкой ориентацией на нужды и потребности обслуживаемого населения.

Чтобы создать модель комплексной ПМСП, необходимо обратить внимание на четыре приоритетных направления: ориентация работы на приоритетные группы населения и улучшение индивидуальных показателей здоровья; преобразование процессов предоставления услуг здравоохранения; укрепление других благоприятных факторов для системы здравоохранения; и создание среды для доверительного управления и политики (Диаграмма 17).

Диаграмма 17. Координация деятельности между приоритетными направлениями для усиления ПМСП



На основе данных обзора были отмечены основные моменты по четырем приоритетным направлениям. Они могут служить «точками входа» для плана действий по усилению ПМСП в Таджикистане. Комплексный подход к ПМСП, применяемый ко всем приоритетным направлениям, призывает учитывать ряд факторов.

Приоритет 1: Результаты

Определение потребностей, расширение возможностей сообществ и вовлечение пациентов

- **Определение потребностей в вопросах здоровья.** Потребности в вопросах здоровья далеко не носят статический характер, поэтому анализ приоритетов является первым и самым важным шагом для улучшения состояния здоровья населения. Как было отмечено, улучшение системы учета пациентов является важным и необходимым процессом, который даст необходимую информацию для своевременного планирования и оказания профилактических услуг и мер для эффективного лечения и контроля заболеваний.
- **Разработка планового подхода для расширения возможностей сообществ.** Усилия, направленные на информирование населения, доказали свою важность в повышении грамотности в вопросах здоровья и вовлечения населения в решение своих проблем со здоровьем. Активные попытки систематического вовлечения различных сторон (например, сельских организаций; активистов по укреплению здоровья) и использование разных инструментов (таких как информационные кампании; печатные материалы) имеет большое значение. Это имеет реальный потенциал для повышения не только осведомленности населения и продвижения здорового образа жизни, но также и для повышению доверия со стороны населения к службе здравоохранения и понимания общей ответственности.
- **Формализация политики вовлечения пациентов.** Хорошо зарекомендовавшие себя платформы, такие как школы гипертоников на уровне ПМСП, являются важными аспектами, масштаб которых следует расширять. В контексте тенденций здравоохранения, когда профилактическая работа имеет серьезную направленность на изменение образа жизни

и соблюдения режима лечения заболевания, следует рассматривать пациентов в качестве активных партнеров в решении проблем собственного здоровья. Придание официально-го характера услуг по обучению ЗОЖ и разработке планов лечения, в качестве услуг, оказываемых семейными врачами и медсестрами будет иметь решающее значение для обеспечения эффективного и систематического проведения этих мер.

Приоритет 2: Предоставление услуг

Выбор услуг, стандартизация медико-санитарной помощи, организация работы поставщиков и инвестирование в процессы совершенствования управления и качества

- **Выбор комплексного базового пакета услуг.** Основные услуги по профилактике, диагностике, лечению и управлению должны быть определены в соответствии с приоритетами здравоохранения. Внедрение БПУ по всей стране было предусмотрено существующей дорожной картой финансирования здравоохранения. Выделение финансовых ресурсов для покрытия расходов на необходимые услуги требует тщательной координации.
- **Усиление стандартизации услуг в КРП.** При наличии структурированного процесса для разработки КРП, меры по рационализации функций и совершенствованию технического содержания протоколов являются важным направлением деятельности. Сюда может входить определение индикаторов по внедрению и мониторингу КРП в качестве результата их разработки.
- **Организация работы групп семейных врачей с другими поставщиками и уровнями учреждений.** Группы семейных врачей заняли позицию в центре предоставления услуг системой здравоохранения. Можно поддержать эту функцию и эффективное использование услуг между различными уровнями оказания медицинской помощи, анализируя весь алгоритм оказания медико-санитарной помощи пациенту. Решающее значение для улучшения потока пациентов и повышения общей эффективности оказания услуг имеет гармонизация процессов, функций, объема и содержания медицинской практики поставщиков, а также потоков клинической информации на местном уровне.
- **Инвестирование в управление учреждениями.** Обеспечение бесперебойной работы службы с эффективными процессами планирования и составления бюджета, обновление товарно-материальных запасов и поддержание ресурсов, а также контроль повседневной работы имеет критически важное значение для оптимального предоставления услуг. Меры, направленные на укрепление управленческого потенциала в учреждениях требуют систематизации процессов, ролей и обязанностей. В контексте финансовых преобразований с введением подушевого финансирования и возможного расширения финансирования на основе результатов очень важно, чтобы эти достижения были эффективно задействованы в функции управления. Кроме того, усиление управления учреждением, особенно на уровне ПМСП, дает возможность поддержки распространения, внедрения и мониторинга использования КРП.
- **Оптимизация процессов улучшения качества.** При наличии структуры мониторинга клинических процессов внутренние механизмы по улучшению качества могут быть усовершенствованы при систематизации таких мер, как привлечение экспертных групп и групп по улучшению качества. Эти меры доказали полезность их применения в качестве эксперимента или на более высоких уровнях оказания медицинской помощи. ПМСП, в частности, выиграет от наличия формализованных процессов мониторинга показателей эффективности и решения проблем.

Приоритет 3: Система

Гармонизация факторов, благоприятных для развития здравоохранения: финансирование, кадры, ЛС и технологии

Финансирование

- **Расширение охвата подушевым финансированием учреждений ПМСП.** Реализация утвержденной дорожной карты по финансированию здравоохранения включает внедрение подушевого финансирования на территории всей страны с формированием бюджета на основе подушевого норматива. Данный процесс требует тесного взаимодействия с системой предоставления услуг, причем доступность и справедливость распределения ресурсов будет зависеть от правильного использования данного подхода.
- **Гармонизация финансирования по результатам.** Метод финансирования по результатам следует скорректировать в дальнейшем и привести в соответствие с результатами и деятельностью по улучшению качества, чтобы использовать полученные данные для широкомасштабного внедрения данного механизма.

Кадровый состав системы здравоохранения

- **Регистрация медработников для планирования и прогнозирования потребностей между до- и постдипломным образованием.** Политический диалог для более тщательной координации планирования и развития человеческих ресурсов следует наладить в сфере медицины. Создание системы регистрации медработников и базы данных по ЧР, отражающей демографические факторы медицинских кадров (образование, возраст и пол), занятость и кадровый состав здравоохранения являются важными шагами в направлении усовершенствования системы планирования ЧР. Надежный, обновленный процесс регистрации кадров создаст возможность усовершенствования методов, особенно для обучения медицинских работников в соответствии с ресурсными потребностями и необходимостью обеспечения непрерывности процессов в период между до- и постдипломного образования.
- **Усиление клинических компетенций на уровне додипломного образования.** С целью развития практических клинических навыков у студентов на уровне додипломного образования необходимо наладить сотрудничество с учебно-клиническими базами по областям, обеспечивая наличие необходимого потенциала у местного персонала для наставнической работы со студентами. То же самое относится к подготовке сестринского персонала, поскольку возможности для приобретения опыта клинической практики очень ограничены для медсестер. Необходимо наладить механизмы мониторинга и контроля за этой деятельностью, которые позволят следить за процессом полного погружения студентов в обучение на практике.
- **Популяризация специальности «семейная медицина» на уровне додипломного образования.** Студенты должны регулярно соприкасаться с практикой семейной медицины в течение всех шести лет их медицинского образования, чтобы ознакомиться с этой областью медицинской практики. Тем не менее без наличия четкой политики приоритизации семейной медицины популяризация этой специальности будет сложной задачей. Необходимо систематически применять известные механизмы по созданию позитивной и благоприятной рабочей среды.
- **Лицензирование.** Министерством была официально запущена платформа по обязательному лицензированию выпускников, что является неотъемлемой частью непрерывного образования и повышения квалификации всего кадрового состава системы здравоохранения.

ранения. Эта платформа имеет большое значение для обеспечения надежности НМО и обучения на протяжении всей жизни с вероятностью ее включения в новый процесс повторного лицензирования.

- **Разработка комплексной стратегии НМО для Таджикистана.** Разработка национального подхода для НМО поможет всем заинтересованным сторонам, работающим в этой области, более четко определить свои полномочия и обязанности и продумать более четкую концепцию развития системы НМО. Для стандартизации процессов НМО необходима аккредитация учреждений, учебных центров и тренеров. Важно иметь систему НМО работающую на основе кредит-часов, чтобы поощрить специалистов его использовать при условии, что она актуальна и помогает развиваться практикующим специалистам, улучшая их компетенцию и степень подготовленности. При этом система НМО должна стать стимулом для практикующих специалистов, позволяющая улучшить свою практику. Следует определить ту роль, которая отводится медицинским ассоциациям, больницам, группам семейных врачей и другим заинтересованным сторонам. В рамках подхода к НМО необходимо определить роль и механизмы аккредитации, которые будут вводиться первоначально на добровольной, а затем на обязательной основе.

Медикаменты и технологии

- **Практика закупок ЛС по списку основных лекарственных средств (СОЛС).** Хотя в стране есть разработанный СОЛС, отсутствие политики регулирования цен и ценообразования создает проблемы для закупок. Повышение покупательной способности через централизованный процесс закупки самых дорогостоящих ЛС может улучшить доступ. Необходим систематический сбор фактических данных по объемам закупаемых лекарственных средств различными государствами (Европейское региональное бюро ВОЗ, проект). Устойчивость поставок ЛС и предметов медицинского назначения играет критически важную роль в семейной медицине для таких услуг, как иммунизация и планирование семьи. Если этот вопрос не будет решаться, то будет представлять собой серьезную проблему для достижения устойчивых положительных сдвигов в долгосрочной перспективе с учетом того, что большая доля жизненно-важных ЛС финансируется из внешних источников или «из кармана» пациента.
- **Качество лекарственных средств.** Для усиления надзора за фармацевтическим рынком необходимо проводить оценку и обучение в области контроля качества (лабораторного) и проверки. Создание механизмов для включения мониторинга фармаконадзора в системе повышения эффективности может способствовать поддержке общего качества лекарственных средств.
- **Меры по улучшению рационального использования лекарственных средств.** Необходимо содействовать гармонизации процессов разработки КРП и управления и обеспечения доступности лекарственных средств, что может дополнительно поддерживаться такими механизмами, как Национальный лекарственно-терапевтический комитет. В контексте растущих потребностей, обусловленных хроническими заболеваниями, такая гармонизация приобретает все большее значение для обеспечения долгосрочного надлежащего управления ЛС.
- **Выравнивание основных ресурсов по учреждениям.** Основные ресурсы в ПМСП требуют дальнейших инвестиций. Укрепление информационных систем для их классификации может стать первой отправной точкой на пути к определению стандартного пакета ресурсов по учреждениям.

Приоритет 4: Политика

Укрепление механизмов подотчетности и нормативно-правовой базы

- **Уточнение институциональных механизмов, функций и обязанностей.** Институциональный потенциал системы здравоохранения резко повысился в последние годы в сторону создания критической массы знаний и технических ресурсов. Для того чтобы в полной мере использовать эти структуры, есть явная необходимость рационализации функций и обязанностей с потенциальным снижением числа дублируемых задач и уточнением линий подотчетности.
- **Разработка модели управления на субнациональном уровне.** В свете преобразований, проведенных в последние годы, настоятельно необходимо разработать модель регулирования и управления на областном и районных уровнях. Необходимо рассмотреть различные механизмы ролей и обязанностей наряду с анализом возможностей и ресурсов, необходимых для выполнения этой роли. Формализация механизмов для реализации на уровне всей страны имеет жизненно важное значение для выполнения стоящих задач по другим приоритетным областям.
- **Связь политики с научными данными.** При наличии необходимого институционального потенциала уточнение функций и обязанностей должно усилить связь между политикой и практикой. Формализация обратной связи между приоритетами, реализацией, мониторингом и оценкой играет важную роль для обеспечения дальнейшего развития ПМСП, основанной на семейной медицине, и в целом всей системы предоставления услуг здравоохранения.

Список литературы

- Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. 2010а. (Национальная программа по развитию семейной медицины на 2011–2015 гг.) Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.
- Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. 2010б. Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на 2010–2020 гг. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.
- Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. 2013. Совместный ежегодный обзор третьего года реализации Национальной стратегии здравоохранения Республики Таджикистан на 2010–2020 гг. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.
- Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. 2014а. Отчет № 4. Совместный ежегодный обзор Национальной стратегии 2010–2020 период 2013–2014 гг. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.
- Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. 2014б. Медико-информационная система района. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты.
- Ahmedov, S, K Blondal, H Hofman, A Hovhannisyan, K Kremer, A Neher, A Salakaia, et al. 2013. Extensive review to tuberculosis prevention, control and care in Tajikistan 15–27 July 2013. (Обзор по профилактике, контролю и лечению ТБ в Таджикистане). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Akkazieva, B, J Tello, B Smith, M Jakab, K Krasovsky, N Sautenkova, L Yuldasheva, and M Shoismatuloeva. 2015. (Улучшение показателей по НИЗ: вызовы и возможности) Noncommunicable Disease Outcomes: Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ayé, Raffael, Kaspar Wyss, Hanifa Abdualimova, and Sadullo Saidaliev. 2010. Patient's site of first access to health system influences length of delay for tuberculosis treatment in Tajikistan. BMC Health Services (Взгляд пациента на первый контакт с системой здравоохранения, как система влияет на задержку противотуберкулезного лечения в Таджикистане) BMC Health Services Research 10: 10. doi:10.1186/1472-6963-10-10.
- Health Policy Analysis Unit. 2013. Policy brief 6 Opinions of the graduates of TSMU and interns of TIPMT regarding selection of family medicine as their specialty. (Информационный бюллетень № 6. Мнение выпускников ТГМУ и интернов на социальную защиту населения в Республике Таджикистан) Dushanbe: Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan.
- Jean-Richard, V. 2010. What do we know about the health situation in developing countries? The problem of data quality and use in Tajikistan. (Что мы знаем о состоянии здравоохранения в развивающихся странах) Zurich: Swiss Federal Institute of Technology.
- Jungnickel, PW, KW Kelley, DP Hammer, ST Haines, and KF Marlowe. 2009. Addressing competencies for the future in the professional curriculum. (Рассмотрение возможных компетенций для включения в будущий учебный план) American Journal of Pharmaceutical Education 2009 73 (8).

- Khodjamurodov, Ghafur, and B Rechel. 2010. Tajikistan health system review. (Обзор системы здравоохранения в Таджикистане). Vol. 12. Health Systems in Transition. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Langins, M, and L Borgermans. 2015. Competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. (Компетентный медперсонал для предоставления скоординированных/комплексных услуг здравоохранения) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Loutan, L. 2014. Peer review of medical education reform project - MEP II - Tajikistan. (Коллегиальный обзор проекта медицинского образования в Таджикистане). Geneva.
- Menges, D, Z Kasymova, and E van Twillert. 2015. Evaluation of the Learning Environment of Residents in Family Medicine Specialty Training Programmes in Tajikistan. (Оценка среды обучения для клинических ординаторов по специализации по семейной медицине) Dushanbe: Project of medical training reforms.
- Peck, C, M McCall, B McLaren, and T Roterm. 2000. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. (Непрерывное медицинское образование и непрерывное профессиональное развитие: Международные сравнения.)BMJ 320: 432–35.
- Tello, J, and E Barbazza. 2015. A concept note on health services delivery. (Концепция по системе предоставления услуг) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. 2010. The world health report - health systems financing: The path to universal coverage. (Всемирный доклад о здоровье - Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату) Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2014. Global status report on NCDs 2014. (Глобальный доклад о ходе работы по НИЗ 2014) Geneva: WHO.
- WHO. 2015a. Global Health Observatory (GHO) Data. Geneva: WHO. <http://www.who.int/gho/en/>.
- WHO. 2015b. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. (Глобальная стратегия по организации интегрированных услуг здравоохранения, ориентированных на потребности людей. Промежуточный отчет). Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1.
- WHO. 2008. The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth. Tallinn, Estonia: WHO Regional Office for Europe.(Таллинская Хартия. Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния).
- WHO. 2013. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. (Европейская основа политики для поддержки действий государственных органов и общества для улучшения здоровья и благосостояния). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1.
- WHO. 2014. Evaluation of the structure and provision of primary care in Tajikistan (Оценка структуры предоставления первичной медико-санитарной помощи в Таджикистане). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe. Draft. Evaluation of the process used for procurement of medicines in the Republic of Tajikistan. (Оценка используемого процесса для закупок лекарственных средств в Республике Таджикистан). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Bank. 2010. Health care facilities master plan at oblast level: final report (Генеральный план развития лечебных учреждений: итоговый отчет). Dushanbe: World Bank.

Приложение 1. Обзор программы по семейной медицине

| Приоритет 1. Нормативно-правовая база и организационная структура семейной медицины | | |
|--|--|---|
| Цели | | Индикаторы |
| 1.1 | Разработка рабочих стандартов для специалистов по семейной медицине и узких специалистов на уровне ПМСП | Подготовлены и изучены нормы рабочей нагрузки специалистов семейной медицины и узких специалистов на уровне ПМС |
| 1.2 | Определение льгот для специалистов семейной медицины при пересмотре законодательства в области охраны здоровья населения | Определены льготы для специалистов семейной медицины при пересмотре законодательства в области охраны здоровья населения |
| 1.3 | Разработка лечебно-диагностических стандартов | Лечебно-диагностические стандарты разработаны для более чем 50% пациентов, которые лечатся на уровне ПМСП |
| 1.4 | Широкое использование клинических протоколов, руководств для практической диагностики и лечения | Широкое использование клинических руководств, протоколов диагностики и лечения на практике (в 2009 г. – 30%, в 2015 г. – 60%) |

| Приоритет 2. Развитие системы общего медицинского образования, переподготовки, непрерывного медицинского образования в области семейной медицины | | |
|---|--|---|
| Цели | | Индикаторы |
| 2.1 | Совершенствование учебных программ на уровне додипломного и последипломного образования для специалистов семейной медицины | Усовершенствованные учебные программы на уровне до дипломного и последипломного образования для специалистов семейной медицины |
| 2.2 | Разработка стратегии развития непрерывного медицинского образования для специалистов семейной медицины в Таджикистане | Стратегии развития непрерывного медицинского образования для специалистов семейной медицины в Таджикистане разработана и утверждена |
| 2.3 | Подготовка и переподготовка специалистов по семейной медицине | Соотношение специалистов семейной медицины на 2000 человек на одного семейного врача и 1000 человек на 1 семейную медсестру |
| 2.4 | Ремонт и оснащение учреждений ПМСП | |

| Приоритет 3. Создание и развитие системы информационного сопровождения внедрения семейной медицины | | |
|---|--|---|
| Цели | | Индикаторы |
| 3.1 | Мониторинг и оценка хода внедрения и эффективности работы специалистов семейной медицины | Проведен мониторинг и оценка хода внедрения и эффективности работы специалистов семейной медицины |
| 3.2 | Создание Межотраслевого координационного совета по семейной медицине | Создан Межотраслевой координационный совет по семейной медицине |
| 3.3 | Обзор процесса внедрения и эффективности работы специалистов по СМ на совещаниях Координационного совета МЗСЗН и партнеров по развитию | Обзор процесса внедрения и эффективности работы специалистов по СМ на совещаниях Координационного совета МЗСЗН и партнеров по развитию проводится не реже одного раза в год |

Приоритет 4. Внедрение механизмов для использования потенциала семейного врача и среднего медперсонала для улучшения доступности, качества и эффективности медико-санитарной помощи

| Цели | Индикаторы |
|---|---|
| 4.1 Обеспечение доступности и полного использования оборудования, потенциала, лечебно-диагностических ресурсов специалистами семейной медицины на уровне ПМСП | Доступность оборудования и возможность его полного использования, использования потенциала, лечебно-диагностических ресурсов специалистами семейной медицины на уровне ПМСП |
| 4.2 Обеспечить выполнение роли специалиста по СМ в качестве «первого контакта» пациента с системой здравоохранения, определяя лечебно-диагностические потребности пациента, и перенаправляя пациентов к другим специалистам | 70% семейных врачей до 2013 и 90% до 2015 выступает в роли «первого контакта» пациента с системой здравоохранения, определяя лечебно-диагностические потребности пациента, и перенаправляя пациентов к другим специалистам |
| 4.3 Обеспечение высокого уровня доступности населения к медицинским услугам | <p>Высокий уровень доступности населения к медицинским услугам (число посещений учреждений ПМСП на 1 человека в 2009 г. – 4,2, в 2013 г. – 4,4, в 2015 г. – 4,5)</p> <p>Уменьшение количества вызовов скорой медицинской помощи в рабочие часы учреждений первичной медико-санитарной помощи (2009 г. – 30%, 2015 г. – 20%)</p> <p>Сокращение уровня госпитализации больных хроническими заболеваниями (астма, диабет, высокое давление, болезни сердца и другие) (2009 г. – 64%, 2015 г. – 50%)</p> <p>Сокращение количества числа пациентов, имеющих заболевания, но не обращающихся за медицинской помощью (2009 г. – 40%, 2015 г. – 30%, 2020 г. – 20%)</p> |

Приоритет 5. Улучшение показателей здоровья населения

| Цели | Индикаторы |
|---|--|
| 5.1 Профилактика и контроль инфекционных заболеваний, включая снижение распространенности вирусного гепатита, и инфекций, передаваемых через воду | Сокращение показателей острого инфекционного заболевания гепатит В (2009 г. – 3,8; 2013 г. – 3,0; 2015 год – 2,0 на 100 000 населения) |
| 5.1.1 Противодействие эпидемии ВИЧ/СПИДа | Распространение эпидемии ВИЧ/СПИД под контролем (2009 г. 1853; 2015 г. менее 1% от общего числа населения) |
| 5.1.2 Профилактика и снижение распространенности малярии | До 2015 г. Таджикистан приобретет статус государства, свободного от малярии |
| 5.1.3 Профилактика вакциноуправляемых инфекций | Сохранение показателя заболеваемости краснухой (2009 г. – 0,02; 2015 г. – 0,01; 2020 г. – на уровне 0,01 на 100 000 населения) |
| 5.1.4 Совершенствование фтизиатрической помощи | <p>Сокращение уровня заболеваемости туберкулезом (2009 г. 80,4; 2015 г. – до 60 случаев; 2020 г. – до 40 случаев на 100 000 населения)</p> <p>Увеличение удельного веса излеченных больных; выявленных впервые с БК+ (2009 г. – 82,4%; 2015 г. – 85,0%; 2020 г. – 87,0%)</p> <p>Сокращение уровня смертности от туберкулеза (2009 г. – 6,0; 2015 г. – 4,0; 2020 г. – 3,0 на 100 000 населения)</p> |

| | | |
|-------|---|--|
| 5.2 | Снижение бремени НИЗ и хронических заболеваний: обеспечение доступности медицинской помощи и ЛС для пациентов с ССЗ | Сокращение уровня смерти от ишемической болезни сердца (2009 г. – 23,1; 2015 г. – 22,5; 2020 г. – 20,5 на 100 000 населения) |
| 5.2.1 | Выявление онкологии на ранних этапах и своевременное лечение | Увеличение удельного веса больных раком, выявленных на ранней стадии заболевания (2009 г. – 32,1%; 2015 г. – 45% на 100 000 населения) |
| 5.3 | Детерминанты здоровья и ЗОЖ: своевременное оказание помощи при получении травмы | Сокращение уровня смертности по причине получения травмы (2009 г. – 20,4; 2015 г. – 19,8; 2020 г. – 19,3 на 100 000 населения) |
| 5.3.1 | Снижение распространенности опасных поведенческих факторов | Сокращение уровня инвалидности, связанного с получением травмы (2009 г. – 40%; 2015 г. – 35%; 2020 г. – 30%) Сокращение уровня распространенности опасных факторов поведения: курение (2009 г. – 40,2%; 2015 г. – 30%), злоупотребление спиртными напитками (2000 г. – 18,4%; 2015 г. – 1,5%) Увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни при рождении (2008 г. – 72,0 г.; 2015 г. – 73 г.) |
| 5.3.2 | Повышение осведомленности населения | Повышена доля населения, имеющего необходимые знания, опыт и поведение, направленные на снижение опасности заражения ВИЧ, ИППП и другими инфекционными заболеваниями (3,2 в 2009-м, 10% в 2015-м) Возросла доля семей, которые могут определить различные признаки респираторных заболеваний и организовать правильный уход за больным ребенком дома (2015 г. – 50%) Возросла доля семей, которые научились лечить болезни расстройства желудка дома (2020 г. – 90%) |

Приоритет 6. Развитие научно-технического прогресса в области семейной медицины

| Цели | Индикаторы |
|--|--|
| 6.1 Планирование и проведение научных исследований согласно отраслевым программам развития здравоохранения и ее приоритетных направлений | Увеличение научных исследований согласно приоритетам в направлении ПМСР (2015 г. – 25 %) |

Приложение 2. Перечень КРП для уровня ПМСП, утвержденных МЗСЗН

| № | Область клинической практики | Проблема | № протокола | Перечень тем |
|---|-------------------------------|--|-------------|--|
| 1 | Пульмонология | Ведение основных респираторных заболеваний на уровне ПМСП | 5 | ОРВИ Бронхиальная астма ХОЗЛ Туберкулез Пневмония |
| 2 | Эндокринология | Профилактика, диагностика и лечение диабета 1-го и 2-го типа, гипо- и гипертиреоза, йододефицитных заболеваний | 5 | Диабет 1-го типа Диабет 2-го типа Врожденный гипотиреоз Диффузный токсический зоб Йододефицитные заболевания |
| 3 | Кардиология | Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии | 7 | Артериальная гипертензия |
| | | Неотложные состояния в кардиологии | 9 | Внезапная смерть Тахикардия Брадикардия Нестабильная стенокардия Острый инфаркт миокарда Кардиогенный отек легких Кардиогенный шок Гипертонический инсульт Острая гипертоническая энцефалопатия Тромбоэмболии легочной артерии |
| 4 | Стоматология | Диагностика и лечение стоматологических заболеваний в поликлинике | 50 | Ортодонтия Ортопедическая стоматология Детская стоматология Хирургическая стоматология Терапевтическая стоматология |
| 5 | Экстренная медицинская помощь | Правила оказания услуг скорой медицинской помощи (на догоспитальном уровне) | 160 | Кардиология Хирургия Акушерство и гинекология Неврология Аллергология Диабет Острые инфекции Острые отравления Синдром абстиненции Ожоги и травмы от электричества Острые психические расстройства Оториноларингология Офтальмология |

| | | | | |
|---|-------------------|--|-----|---|
| 6 | Диагностика | Стандарты диагностики | 310 | Инфекционные заболевания и паразитология Онкологические заболевания Гематологические заболевания Заболевания эндокринной системы и нарушения обмена веществ Психические и поведенческие расстройства Неврологические заболевания и расстройства нервной системы Отоларингические заболевания Глазные болезни Сердечно-сосудистые заболевания Респираторные заболевания Гастроэнтерологические заболевания Дерматологические заболевания и ИППП Заболевания опорно-двигательного аппарата Акушерско-гинекологические заболевания Травматизм, отравления и ожоги |
| 7 | Семейная медицина | Клинические протоколы поликлинической медицинской практики | 85 | Инфекционные болезни и паразитология Онкологические заболевания Гематологических заболеваний Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ Психические и поведенческие расстройства, Неврологические заболевания нервной системы Отоларингические заболевания Глазные болезни Сердечно-сосудистые заболевания Респираторные заболевания Гастроэнтерологические заболевания Дерматологические заболевания и ИППП Заболевания опорно-двигательного аппарата Акушерские и гинекологические заболевания Травмы, отравления и ожоги |

Приложение 3. Кадровый состав семейной медицины, число и доля по районам, 2014 г.

| Район | Население | | Семейных врачей | | Всего мед-работников (МР) | | МР на уровне больницы | | МР на уровне ПМСП | | Другого персонала | | Среднего медперсонала | | Семейных медсестер | |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| | Всего на 100 000 населения | 28,3 | 2 338 | 28,3 | 17 352 | 6 488 | 37,4 | 8 348 | 48,1 | 14,5 | 33 219 | 397,7 | 4 416 | 52,9 | | |
| | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала |
| На уровне страны | 8 256 573 | 2 338 | 28,3 | 17 352 | 6 488 | 37,4 | 8 348 | 48,1 | 14,5 | 33 219 | 397,7 | 4 416 | 52,9 | | | |
| г. Душанбе (столица) | 782 224 | 571 | 80,4 | 2 835 | 1 985 | 31,6 | 2 568 | 40,9 | 27,5 | 3 632 | 598,4 | 877 | 111,2 | | | |
| РРП | 1 898 032 | 451 | 23,8 | 2 502 | 983 | 39,3 | 1 422 | 56,8 | 3,9 | 5 623 | 292,6 | 613 | 31,9 | | | |
| Файзабадский р-н | 91 064 | 13 | 14,3 | 136 | 72 | 52,9 | 64 | 47,1 | 0,0 | 390 | 422,9 | 13 | 14,1 | | | |
| Гиссарский р-н | 269 615 | 78 | 28,9 | 317 | 138 | 43,5 | 179 | 56,5 | 0,0 | 744 | 272,5 | 263 | 96,3 | | | |
| Джиргатальский р-н | 59 732 | 1 | 1,7 | 51 | 24 | 47,1 | 27 | 52,9 | 0,0 | 142 | 234,8 | 2 | 3,3 | | | |
| Нурабадский р-н | 71 036 | 2 | 2,8 | 45 | 19 | 42,2 | 26 | 57,8 | 0,0 | 141 | 196,0 | 6 | 8,3 | | | |
| Раштский р-н | 112 448 | 15 | 13,3 | 124 | 71 | 57,3 | 52 | 41,9 | 0,8 | 306 | 268,7 | 27 | 23,7 | | | |
| Рогунский р-н | 39 786 | 2 | 5,0 | 57 | 21 | 36,8 | 36 | 63,2 | 0,0 | 103 | 255,7 | 19 | 47,2 | | | |
| Рудакинский р-н | 443 290 | 77 | 17,4 | 365 | 103 | 28,2 | 246 | 67,4 | 4,4 | 775 | 172,6 | 0 | 0,0 | | | |
| Шахринавский р-н | 106 725 | 52 | 48,7 | 142 | 43 | 30,3 | 96 | 67,6 | 2,1 | 417 | 385,8 | 83 | 76,8 | | | |
| Таджикабадский р-н | 40 745 | 1 | 2,5 | 49 | 13 | 26,5 | 36 | 73,5 | 0,0 | 124 | 300,5 | 8 | 19,4 | | | |
| Тавильдарский р-н | 20 912 | 4 | 19,1 | 24 | 11 | 45,8 | 13 | 54,2 | 0,0 | 57 | 269,2 | 0 | 0,0 | | | |
| Турсунзадевский р-н | 264 418 | 101 | 38,2 | 470 | 177 | 37,7 | 285 | 60,6 | 1,7 | 970 | 362,3 | 82 | 30,6 | | | |
| Варзобский р-н | 71 791 | 22 | 30,6 | 81 | 15 | 18,5 | 51 | 63,0 | 18,5 | 169 | 232,5 | 98 | 134,8 | | | |
| Вахдатский р-н | 306 470 | 82 | 26,8 | 411 | 166 | 40,4 | 226 | 55,0 | 4,6 | 878 | 282,9 | 12 | 3,9 | | | |
| Согдийская область | 2 428 042 | 831 | 34,2 | 4 728 | 1 987 | 42,0 | 2 413 | 51,0 | 6,9 | 11 122 | 452,9 | 1 751 | 1,7 | | | |
| Аштский р-н | 149 511 | 58 | 38,8 | 196 | 63 | 32,1 | 133 | 67,9 | 0,0 | 679 | 449,1 | 123 | 81,3 | | | |
| Айнинский р-н | 76 218 | 26 | 34,1 | 85 | 26 | 30,6 | 59 | 69,4 | 0,0 | 257 | 333,4 | 78 | 101,2 | | | |
| г. Чкаловск | 32 218 | 14 | 43,5 | 153 | 79 | 51,6 | 74 | 48,4 | 0,0 | 210 | 644,6 | 26 | 79,8 | | | |
| Ганчинский р-н | 152 383 | 25 | 16,4 | 162 | 61 | 37,7 | 98 | 60,5 | 1,9 | 557 | 361,4 | 19 | 12,3 | | | |

Продолжение

| Район | Население | Семейных врачей | | Всего мед-работников (МР) | МР на уровне больниц | | МР на уровне ПМСД | | Другого персонала | Среднего медперсонала | | Семейных медсестер | |
|---------------------------|------------------|----------------------------|-------------|---------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|
| | | Всего на 100 000 населения | ков (МР) | | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | | Всего на 100 000 населения | Всего на 100 000 населения | Всего на 100 000 населения | |
| Исфаринский р-н | 248 735 | 33 | 13,3 | 482 | 206 | 42,7 | 276 | 57,3 | 0,0 | 1189 | 472,7 | 15 | 6,0 |
| г. Истиклол | 15 793 | 6 | 38,0 | 28 | 9 | 32,1 | 19 | 67,9 | 0,0 | 67 | 419,5 | 0 | 0,0 |
| г. Кайраккум | 43 390 | 19 | 43,8 | 105 | 23 | 21,9 | 49 | 46,7 | 31,4 | 255 | 581,1 | 36 | 82,0 |
| г. Худжанда | 171 191 | 133 | 77,7 | 1 424 | 670 | 47,1 | 583 | 40,9 | 12,0 | 1981 | 1144,3 | 177 | 102,2 |
| Зафарбада-ский р-н | 66 621 | 17 | 25,5 | 79 | 29 | 36,7 | 50 | 63,3 | 0,0 | 375 | 556,6 | 63 | 93,5 |
| Гафуровский р-н | 343 645 | 96 | 27,9 | 391 | 148 | 37,9 | 243 | 62,1 | 0,0 | 999 | 287,5 | 243 | 69,9 |
| Истагавшан-ский р-н | 242 527 | 79 | 32,6 | 361 | 176 | 48,8 | 169 | 46,8 | 4,4 | 945 | 385,3 | 105 | 42,8 |
| Канибадам-ский р-н | 194 248 | 65 | 33,5 | 318 | 129 | 40,6 | 183 | 57,5 | 1,9 | 1 068 | 543,7 | 40 | 20,4 |
| Матчинский р-н | 111 854 | 13 | 11,6 | 140 | 58 | 41,4 | 73 | 52,1 | 6,4 | 310 | 274,0 | 81 | 71,6 |
| Горно-матчин-ский р-н | 22 528 | 8 | 35,5 | 19 | 6 | 31,6 | 13 | 68,4 | 0,0 | 52 | 228,2 | 14 | 61,4 |
| Пенджикент-ский р-н | 268 457 | 103 | 38,4 | 363 | 141 | 38,8 | 136 | 37,5 | 23,7 | 1137 | 418,8 | 460 | 169,4 |
| Расуловский р-н | 123 611 | 64 | 51,8 | 181 | 71 | 39,2 | 110 | 60,8 | 0,0 | 524 | 419,2 | 158 | 126,4 |
| Шахристан-ский р-н | 37 992 | 8 | 21,1 | 48 | 18 | 37,5 | 30 | 62,5 | 0,0 | 164 | 426,8 | 0 | 0,0 |
| Спитаменский р-н | 127 119 | 64 | 50,3 | 193 | 74 | 38,3 | 115 | 59,6 | 2,1 | 353 | 274,6 | 113 | 87,9 |
| Хатлонская область | 2 935 042 | 360 | 12,3 | 3 361 | 1 295 | 38,5 | 1 713 | 51,0 | 10,5 | 10 409 | 350,3 | 1013 | 1,5 |
| г. Нурек | 54 388 | 8 | 14,7 | 70 | 23 | 32,9 | 41 | 58,6 | 8,6 | 255 | 463,1 | 0 | 0,0 |
| г. Курган-Тюбе | 102 223 | 18 | 17,6 | 472 | 216 | 45,8 | 172 | 36,4 | 17,8 | 761 | 735,3 | 37 | 35,8 |
| Вахшский р-н | 174 323 | 19 | 10,9 | 125 | 47 | 37,6 | 75 | 60,0 | 2,4 | 429 | 243,1 | 42 | 23,8 |
| Хуросонский р-н | 102 109 | 0 | 0,0 | 122 | 51 | 41,8 | 63 | 51,6 | 6,6 | 207 | 200,2 | 0 | 0,0 |

Продолжение

| Район | Население | Семейных врачей | | Всего мед-работников (МР) | МР на уровне больницы | | МР на уровне ПМСП | | Другого персонала | | Среднего медперсонала | | Семейных медсестер | |
|--------------------------------|-----------|----------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | | Всего на 100 000 населения | на 100 000 населения | | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | на 100 000 населения | Всего | на 100 000 населения | Всего | на 100 000 населения |
| Джиликульский р-н | 99 349 | 19 | 19,1 | 113 | 45 | 39,8 | 62 | 54,9 | 5,3 | 250 | 248,6 | 26 | 25,8 | |
| Кубадиянский район | 163 108 | 18 | 11,0 | 153 | 71 | 46,4 | 81 | 52,9 | 0,7 | 343 | 207,7 | 35 | 21,2 | |
| р-н им. Джала-ледина Руми | 174 321 | 13 | 7,5 | 211 | 98 | 46,4 | 102 | 48,3 | 5,2 | 410 | 232,3 | 19 | 10,8 | |
| Бохтарский р-н | 217 472 | 12 | 5,5 | 117 | 35 | 29,9 | 76 | 65,0 | 5,1 | 447 | 203,0 | 0 | 0,0 | |
| р-н им. Аб-дурахмана Джами | 150 824 | 3 | 2,0 | 129 | 5 | 3,9 | 79 | 61,2 | 34,9 | 401 | 262,6 | 2 | 1,3 | |
| Кумсангирский р-н | 121 523 | 8 | 6,6 | 129 | 57 | 44,2 | 68 | 52,7 | 3,1 | 306 | 248,7 | 14 | 11,4 | |
| Пянджский р-н | 103 447 | 5 | 4,8 | 147 | 68 | 46,3 | 73 | 49,7 | 4,1 | 533 | 508,9 | 14 | 13,4 | |
| Шаартузский р-н | 112 438 | 9 | 8,0 | 122 | 53 | 43,4 | 66 | 54,1 | 2,5 | 294 | 258,3 | 9 | 7,9 | |
| Яванский р-н | 200 659 | 33 | 16,4 | 169 | 81 | 47,9 | 77 | 45,6 | 6,5 | 529 | 260,4 | 108 | 53,2 | |
| г. Куляб | 100 429 | 6 | 6,0 | 333 | 139 | 41,7 | 154 | 46,2 | 12,0 | 974 | 958,0 | 44 | 43,3 | |
| Кулябский р-н | 95 429 | 5 | 5,2 | 57 | 19 | 33,3 | 29 | 50,9 | 15,8 | 385 | 398,5 | 43 | 44,5 | |
| Воссейский р-н | 192 650 | 40 | 20,8 | 155 | 13 | 8,4 | 86 | 55,5 | 36,1 | 693 | 355,3 | 0 | 0,0 | |
| Дангаринский р-н | 134 343 | 17 | 12,7 | 132 | 50 | 37,9 | 64 | 48,5 | 13,6 | 682 | 501,4 | 399 | 293,4 | |
| Муминабадский р-н | 83 859 | 12 | 14,3 | 61 | 20 | 32,8 | 40 | 65,6 | 1,6 | 400 | 471,2 | 54 | 63,6 | |
| р-н им. Мир Саида Али Хамадани | 133 717 | 47 | 35,1 | 149 | 49 | 32,9 | 94 | 63,1 | 4,0 | 590 | 435,8 | 0 | 0,0 | |
| Фархорский р-н | 149 939 | 32 | 21,3 | 179 | 63 | 35,2 | 106 | 59,2 | 5,6 | 463 | 305,0 | 61 | 40,2 | |
| Темурмаликский р-н | 63 234 | 10 | 15,8 | 42 | 16 | 38,1 | 24 | 57,1 | 4,8 | 237 | 370,2 | 0 | 0,0 | |
| Ховалингский р-н | 52 601 | 10 | 19,0 | 40 | 17 | 42,5 | 19 | 47,5 | 10,0 | 210 | 394,3 | 47 | 88,3 | |

Продолжение

| Район | Население | Семейных врачей | | Всего мед-работников (МР) | МР на уровне больниц | | МР на уровне ПМСТ | | Другого персонала на 100 000 населения | Среднего медперсонала на 100 000 населения | Семейных медсестер | | |
|------------------------|----------------|----------------------------|-------------|---------------------------|----------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|--|----------------------------|----------------------------|-------------|
| | | Всего на 100 000 населения | Ков (МР) | | Всего | Доля от общего числа персонала | Всего | Доля от общего числа персонала | | | Всего на 100 000 населения | Всего на 100 000 населения | |
| Шуробадский р-н | 49 593 | 9 | 18,1 | 55 | 22 | 40,0 | 28 | 50,9 | 9,1 | 258 | 513,9 | 33 | 65,7 |
| Бальджуванский р-н | 26 903 | 0 | 0,0 | 15 | 7 | 46,7 | 7 | 46,7 | 6,7 | 78 | 286,4 | 0 | 0,0 |
| г. Сарбанд | 42 590 | 7 | 16,4 | 47 | 23 | 48,9 | 20 | 42,6 | 8,5 | 187 | 433,7 | 26 | 60,3 |
| р-н им. Насира Хусрава | 33 575 | 0 | 0,0 | 17 | 7 | 41,2 | 7 | 41,2 | 17,6 | 87 | 255,9 | 0 | 0,0 |
| БАО | 213 233 | 37 | 17,4 | 479 | 238 | 49,7 | 232 | 48,4 | 1,9 | 1 346 | 628,0 | 162 | 27,2 |
| Дарвазский р-н | 21 853 | 1 | 4,6 | 36 | 23 | 63,9 | 13 | 36,1 | 0,0 | 96 | 437,0 | 12 | 54,6 |
| Ишканимский р-н | 30 686 | 1 | 3,3 | 36 | 15 | 41,7 | 21 | 58,3 | 0,0 | 131 | 424,7 | 12 | 38,9 |
| Хорог | 28 840 | 18 | 62,4 | 268 | 143 | 53,4 | 116 | 43,3 | 3,4 | 549 | 1893,8 | 36 | 124,2 |
| Мургабский р-н | 14 266 | 0 | 0,0 | 16 | 6 | 37,5 | 10 | 62,5 | 0,0 | 164 | 1143,7 | 14 | 97,6 |
| Рошткаринский р-н | 25 530 | 4 | 15,7 | 13 | 6 | 46,2 | 7 | 53,8 | 0,0 | 88 | 342,9 | 40 | 155,9 |
| Рушанский р-н | 24 658 | 7 | 28,4 | 34 | 15 | 44,1 | 19 | 55,9 | 0,0 | 114 | 459,9 | 45 | 181,6 |
| Шугнанский р-н | 35 596 | 3 | 8,4 | 32 | 16 | 50,0 | 16 | 50,0 | 0,0 | 88 | 245,9 | 0 | 0,0 |
| Ванчский р-н | 31 805 | 3 | 9,4 | 44 | 14 | 31,8 | 30 | 68,2 | 0,0 | 116 | 362,8 | 3 | 9,4 |

Источник: МЭСЗН, 2014г.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int