



# Задачи ЦУР, связанные со здоровьем, в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения

ДОКЛАД О ХОДЕ РАБОТЫ, 2020 г.



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро





**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро



**Задачи ЦУР, связанные со здоровьем,  
в Таджикистане: реализация политики  
и мер в области здравоохранения и  
повышения благополучия населения**

ДОКЛАД О ХОДЕ РАБОТЫ, 2020 г.

## Аннотация

Республика Таджикистан – одна из пилотных стран мира, в которых реализуется Глобальный план действий по обеспечению здоровой жизни и благополучия для всех (GAP) с особым вниманием к укреплению финансирования здравоохранения как фактора, способствующего достижению Цели 3 в области устойчивого развития (ЦУР), связанной с обеспечением здоровья и благополучия для всех. Данный процесс поддерживается партнерскими ведомствами Организации Объединенных Наций и другими партнерами по развитию. В настоящем докладе представлены обзор и оценка прогресса в достижении ЦУР 3 и решении ее задач, а также задач, связанных со здоровьем в рамках других ЦУР, в Таджикистане в настоящее время. Это первый этап процесса GAP (вовлечение, оценка, согласование, ускорение и подотчетность), который призван прояснить приоритеты для действий, направленных на то, чтобы ускорить достижение ЦУР 3 в Таджикистане и скоординировать поддержку, оказываемую партнерами по развитию. Даются рекомендации для окончательной доработки новой 10-летней Национальной программы стратегического развития здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на 2021–2030 гг. и ее реализации.

### © Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.

Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии Creative Commons «С указанием авторства – На некоммерческих условиях – Распространение на тех же условиях» 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). По условиям данной лицензии разрешается копирование, распространение и адаптация работы в некоммерческих целях при условии надлежащего цитирования в указанном ниже порядке. В случае какого-либо использования этой работы не должно подразумеваться, что ВОЗ одобряет какую-либо организацию, товар или услугу. Использование эмблемы ВОЗ не разрешается. Результат адаптации работы должен распространяться на условиях такой же или аналогичной лицензии Creative Commons. Переводы настоящего материала на другие языки должны сопровождаться следующим предупреждением и библиографической ссылкой: «Данный перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), и ВОЗ не несет ответственность за его содержание или точность. Аутентичным и подлинным изданием является оригинальное издание на английском языке». Урегулирование споров, возникающих в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами по урегулированию споров Всемирной организации интеллектуальной собственности.

**Библиографическая ссылка для цитирования.** Задачи ЦУР, связанные со здоровьем, в Таджикистане: реализация политики и мер в области здравоохранения и повышения благополучия населения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

**Данные каталогизации перед публикацией (CIP).** Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris>.

**Приобретение, вопросы авторских прав и лицензирование.** Для приобретения публикаций ВОЗ, перейдите по ссылке: <http://apps.who.int/bookorders>. Чтобы направить запрос для получения разрешения на коммерческое использование или задать вопрос об авторских правах и лицензировании, перейдите по ссылке: <http://www.who.int/about/licensing>.

**Материалы третьих лиц.** Если вы хотите использовать содержащиеся в данной работе материалы, правообладателем которых является третье лицо, вам надлежит самостоятельно выяснить, требуется ли для этого разрешение правообладателя, и, при необходимости, получить у него такое разрешение. Риски возникновения претензий вследствие нарушения авторских прав третьих лиц, материалы которых содержатся в настоящей работе, несет исключительно пользователь.

**Оговорки общего характера.** Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ВОЗ относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей, патентованной или нет, не означает, что ВОЗ 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.

ВОЗ были приняты все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ВОЗ ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Дизайн: Mark Pellegrini

Фото на обложке: Yasmin Brandrup Versi

# Содержание

Выражение признательности .....	v
Сокращения .....	vi
Резюме .....	vii
<b>1. Введение .....</b>	<b>1</b>
1.1 Предпосылки для GAP .....	1
1.2 Повестка дня на период до 2030 г. ....	3
1.3 Обзорная информация по Таджикистану .....	4
1.4 Меры политики и деятельность, проводимая в Таджикистане в контексте ЦУР .....	6
1.5 Основные задачи здравоохранения, включенные в национальные документы политики .....	8
1.6 Стратегическое руководство в отношении охраны здоровья и благополучия в Таджикистане .....	9
<b>2. Данные и мониторинг хода решения задач ЦУР, связанных со здоровьем, в Таджикистане .....</b>	<b>15</b>
2.1 Оценка хода решения задач здравоохранения в рамках ЦУР 3 .....	16
<b>3. Ключевые приоритеты Таджикистана в сфере улучшения показателей здоровья и благополучия для всех в любом возрасте .....</b>	<b>35</b>
3.1 Стратегическое руководство в сфере здравоохранения .....	35
3.2 Финансирование здравоохранения .....	37
3.3 Кадровые ресурсы здравоохранения .....	37
3.4 Укрепление охраны здоровья новорожденного, ребенка и матери .....	43
3.5 Инфекционные болезни и рост устойчивости к противомикробным препаратам .....	45
3.6 НИЗ и их факторы риска .....	47
3.7 Информационные системы здравоохранения .....	48
3.8 Общественное здравоохранение .....	49
3.9 Лекарственные средства: наличие, доступность и контроль качества .....	51

<b>4. Рекомендации по текущим и будущим совместным действиям.....</b>	<b>55</b>
4.1 Прогресс и действия, необходимые для обеспечения устойчивого финансирования здравоохранения (ускоритель 1).....	55
4.2 Прогресс и действия, необходимые для достижения ВОУЗ (ускоритель 2).....	57
4.3 Вовлечение населения и гражданского общества (ускоритель 3).....	59
4.4 Прогресс и необходимые действия по детерминантам здоровья (ускоритель 4).....	60
4.5 Исследования и разработки, инновации и обеспечение доступа (ускоритель 5).....	67
4.6 Данные и цифровое здравоохранение (ускоритель 6).....	68
4.7 Инновационное планирование программ в условиях нестабильности и уязвимости и для реагирования на вспышки болезней (ускоритель 7).....	71
<b>5. Подход E4As в рамках GAP для достижения ЦУР 3.....</b>	<b>73</b>
5.1 Вовлечение.....	73
5.2 Оценка.....	73
5.3 Согласование.....	73
5.4 Ускорение.....	73
5.5 Подотчетность.....	73
<b>Библиография.....</b>	<b>74</b>
<b>Приложение 1. Деятельность агентств Организации Объединенных Наций в Таджикистане в соответствии с областями факторов ускорения.....</b>	<b>80</b>
<b>Приложение 2. Действующие законы и нормативные документы, в разбивке по связанным со здоровьем задачам в рамках ЦУР.....</b>	<b>84</b>
<b>Приложение 3. Детальный анализ показателей и тенденций в отношении ЦУР.....</b>	<b>89</b>

# Выражение признательности

Данный доклад подготовили д-р Husniya Dorgabekova, консультант по общественному здравоохранению, и д-р Assia Brandrup-Lukanow, консультант по здравоохранению и устойчивому развитию, от имени странового офиса ВОЗ в Таджикистане и Программы Европейского регионального бюро ВОЗ по вопросам здоровья и устойчивого развития.

Мы выражаем благодарность Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан за оказанную поддержку и участие, в частности д-ру Дилором Садыковой, бывшему советнику Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, за ее содействие при составлении данного доклада.

Авторы выражают признательность следующим сотрудникам ВОЗ за их поддержку, сделавшую возможной подготовку данного доклада: д-р Bettina Menne (координатор по вопросам устойчивого развития и здравоохранения в Европейском региональном бюро ВОЗ), д-р Galina Perfiliyeva (бывший менеджер странового офиса ВОЗ в Таджикистане), д-р Bahtygul Karriyeva (представитель ВОЗ, страновой офис ВОЗ в Таджикистане); сотрудники странового офиса: национальные сотрудники категории специалистов д-р Наргис Максудова, д-р Шоира Юсупова, д-р Абдулахад Сафаров и д-р Хадичамо Бойматова, административные ассистенты г-жа Нисо Мирсалимова и г-жа Дилафруз Турсунова.

Мы также хотим поблагодарить г-жу Lourdes Barrios, д-ра Nino Berdzuli, д-ра Susan Carai, д-ра Masoud Dara, д-ра Elkhon Gasimov, г-жу Jodie Littlewood, г-на Satish Mishra, д-ра Danilo Lo Fo Wong и д-ра Askar Yedilbayev из Европейского регионального бюро ВОЗ за их ценные комментарии и вклад, а также г-жу Jodie Littlewood за ее неоценимую административную поддержку.

Приносится искренняя благодарность всем партнерам по развитию, работающим в Таджикистане, за их участие в наших обсуждениях за круглым столом, их взгляды и информацию, а также отзывы по данному докладу.

Особая признательность выражается д-ру Jane Ward за внесенный технический вклад в ходе редакционной обработки настоящего доклада.

Доклад подготовлен при финансовой поддержке со стороны Федерального министерства здравоохранения Германии.

# Сокращения

<b>ВВП</b>	внутренний валовой продукт
<b>ВОУЗ</b>	всеобщий охват услугами здравоохранения
<b>ВСГ</b>	водоснабжение, санитария и гигиена
<b>ГАВИ</b>	ГАВИ, Альянс по вакцинам
<b>Глобальный фонд</b>	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
<b>ИПОЗ</b>	Институт измерения показателей и оценки здоровья
<b>ИСУЗ</b>	информационная система управления здравоохранением
<b>МДИ</b>	медико-демографическое исследование
<b>МОМ</b>	Международная организация по вопросам миграции
<b>МФКК</b>	Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца
<b>Национальная программа на 2021–2030 гг.</b>	Национальная программа стратегического развития здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на 2021–2030 гг.
<b>НИЗ</b>	неинфекционные заболевания
<b>НПО</b>	неправительственная организация (в Таджикистане именуемая некоммерческой организацией, НКО)
<b>НСЗ-2020</b>	Национальная стратегия здравоохранения населения Республики Таджикистан на 2010–2020 гг.
<b>ПГГ</b>	пакет государственных гарантий
<b>ПМСП</b>	первичная медико-санитарная помощь
<b>Повестка дня на период до 2030 г.</b>	Повестка дня Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития на период до 2030 г.
<b>Подход E4As</b>	стратегический подход, в основе которого лежат следующие принципы: E – взаимодействие и вовлечение (Engage); четыре A – оценка, согласование, ускорение и подотчетность (Assess, Align, Accelerate, Account)
<b>ПОУ</b>	пакет основных услуг
<b>РПООНПР</b>	Рамочная программа Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития (UNDAF)
<b>РТ</b>	Республика Таджикистан
<b>СРГ</b>	собственные расходы граждан, пациентов (ООР)
<b>ТБ</b>	туберкулез
<b>УПП</b>	устойчивость к противомикробным препаратам
<b>ФАО</b>	Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН
<b>FAST</b>	программа «Семья и школа вместе» (Families and School Together)
<b>ЦУР</b>	Цели в области устойчивого развития
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд Организации Объединенных Наций
<b>ЮНОДК</b>	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
<b>ЮНЭЙДС</b>	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
<b>ЮСАИД</b>	Агентство Соединенных Штатов по международному развитию
<b>GAP</b>	Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех
<b>GIZ</b>	Германское агентство по вопросам развития
<b>JICA</b>	Японское агентство по международному сотрудничеству
<b>KfW</b>	Германский банк развития
<b>ООР</b>	собственные расходы граждан, пациентов (СРГ)
<b>SFP10-14</b>	Программа «Укрепление семьи» (для детей в возрасте 10–14 лет)



# Резюме

Республика Таджикистан была выбрана в качестве одной из пилотных стран мира для национальной реализации Глобального плана действий по обеспечению здоровой жизни и благополучия для всех (GAP), с особым вниманием к укреплению финансирования здравоохранения как фактора, способствующего достижению Цели устойчивого развития (ЦУР) 3, связанной с обеспечением здоровья и благополучия для всех. Данный процесс поддерживается агентствами Организации Объединенных Наций – партнерами GAP и другими партнерами по развитию. Настоящий доклад с обзором хода достижения ЦУР 3 и вклада других отраслей, оказывающего непосредственное влияние на детерминанты здоровья, представляет собой первый этап процесса GAP – оценку, что позволит четче определить приоритеты для действий, направленных на то, чтобы ускорить достижение ЦУР 3 в Таджикистане и согласовать поддержку, оказываемую партнерами по развитию.

Доклад описывает достижения по задачам ЦУР 3 и действия, в результате которых они были получены, а также препятствия и основные вызывающие беспокойство проблемы, в отношении которых необходимо и можно срочно принять меры в рамках предстоящей 10-летней Национальной программы стратегического развития здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан на 2021–2030 гг. (Национальная программа на 2021–2030 гг.). В конце доклада приводятся рекомендации, которые могут быть использованы для окончательной доработки новой национальной программы и ее реализации.



Традиционный художественный  
потолочный орнамент  
© Assia Brandrup-Lukanow

# 1. Введение

## 1.1 Предпосылки для GAP

Республика Таджикистан – одна из пилотных стран мира, в которых реализуется Глобальный план действий по обеспечению здоровой жизни и благополучия для всех (GAP) (1), с особым вниманием к укреплению финансирования здравоохранения как фактора, способствующего достижению Цели устойчивого развития (ЦУР) 3, связанной с обеспечением здоровья и благополучия для всех в любом возрасте. Данная ЦУР имеет ключевое значение для достижения прогресса в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (далее Повестка дня на период до 2030 г.) (2).

Сейчас, когда страна находится в процессе разработки Национальной программы на 2021–2030 гг. – новой программы по здравоохранению и социальной защите, которая является частью Национальной программы развития до 2030 г. (3), – наступает подходящий момент, открывающий широкие возможности. Очевидно, что для финансирования новой стратегии будет недостаточно национальных ресурсов, и потому крайне важно привлечь и согласовать поддержку от международных партнеров по развитию, донорского сообщества и частного сектора (в приложении 1 представлен список агентств по вопросам развития, которые оказывают поддержку сектору здравоохранения в настоящее время). Основу Национальной программы на 2021–2030 гг. будут составлять выводы Добровольного национального обзора 2017 г. (3), а также выполненная в 2018 г. оценка (неопубликованная) эффективности Национальной стратегии здравоохранения населения Республики Таджикистан на 2010–2020 гг. (утвержденной Постановлением Правительства Республики Таджикистан № 368 от 2 августа 2010 г.; здесь и далее НСЗ-2020). Данная оценка 2018 г. включала в себя мониторинг, оценку и анализ НСЗ-2020.

Результаты этих оценок показали, что в число ключевых направлений для улучшения вошли управление системой здравоохранения, финансирование, кадровые ресурсы, неинфекционные заболевания (НИЗ) и их факторы риска, инфекционные заболевания, информационная система здравоохранения, услуги общественного здравоохранения и управление в отношении межсекторального сотрудничества и др. Оценка НСЗ-2020 была подготовлена экспертной рабочей группой, назначенной Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (здесь и далее – Министерство здравоохранения), при этом отдельные учреждения и органы, ответственные за реализацию, предоставили отчеты и по реализации, и по возникшим проблемам. НСЗ-2020 базировалась на рамочной основе Европейской политики и стратегии «Здоровье-2020» (4), с акцентом на согласование других секторальных стратегий с мерами в сфере здравоохранения и проведение ежегодных межсекторальных обзоров. В НСЗ-2020 были четко сформулированы 98 индикаторов по четырем поставленным задачам, которые содействовали мониторингу и оценке, а также точному выявлению проблемных направлений.

Собираемые количественные данные основывались на этих определенных в программе индикаторах. Их компиляция выполнялась на центральном уровне и/или посредством базы данных Института измерения показателей и оценки здоровья (ИПОЗ), затем сведения передавались в Европейскую базу данных ВОЗ «Здоровье для всех». Отчет по результатам оценки НСЗ-2020 также распространялся на национальном уровне для получения расширенных



Душанбе – один из уголков города  
© Yasmin Brandrup-Versi

консультаций с участием государственных и секторальных учреждений, представителей Парламента, гражданского общества и научных кругов, а также представителей партнеров по развитию. Результаты национальной оценки были объединены в рамках всестороннего отчета Министерства здравоохранения и предоставлены всем заинтересованным сторонам. На основе этой оценки можно определить направления для инвестирования, которые могут помочь достижению ЦУР 3. Одним из таких ключевых направлений было признано финансирование здравоохранения; в число прочих вошли сбор данных здравоохранения и их обработка; укрепление потенциала кадров здравоохранения; обеспечение справедливости, включая гендерную; а также стратегическое руководство здравоохранением.

Далее был сделан вывод, что необходима последовательная, сбалансированная, надежная и реалистичная национальная программа по стратегическим действиям в отношении охраны здоровья и социальной защиты, направленная на то, чтобы активизировать усилия, содействовать интеграции вопросов охраны здоровья в разные секторы и сферы политики, а также обеспечить согласованность политики в области охраны здоровья на разных уровнях государственного управления. Трансграничный характер экономических, экологических и социальных проблем повышает важность использования межсекторальных механизмов, а также правовых инструментов для решения вопросов, связанных с охраной здоровья, в рамках этих сфер и для выполнения ЦУР. Надежная и реалистичная система ответственности, управления, мониторинга и оценки должна подкреплять эффективные и результативные меры. Анализы и обзоры политики будут приносить плоды в том случае, когда информационная система здравоохранения будет достаточно укреплена для сбора фактических данных, сопоставимых в международном масштабе. Системы разработки политики будут подкрепляться значительными вложениями, чтобы повысить способность предоставлять надежные и необходимые, а также ориентированные на результат рекомендации по мерам политики.

В свете вышесказанного текущий национальный процесс разработки Национальной программы на 2021–2030 гг. был построен в соответствии с подходом E4As (вовлечение, оценка, ускорение, согласование, отчетность), предложенным в процессе реализации GAP, и устойчивое финансирование здравоохранения было определено как потенциальный

фактор ускорения достижения ЦУР 3 в Таджикистане. Это нашло отражение во внимании, уделенном этому разделу, его экспертной оценке и степени детализации в предварительном варианте Национальной программы на 2021–2030 гг.

В приложении 2 приведен список законов и нормативных документов Республики Таджикистан в их связи с достижением задач в рамках ЦУР 3.

## 1.2 Повестка дня на период до 2030 г.

В Повестке дня на период до 2030 г. подчеркивается, что обеспечение здоровой жизни и благополучия во всем мире для всех и в любом возрасте является важным для создания успешного общества, и в улучшении здоровья миллионов людей достигнут значительный прогресс. Снизились уровни материнской и детской смертности; ожидаемая продолжительность жизни во всем мире растет; достигнут устойчивый прогресс в борьбе против некоторых инфекционных заболеваний. Тем не менее в отношении других болезней прогресс в целом замедлился или полностью остановился, и как минимум половина населения мира все еще не имеет доступа к основным услугам здравоохранения. Достижение ЦУР 3 зависит от других ЦУР и задач, испытывает на себе их влияние и, в свою очередь, в равной степени влияет на достижение других ЦУР (рис. 1).

Рисунок 1. ЦУР 3 и ее взаимодействие с другими ЦУР



### 1.3 Обзорная информация по Таджикистану

Таджикистан – это не имеющая выхода к морю горная страна в Центральной Азии с площадью 143 000 км<sup>2</sup> и оценочной численностью населения 9 275 828 (рис. 2). Более двух третей населения страны (72,9%) живут в сельской местности и заняты сельскохозяйственным производством. Таджикистан классифицируется как страна с доходом ниже среднего (5).

Рисунок 2. Карта Таджикистана



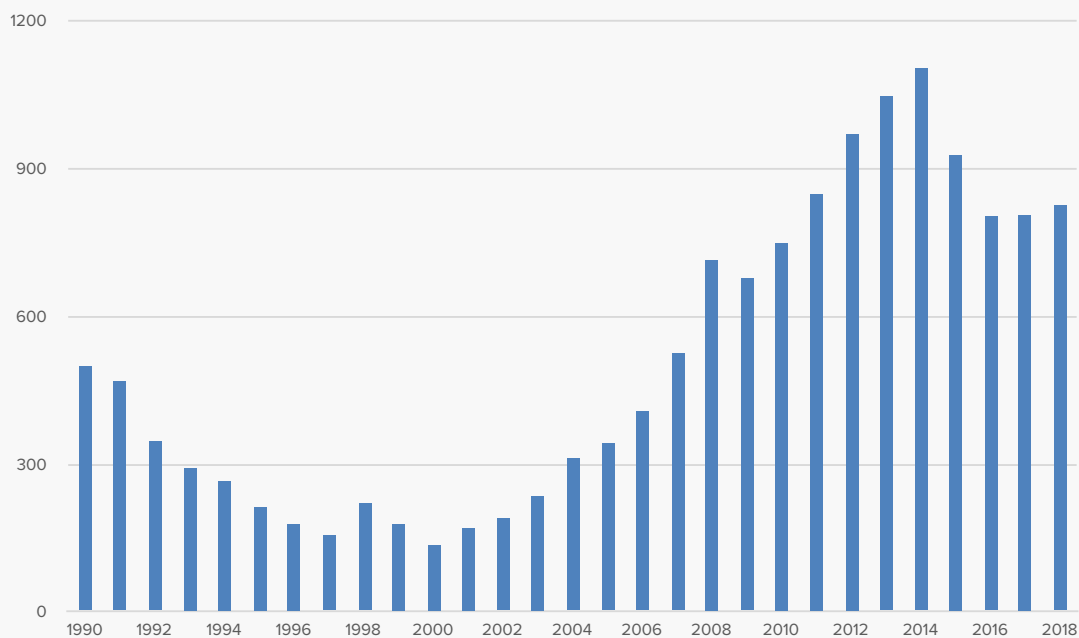
Источник: Организация Объединенных Наций, 2009 (6).

В период после гражданской войны Таджикистан переживал быстрый экономический рост (рис. 3), что привело к увеличению валового внутреннего продукта (ВВП) с 860,5 млн долл. США в 2000 г. до 7522,9 млн долл. США в 2018 г. (все значения в долл. США по текущему курсу) (7). Этот рост отразился в шестикратном увеличении ВВП на душу населения, который достиг 826,6 долл. США. Зарегистрированные в Таджикистане темпы роста реального ВВП оставались стабильными на уровне 7,2% в годовом исчислении в первые три квартала 2019 г., что было

аналогично темпам роста 7,1–7,3% в 2017–2018 гг. Промышленность и сфера услуг являлись основными движущими факторами роста предложения. Что касается спроса, то стабильный внутренний спрос поддерживал рост. Дефицит платежного баланса сократился с 11% ВВП в 2019 г. до 7% ВВП в первой половине 2020 г. из-за увеличения перераспределения доходов и сокращения торгового дефицита. Последнее в основном связано с падением расходов на импорт механизмов и оборудования.

Несмотря на это улучшение, падение мировых цен на алюминий и хлопок отрицательно повлияло на экспортные доходы Таджикистана и в совокупности с восстановлением импорта увеличило внешнеторговый дефицит до 29,1% от ВВП в течение первых девяти месяцев 2019 г. Ожидалось, что прогнозируемый рост расходов на импорт в первом квартале 2019 г. будет поддерживать текущий дефицит платежного баланса на уровне около 5% ВВП в течение всего 2019 г., относительно неизменно по сравнению с дефицитом 2018 г., который составлял 5,1% ВВП (8). В таблице 1 представлены отдельные индикаторы для Таджикистана.

**Рисунок 3. ВВП на душу населения, Таджикистан, 1990–2018 гг. (долл. США)**



Источник: Всемирный банк, 2020 г. (7).

**Таблица 1. Отдельные индикаторы, характеризующие состояние демографии, экономики и здравоохранения в Таджикистане**

Индикатор	2019 г.
Общая численность населения (к середине года, млн.) <sup>а</sup>	9,3
ВВП на душу населения (долл. США) <sup>а</sup>	874
Уровень безработицы (%) <sup>б</sup>	11,082
Перинатальная смертность (на 1000 рождений) <sup>с</sup>	14,99 (2018 г.)
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет) <sup>а</sup>	70,6 (2018 г.)
Стандартизованный показатель смертности (во всех возрастах, от всех причин, на 100 000 чел.) <sup>д</sup>	941 (2005 г.)
Число больничных коек (на 100 000 чел.) <sup>д</sup>	467 (2014 г.)
Число врачей (медицинских специалистов, на 100 000 чел.) <sup>д</sup>	171
Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) <sup>д</sup>	6,9 (2014 г.)
Государственные расходы на здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение) <sup>д</sup>	28.29.1 (2017 г.)
Расходы на здравоохранение из собственных средств пациентов (% от общих расходов на здравоохранение) <sup>д</sup>	61,7 (2014 г.)

Источники: <sup>а</sup> Всемирный банк, 2020 (9); <sup>б</sup> Всемирный банк, 2020 (10); <sup>с</sup> ЮНИСЕФ, 2020 (11); <sup>д</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019 (12).

#### **1.4 Меры политики и деятельность, проводимая в Таджикистане в контексте ЦУР**

В 2016 г. была выполнена быстрая интегрированная оценка национальных стратегий и секторальных программ и планов, с тем чтобы гарантировать достижение ЦУР и их задач. Было установлено, что 64% задач ЦУР отражены в двух национальных стратегических документах. Расширенный анализ двух национальных и восьми секторальных стратегий показал, что они на 78% актуализируют ЦУР (3). Меры по интегрированию и приведению в соответствие с ЦУР могут включать в себя региональные пилотные проекты по некоторым ЦУР. Многие доноры с 1990-х годов ведут активную деятельность по оказанию поддержки в области здравоохранения и развития и продолжают оставаться приверженными этой поддержке и гармонизации



с национальными приоритетами, хотя некоторые доноры постепенно сокращают свое участие в свете увеличения национальных обязательств и выделения национальных ресурсов на охрану здоровья и сектор здравоохранения. (Детальная информация по донорам и поддерживаемым программам в области здравоохранения приведена в приложении 1.)

Основные партнеры сектора здравоохранения в разбивке по направлениям деятельности:

- ◆ укрепление систем здравоохранения: Европейский союз и Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству;
- ◆ улучшение инфраструктуры: Азиатский банк развития и KfW (Германский банк развития);
- ◆ борьба с ВИЧ/СПИД и туберкулезом (ТБ): Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), KfW и Агентство США по международному развитию (ЮСАИД);
- ◆ улучшение охраны здоровья матери и ребенка: Германское общество по международному сотрудничеству (GIZ), Японское агентство международного сотрудничества (JICA), KfW, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и Фонд ООН в области народонаселения;
- ◆ заболевания, предупреждаемые вакцинацией: Гави, Альянс по вакцинам и ЮНИСЕФ;
- ◆ устойчивость к противомикробным препаратам (УПП): трехстороннее партнерство Продовольственной и сельскохозяйственной организации ООН (ФАО), ВОЗ и Всемирной организации по охране здоровья животных;
- ◆ работа с населением: Сеть развития Ага-хана и Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФКККП);
- ◆ борьба с недостаточностью питания и голодом: ФАО, ЮНИСЕФ, Германская неправительственная организация Welthungerhilfe, ВОЗ и Всемирная продовольственная программа;
- ◆ работа в отношении детерминантов здоровья, таких как злоупотребление психоактивными веществами: Управление ООН по наркотикам и преступности (ЮНОДК);
- ◆ реабилитация: ЮСАИД и сотрудничающие неправительственные организации (НПО, называемые в Таджикистане некоммерческими организациями);
- ◆ здоровье беженцев и мигрантов: Международная организация по миграции (МОМ), Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев, ВОЗ и гражданские общественные организации, работающие с семьями мигрантов и сообществами, из которых мигранты выезжают или куда возвращаются.

Другие партнеры по развитию согласуют свои проекты и программы с соответствующими ЦУР относительно собственных мандатов и поставленных задач, например программы в области национального сельского хозяйства получают поддержку от Международного фонда по развитию сельского хозяйства, а ЮНЭЙДС поддерживает «Ускоренное достижение целей в городах: элиминация ВИЧ». Партнеры по развитию также содействуют работе в отношении других детерминантов здоровья, таких как образование, борьба с бедностью, экономическое развитие, окружающая среда, городское и сельское развитие (рис. 4). С более детальной информацией можно ознакомиться в Добровольном национальном обзоре за 2017 г. (3), а также непосредственно на веб-сайтах агентств.

**Рисунок 4. Приоритетное отражение ЦУР в документах Таджикистана по вопросам развития**



## 1.5 Основные задачи здравоохранения, включенные в национальные документы политики

Основные задачи здравоохранения, включенные в национальные документы политики и новую Национальную программу на 2021–2030 гг., имеют прямое отношение к задачам в рамках ЦУР 3. Другие направления, охватываемые новой стратегией, включают в себя ЦУР 3а (реализовывать Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе с табаком), ЦУР 3б (обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин), ЦУР 3с (существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров) и ЦУР 3d (наращивать потенциал в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья). Новая Национальная программа на 2021–2030 гг. также включает в себя инвестиции в широкомасштабную цифровизацию и предупреждение инвалидности путем расширения доступа к услугам реабилитации и ассистивной продукции, а также посредством оказания более качественной поддержки лицам с инвалидностью.

## 1.6 Стратегическое руководство в отношении охраны здоровья и благополучия в Таджикистане

Последняя проведенная оценка Национальной стратегии здравоохранения (НСЗ-2020) показала, что система здравоохранения Таджикистана страдает от неэффективного руководства и управления. Вызовы связаны с наличием централизованной системы принятия решений и слабым участием основных действующих сторон. Для усиления ответственности в отношении мер политики и программ и соответственно постепенного улучшения реализации важно вовлекать ключевые местные субъекты в процесс принятия решений. Более того, ограниченное использование доказательных данных и слабое признание контекстуального влияния привело к неэффективному расходованию ресурсов. В Восьмом совместном ежегодном обзоре было рекомендовано улучшить структуру стратегического управления в области здравоохранения посредством большей децентрализации (13). Кроме того, на всех уровнях системы здравоохранения отмечается недостаточность управленческого потенциала, и потому необходимость его наращивания в этой области остается высокой. Существует очевидная необходимость сделать стратегическое управление и принятие решений более децентрализованным и контекстуальным, с включением местных ключевых действующих субъектов в процесс принятия решений. Это играет важную роль при разработке мер политики и программ, соответствующих местному контексту, и обеспечивает заинтересованное и ответственное отношение и улучшение реализации. Эти вопросы отчасти включены в поддерживаемые донорами мероприятия по развитию потенциала в отношении стратегического управления, руководства и менеджмента на региональном уровне (вставка 1).

Новая Национальная программа на 2021–2030 гг. направлена на углубление этого процесса посредством фокусирования на ключевых аспектах управления здравоохранением и социальным сектором и осуществления действий, рассчитанных на краткосрочную и долгосрочную перспективы.

### Вставка 1. Механизмы совершенствования управления здравоохранением

Правительство Таджикистана возложило на себя следующие функции с целью укрепления стратегического управления и фактологически обоснованного принятия решений в отношении здоровья нации:

- ◆ разработать основные ценности, методические руководства и государственную политику в сфере общественного здравоохранения;
- ◆ модернизировать законодательство и нормативную базу и контролировать их выполнение;
- ◆ сформировать межсекторальные и межучрежденческие партнерства с целью повышения уровня жизни в стране;
- ◆ усилить внимание к передовой международной практике;
- ◆ координировать международную помощь и техническое сотрудничество.

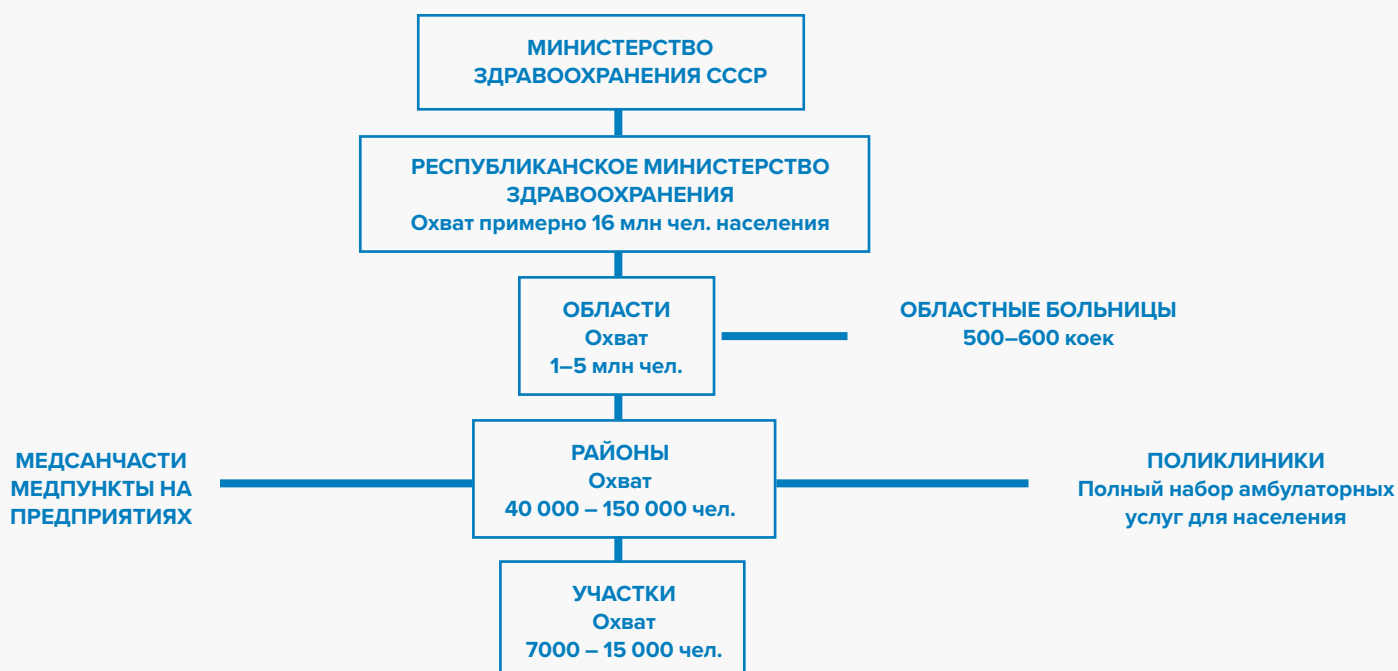
### 1.6.1 Обзор организации системы здравоохранения

Организация системы здравоохранения в настоящее время поддерживается документами, отражающими национальное видение, и приоритетами, изложенными в Национальной программе на 2021–2030 гг.

В эпоху Советского Союза в Таджикистане существовала высокоцентрализованная система здравоохранения на базе стационаров, основанная на праве каждого гражданина на бесплатную медико-санитарную помощь (система Семашко, названная в честь первого министра здравоохранения Советского Союза). На рисунке 5 представлена многоуровневая система здравоохранения в модели Семашко.

В Конституции СССР 1977 г. было сформулировано право на охрану здоровья (вставка 2).

**Рисунок 5. Структура советской системы организации лечебно-профилактической помощи**



Источник: адаптировано по Albrecht & Salmon, 1987 (14).

## Вставка 2. Право на охрану здоровья в статье 42 Конституции СССР

Граждане СССР имеют право на охрану здоровья. Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан.

Во время гражданской войны 1993–1999 гг. в Таджикистане целостность этой системы в существенной мере нарушилась, и последующие усилия в ходе достижения мирного договора в стране были направлены на создание системы на основе эффективной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) с акцентом на семейную медицину. В 2008 г. был принят указ, обязывающий города и районы выделять минимум 40% своего бюджета на ПМСП. В результате расходы на больницы сократились с 56% до 55%, а число учреждений ПМСП, применяющих в работе принцип семейного здравоохранения, увеличилось с 56% в 2010 г. до 70,1% в 2017 г. Такой рост соответствует цели НСЗ-2020 на 2015 г. (70%), но этот показатель следует улучшать, чтобы достигнуть 100% – цели 2020 г. Несмотря на повышенное внимание к ПМСП и увеличенные расходы, среднее количество посещений учреждений ПМСП на одного человека немного снизилось – с 4,8 в 2010 г. до 4,1 в 2016 г. (Добровольный национальный обзор, 2017 г. (3) и неопубликованная аналитическая справка по Таджикистану, 2019 г.). В Добровольном национальном обзоре предложены некоторые фактологически обоснованные ускорители политики для реформирования ПМСП. В числе прочих они включают в себя принятие модели помощи на базе общин, что Таджикистан выполняет, повышая роль семейной медицины и семейных врачей и вовлекая общественность и гражданское общество. Хотя Таджикистан сосредоточивается на некоторых из этих стратегических ускорителей, принятие во внимание их всех могло бы принести пользу для дальнейшего укрепления ПМСП в будущих стратегиях и программах. Одна из проблем, встающих на пути попыток укрепить систему здравоохранения, – миграция медицинских работников, в частности врачей, которые уезжают в Российскую Федерацию или другие страны, где широко используется русский язык и где они могут найти работу и получить более высокие доходы.

## 1.7 Поддержка Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 г. в Таджикистане

Организация Объединенных Наций действует в Таджикистане уже 25 лет, с 1992 г., в период конфликта и его урегулирования. Примирение в 1997 г. произошло при посредничестве ООН (отправка миссии наблюдателей ООН в Таджикистан в 1994–2000 гг.). ООН также поддерживала постконфликтное восстановление и удовлетворение социально-экономических потребностей населения в период после конфликта. В 2000–2015 гг. поддержка, оказанная Организацией Объединенных Наций и другими партнерами по развитию в деле достижения Целей развития тысячелетия, способствовала снижению уровня бедности с 81% в 1999 г. до 31% в 2016 г., достижению уровня 99% охвата начальным образованием и элиминации малярии в Таджикистане. В декабре 2015 г. была принята Рамочная программа Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития (РПООНПР) сроком на пять лет, и в настоящее время она направляет работу ведомств ООН на страновом уровне. РПООНПР в Таджикистане ставит целью добиться в 2016–2020 гг. шести результатов:

- ◆ демократическое управление, верховенство закона и права человека;
- ◆ устойчивое и справедливое экономическое развитие;
- ◆ социальное развитие (здравоохранение, образование и социальная защита);
- ◆ питание и продовольственная безопасность;
- ◆ охват и расширение возможностей уязвимых групп населения;
- ◆ жизнестойкость сообществ и экологическая устойчивость.

РПООНПР согласуется с ЦУР, приоритетами Национальной стратегии развития на 2016–2030 гг. и Среднесрочной программой развития на 2016–2020 гг. и будет содействовать их реализации. Она использует весь комплекс экспертных знаний и ресурсов страновой группы Организации Объединенных наций в Таджикистане, правительства, гражданского общества и партнеров из Координационного совета по развитию для достижения результатов в сфере развития в Таджикистане. Страновая группа Организации Объединенных Наций работает над тем, чтобы укрепить скоординированную реализацию и мониторинг результатов РПООНПР на 2016–2020 гг., сформировав для этого шесть тематических групп по результатам под председательством представителей различных агентств ООН (15). Внешняя координация и координация с партнерами-донорами осуществляется посредством Координационного совета по вопросам развития в целях выработки совместной позиции по реагированию на существующие вызовы в сфере развития.

Страновая группа Организации Объединенных Наций работает над активизацией осуществления ЦУР (поддерживая Правительство Таджикистана в подготовке первого национального отчета по ЦУР), укреплении прав человека, актуализацией гендерных вопросов и инклюзивного развития, чтобы никто не остался без внимания (15).

Обзор в приложении 1 представляет список вкладов доноров напрямую в сектор здравоохранения; тем не менее проекты и программы в других секторах, таких как водоснабжение, санитария и гигиена, которые также имеют воздействие на здоровье, не включены в данный обзор. Основными партнерами по развитию в секторе здравоохранения являются Сеть развития Ага-хана, Азиатский банк развития, Европейский союз, ГАВИ,

Глобальный фонд, МФКККП, Международная федерация планируемого родительства, МОМ, Исламский банк развития, JICA, KfW/GIZ, Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству, Швейцарский институт тропической медицины и общественного здравоохранения, ЮНИСЕФ, Фонд ООН в области народонаселения, агентства Организации Объединенных Наций, ЮСАИД и Всемирный банк. Также в стране начал работу Глобальный фонд финансирования.

В Таджикистане кластер здравоохранения на страновом уровне служит механизмом, посредством которого участвующие организации работают в партнерстве над тем, чтобы скоординировать свои усилия и эффективно использовать имеющиеся ресурсы в рамках согласованных задач, приоритетов и стратегий в интересах затронутых групп населения. Это касается, в частности, предотвращения пробелов и/или частичного дублирования в международных гуманитарных ответных мерах и ресурсах (кадровых и финансовых) в сфере здравоохранения. Другие координационные механизмы и органы включают в себя Координационный комитет по ТБ и Национальный координационный совет по охране здоровья матери и ребенка, а также некоторые другие группы определенной направленности. Все партнеры по развитию активно участвовали в разработке Национальной программы на 2021–2030 гг.







## 2. Данные и мониторинг хода решения задач ЦУР, связанных со здоровьем, в Таджикистане

В этой главе дается краткий ознакомительный обзор задач и показателей в области здравоохранения, данных и процесса мониторинга на основе оценок национальной информационной системы здравоохранения.

Глобальные задачи и показатели ЦУР, связанные со здоровьем, актуальны для Таджикистана, и многие из них отслеживаются с помощью национальных систем отчетности и были отражены в оценке НСЗ-2020 в 2018 г. Кроме того, в стране определен набор показателей национальной отчетности, собираемых посредством национальной службы здравоохранения и отчетности Информационного центра управления здравоохранением при Министерстве здравоохранения.

Следует отметить, что в Таджикистане пока нет общенациональной электронной системы медицинских карт пациентов. На национальном уровне для агрегирования данных, анализа и отчетности используется компьютерная программа «Районная информационная система здравоохранения-2» (District Health Information System 2). Однако достаточно распространенной проблемой, вызывающей обеспокоенность, являются качество отчетности и расхождения в данных. Отсутствие эффективной системы электронного мониторинга особенно сказывается на учреждениях ПМСП в сельских и отдаленных районах, а также ограничивает использование данных при принятии решений и планировании. Для оценки прогресса в рамках НСЗ-2020 Министерство здравоохранения использовало данные, доступные из национальных источников, а также из разных вариантов медико-демографического исследования и других опросов.

При часто упоминающейся нехватке персонала многие врачи в Таджикистане консультируют только по несколько пациентов в день. Врачи сообщили, что принимают в среднем по четыре или пять (0–12) пациентов в день. В 2017 г. в Таджикистане на 100 000 чел. населения приходилось 22 педиатра, что выше среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ (16); данные по числу врачей общей практики / семейных врачей отсутствовали, а число медсестер, согласно оценке, было ниже среднего. В 2017 г. общая численность медработников составляла 7,6 на 1000 человек населения (17). В то время как некоторые сельские районы могут испытывать нехватку врачей, сестринского персонала и акушерок, в других районах наблюдается высокое соотношение численности врачей и пациентов. В некоторых регионах на уровне ПМСП работает большое число различных специалистов, например специалист по вакцинации, который отвечает только за прививки детей, руководители центров репродуктивного здоровья, ВИЧ, здорового образа жизни и интегрированного ведения болезней детского возраста. Однако врачи и медсестры в сфере ПМСП не всегда достаточно квалифицированы; им может не хватать уверенности в том, что они могут обеспечить качественное оказание основных услуг в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матери, новорожденного, ребенка и подростка, что приводит к многочисленным перенаправлениям и фрагментации услуг. Работники ПМСП играют важную роль в поддержке пациентов, недостаточно охваченных услугами, как в сельских, так и в городских населенных пунктах. Для того чтобы семейные

врачи и врачи общей практики могли выполнять эту роль, необходимо расширить спектр их задач и уделить приоритетное внимание медицинскому образованию, последипломной подготовке и непрерывному профессиональному развитию в ключевых областях охраны здоровья населения. Важнейшим приоритетным направлением политики должно стать укрепление кадрового потенциала здравоохранения на уровне ПМСП для возможности оказывать основные услуги в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков, а также рациональное распределение медицинского персонала.

## 2.1 Оценка хода решения задач здравоохранения в рамках ЦУР 3

Следующая оценка структурирована по конкретным задачам здравоохранения и включает тенденции с 2000 г. и прогнозы до 2030 г. с использованием как официальных национальных данных, так и других источников данных (например, ИПОЗ, Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ и других источников данных, а также отчетов Организации Объединенных Наций).

Таджикистан добился значительного успеха в выполнении поставленных задач по некоторым критически важным показателям, таким как коэффициент материнской смертности и элиминация малярии, однако достижение показателей по другим задачам продвигается очень медленно, что ставит новые вызовы. В особенности это касается некоторых инфекционных болезней, таких как ВИЧ, ТБ и гепатит, а также некоторых НИЗ. Кроме того, сфера психического здоровья не получила должного внимания и недостаточно охвачена в Национальной программе на 2021–2030 гг., которая в настоящее время находится в стадии разработки. Также есть направления, по которым отсутствуют всесторонние данные, это касается, например, инвалидности; однако из обсуждений стало ясно, что реабилитации людей с различными функциональными ограничениями уделяется повышенное внимание, и в настоящее время это также отражено в новой Национальной программе. В приложении 3 представлены данные по задачам в рамках ЦУР 3 и задачам здравоохранения в рамках других ЦУР. В таблице 2 представлен обзор показателей ЦУР 3 (и ЦУР 2, связанных со здоровьем), которые более подробно рассматриваются в следующих разделах.



Таблица 2. Отдельные показатели ЦУР

Задача	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
<b>ЦУР 2. Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания</b>			
2.2 Неполноценное питание	2.2.1 Распространенность задержки роста среди детей до 5 лет	17%	МДИ 2017 (18)
	2.2.2 Распространенность неполноценного питания среди детей до 5 лет (истощение или ожирение)	6%	МДИ 2017 (18)
<b>ЦУР 3. Здоровье и благополучие</b>			
3.1 Материнская смертность	3.1.1 Коэффициент материнской смертности	32 на 100 000 живорождений	Данные Министерства здравоохранения
	3.1.2 Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками	94,8%	МДИ 2017 (18)
3.2 Предотвратимая смертность новорожденных и детей до 5 лет	3.2.1 Коэффициент смертности детей до 5 лет	33 на 1000 живорождений	МДИ 2017 (18)
	3.2.2 Коэффициент неонатальной смертности	2 на 1000 живорождений	МДИ 2017(18)
3.3 Инфекционные болезни	3.3.1 Число новых заражений ВИЧ	6,0 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.3.2 Заболеваемость ТБ (новые случаи, стандартизованный по возрасту показатель)	107,7 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.3.3 Заболеваемость малярией	0	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.3.4 Заболеваемость гепатитом В	2320 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.3.5 Распространенность забытых тропических болезней	13,6%	ИПОЗ, 2019 (17)
3.4 НИЗ	3.4.1 Смертность (стандартизованный по возрасту показатель) от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний	539,0 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.4.2 Смертность от самоубийств	5,6 смертей на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)

Таблица 2 – продолжение

Задача	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
3.5 Профилактика и лечение зависимости от психоактивных веществ	3.5.1 Охват лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ	Точные количественные данные по охвату отсутствуют; данные по абсолютному числу лечащихся пациентов с проблемами зависимости можно запросить у специализированных служб лечения наркотической зависимости	–
	3.5.2 Потребление алкоголя (в литрах чистого спирта, в возрасте 15 лет и старше)	Приблизительно 4 литра на душу населения в год (точных данных нет, так как трудно оценить уровень потребления алкоголя домашнего производства)  Клинические отчеты из медицинских центров, где лечат заболевания печени, указывают на тенденцию снижения поражений печени, вызванных алкоголем (возможно, в связи с религиозными традициями в отношении употребления алкоголя)	–
3.6 Сокращение числа смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий	3.6.1 Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий	18,1 на 100 000 (2016)	ВОЗ, 2019 (19)
3.7 Доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах	3.7.1 Доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами	52,5% (2017)	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.7.2 Показатель рождаемости среди девушек-подростков	27,5 живорождений на 1000 женщин в возрасте 10–19 лет  24 аборта на 1000 живорождений (женщин в возрасте до 20 лет)	ИПОЗ, 2019 (17)
3.8 ВОУЗ, включая защиту от финансовых рисков и доступ к основным лекарственным средствам и вакцинам	3.8.1 Охват основными медико-санитарными услугами (определяемый как средний охват основными услугами по отслеживаемым процедурам среди широких слоев населения и наиболее неблагополучных групп)	Отслеживаемое вмешательство – вакцинация против кори: 98%	ВОЗ, 2019 (20)
	3.8.2 Лица, охваченные медицинским страхованием или системой общественного здравоохранения, на 1000 чел. населения	Индекс охвата услугами в рамках ВОУЗ (косвенный показатель): 60,6%	ИПОЗ, 2019 (17)

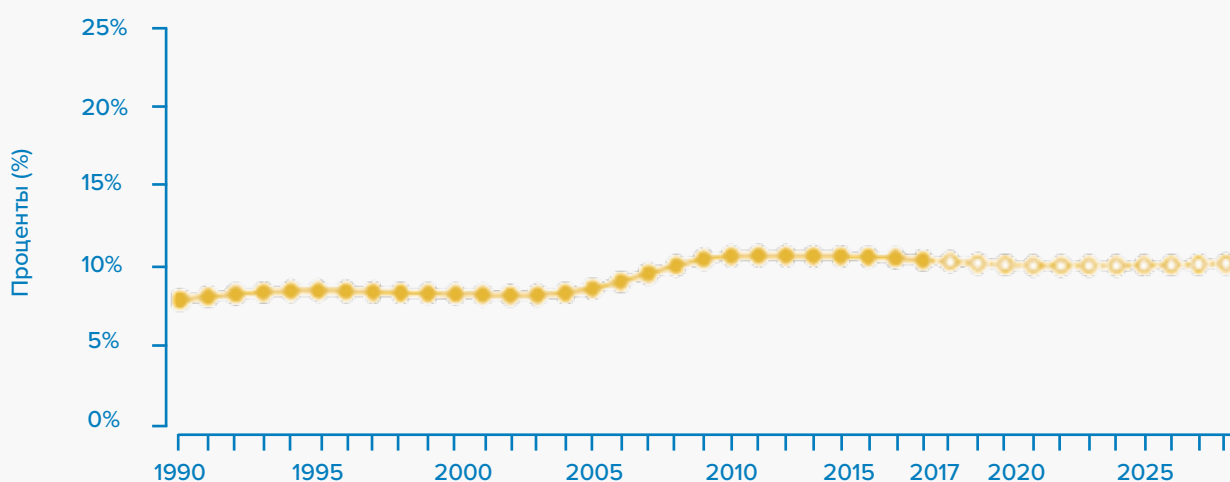
Таблица 2 – продолжение

Задача	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
3.9 Смертность и заболеваемость в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения окружающей среды	3.9.1 Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха	81,1 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.9.2 Смертность от отсутствия безопасной воды, безопасной санитарии и гигиены	15,3 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)
	3.9.3 Смертность от неумышленных отравлений	0,7 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (17)
3.а Осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака	3.а.1 Распространенность употребления табака (среди лиц в возрасте 15 лет и старше, стандартизированный по возрасту показатель)	9,6%	ИПОЗ, 2019 (17)
3.б Исследования и разработки вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны; обеспечение доступности недорогих основных лекарственных средств и вакцин для всех	3.б.1 Доля населения, на устойчивой основе имеющая доступ к экономически приемлемым лекарственным средствам и вакцинам	Количественный показатель отсутствует; доступность вакцин обеспечивается за счет международных донорских программ (см. основной текст)	
	3.б.2 Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения	Данные отсутствуют	
3.с Финансирование здравоохранения и медицинские кадры в развивающихся странах	3.с.1 Число медицинских работников на душу населения и их распределение	7,6 на 1000 чел. населения (2017)	ИПОЗ, 2019 (17)
3.д Нарращивание потенциала в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья	3.д.1 Потенциал для соблюдения Международных медико-санитарных правил (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения	Этот потенциал развивается посредством Программы ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям	ВОЗ, 2020 (21)

### 2.1.1 Недоедание, задержка роста и истощение (ЦУР 2)

Таджикистан добился прогресса в снижении задержки роста (показатель 2.2.1), в результате чего средний показатель по стране снизился с 26% в 2012 г. до 17% в 2017 г., но в некоторых регионах по-прежнему отмечаются высокие показатели среди детей в возрасте до 5 лет (МДИ) (18). Распространенность истощений (показатель 2.2.2) достигла 6% в 2017 г., причем больше всего пострадали дети в возрасте до 6 месяцев (до 14%); 2% в этой возрастной группе имели тяжелую степень истощения (18). Страна решает эту проблему недостаточности питания при поддержке Всемирной продовольственной программы через свои программы школьного питания, а также программы, поддерживаемые GIZ, ЮСАИД и другими донорами, которые включили компоненты питания в свои программы помощи в сфере здравоохранения и развития.

Рисунок 6. Распространенность истощения среди детей, Таджикистан



Источник: ИПОЗ, 2019 (17).

### 2.1.2 Здоровье матерей, а также детей грудного и более старшего возраста (ЦУР 3.1, 3.2 и 3.7)

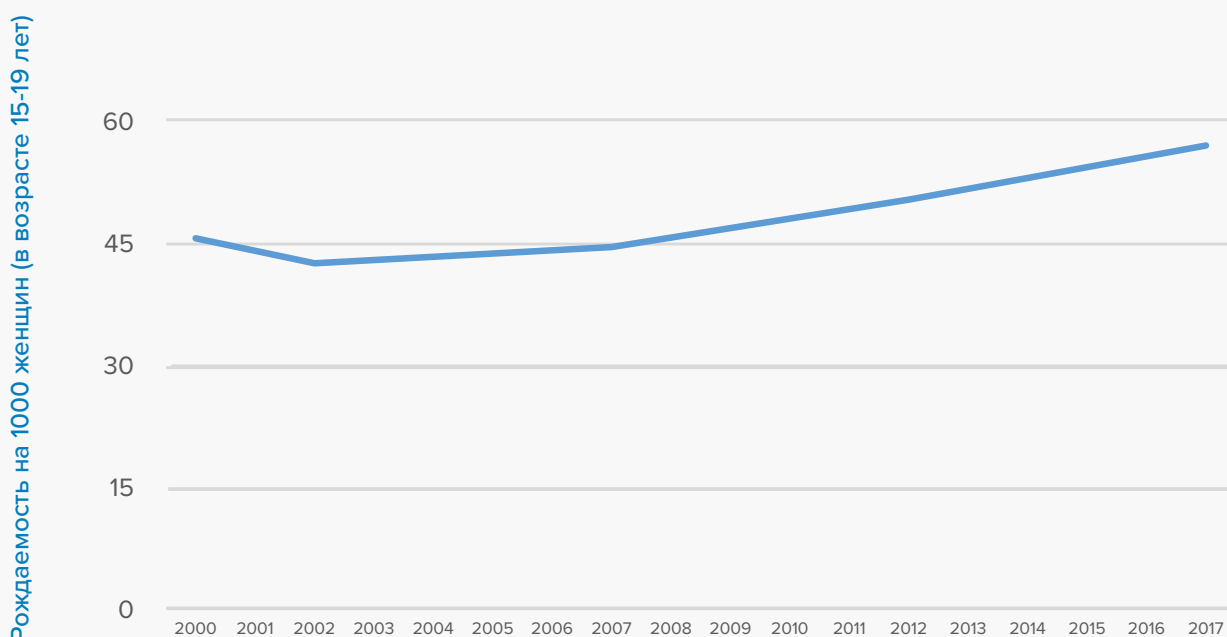
Здоровье матерей, младенцев и детей более старшего возраста является государственным приоритетом и пользуется вниманием со стороны государственных органов высокого уровня. Несмотря на улучшение в области услуг охраны здоровья матери и ребенка, неонатальные расстройства по-прежнему являются второй по частоте причиной преждевременной смерти. Поэтому крайне важно и дальше совершенствовать уход за младенцами, детьми более старшего возраста и матерями, чтобы можно было снизить показатели смертности.

Согласно данным Министерства здравоохранения, в настоящее время коэффициент материнской смертности составляет 32 на 100 000 живорождений.

Использование современных контрацептивов среди замужних женщин в возрасте 15–49 лет составило 29,3% в МДИ 2017 (18), не претерпев значительных изменений с 2012 г., когда оно составляло 27,1%. Это относительно низкий показатель по сравнению с некоторыми соседними странами, такими как Грузия (40%), Казахстан (50%), Кыргызстан (40%) и Туркменистан (48%) (18).

Данные Всемирного банка показывают тенденцию к росту частоты беременности и родов среди подростков (рис. 7) (22). Возможными причинами могут быть давление семьи в сельской местности, склоняющее девочек к раннему замужеству, низкая доступность противозачаточных средств или отсутствие сексуального и репродуктивного образования.

**Рисунок 7. Показатель рождаемости среди подростков, Таджикистан 2000–2017 гг.**



Источник: Всемирный банк, 2019 (22).



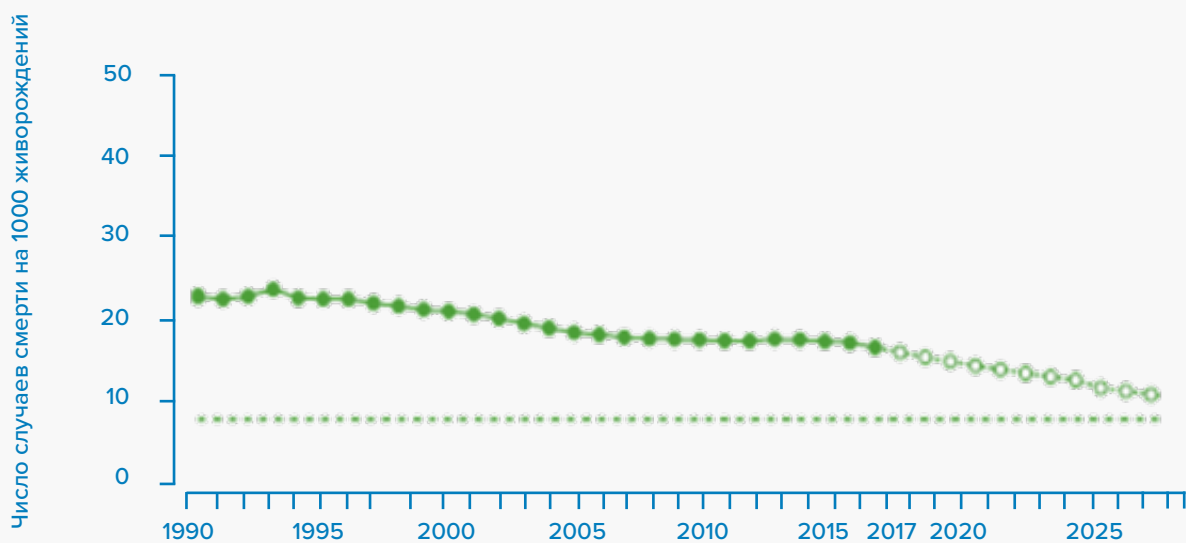
©ВОЗ/ Shukhrat Latipov

Уровень неонатальной смертности в 2017 г. составил 15 на 1000 живорождений, что приближается к глобальному целевому значению 12 на 1000 живорождений, установленному для этого показателя (рис. 8) (17). Смертность среди детей в возрасте до 5 лет по-прежнему высока как среди мальчиков, так и среди девочек (37 и 30 соответственно на 1000 живорождений), что намного превышает глобальный целевой показатель 25; однако тенденции и прогнозы по данным показывают, что цель может быть достигнута к 2030 г. при условии продолжения последовательных национальных усилий при международной поддержке (рис. 9) (17).

Хотя страна добилась значительного прогресса в отношении младенческой смертности с 1990 г., когда, как указывалось, она достигала уровня 40,9 на 1000 живорождений (данные ВОЗ, в то время как оценка ЮНИСЕФ по результатам обследований домохозяйств составляла 83), в 2015 г. она все еще значительно отставала от среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ, который составлял 8,8. Тем не менее текущие тенденции и прогнозы на ближайшие 10 лет позволяют предположить, что эта цель также достижима при последовательных усилиях.

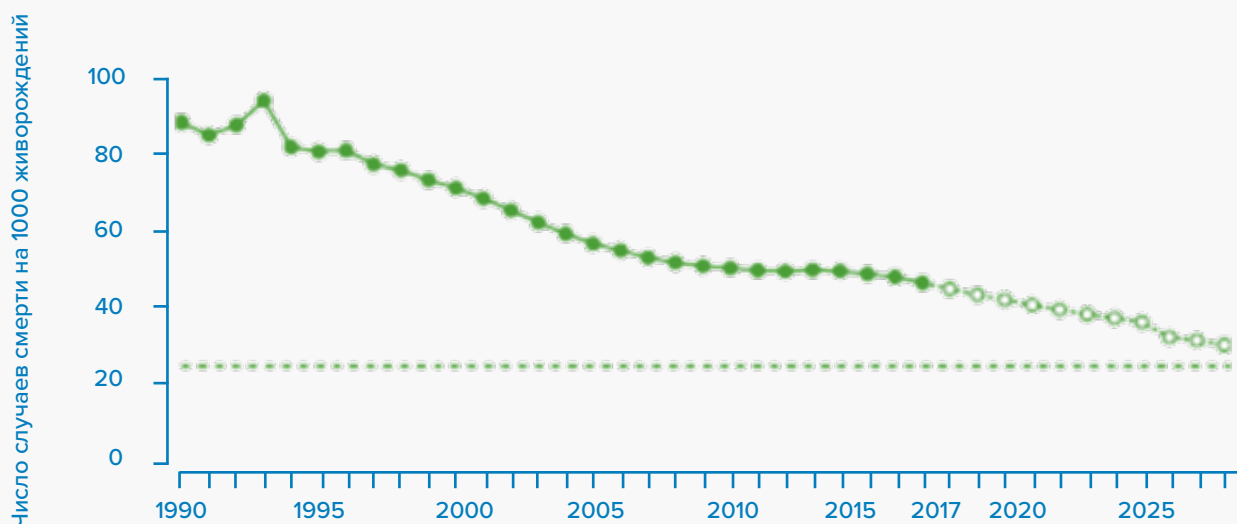


**Рисунок 8. Коэффициент неонатальной смертности, Таджикистан, 1990–2017 гг. и прогноз до 2030 г.**



Примечание: горизонтальная линия показывает целевой уровень  $\leq 12$  смертей на 1000 живорождений.  
 Источник: ИПОЗ, 2019 (17).

**Рисунок 9. Смертность в возрасте до 5 лет, Таджикистан 1990–2017 гг. и прогноз до 2030 г.**



Примечание: горизонтальная линия показывает целевой уровень  $\leq 25$  смертей на 1000 живорождений.  
 Источник: ИПОЗ, 2019 (17).

Таблица 3. Смертность в возрасте до 5 лет, 1990 и 2017 гг.

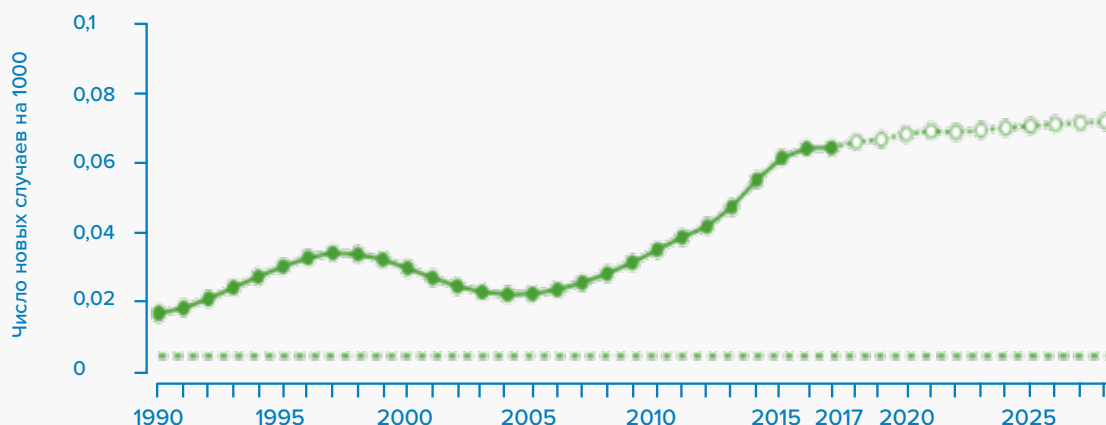
Показатели по возрастам	1990 г.	2017 г.
Смертность в возрасте до 5 лет, в разбивке по полу (муж./жен., на 1000 живорождений)	112/97	37/30
Младенческая смертность (на 1000 живорождений)	83	29
Число случаев младенческой смертности	17 000	7 000
Неонатальная смертность (на 1000 живорождений)	32	15
Число случаев неонатальной смертности	7 000	4 000

Источник: ЮНИСЕФ, 2018 (16).

### 2.1.3 Инфекционные болезни (ЦУР 3.3)

Усилия по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и гепатитом В остаются теми направлениями, которые вызывают наибольшую обеспокоенность и получают наибольшее внимание правительства, это отражается в том, что Таджикистан является одной из стран, апробирующих межсекторальные подходы в отношении ВИЧ, ТБ и вирусных гепатитов. С 2010 г. число новых случаев ВИЧ-инфекции возросло на 23% (рис. 10), тогда как число смертей вследствие СПИДа снизилось на 5% (17).

Рисунок 10. Коэффициент заболеваемости ВИЧ, Таджикистан, 1990–2017 гг. и прогноз до 2030 г.



Примечание: горизонтальная линия показывает целевой уровень 0,005 новых случаев на 1000 чел. населения.  
Источник: ИПОЗ, 2019 (17).

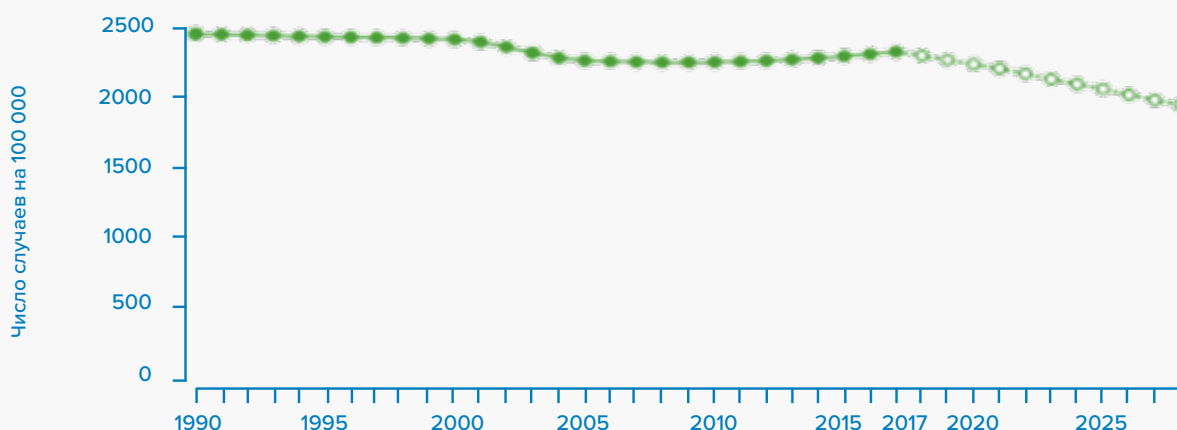
Отдельные группы населения в Таджикистане особенно затронуты ВИЧ:

- ◆ работники коммерческого секса – распространенность ВИЧ 3,5%;
- ◆ гомосексуальные мужчины и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, – распространенность ВИЧ 2,7%;
- ◆ люди, употребляющие инъекционные наркотики – распространенность ВИЧ 13,5%.

В 2016 г. в Таджикистане было зарегистрировано 1300 (<1000–2100) новых случаев ВИЧ-инфекции и менее 1000 (<500–1000) случаев смерти от СПИДа (23). В 2016 г. насчитывалось 14 000 (10 000–19 000) людей, живущих с ВИЧ, из которых только 30% (23–42%) имели доступ к антиретровирусной терапии. Из числа беременных женщин, живущих с ВИЧ, 85% (68–95%) имели доступ к лечению или профилактике для предупреждения передачи ВИЧ своим детям. В 2016 г. менее 100 детей заразились ВИЧ-инфекцией в результате передачи инфекции от матери ребенку. Среди людей, живущих с ВИЧ, примерно 22% (16–30%) снизили вирусную нагрузку благодаря лечению (23). В рамках мер противодействия ВИЧ Таджикистан планирует увеличить охват услугами по снижению вреда и увеличить процент людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение. Протоколы антиретровирусной терапии будут обновлены в соответствии со стратегией ВОЗ по тестированию и лечению.

Серьезную проблему для общественного здравоохранения представляют вирусные гепатиты; при этом имеются данные о заболеваемости гепатитом В (рис. 11), однако другие вирусы гепатита (А, С, D и E) также важны для мониторинга и контроля. В настоящее время Таджикистан при поддержке ВОЗ разрабатывает дорожную карту по элиминации вирусных гепатитов. Ожидается, что эта работа ускорит прогресс в достижении показателя 3.3.4. Положительное воздействие должны оказать также вмешательства в отношении окружающей среды, такие как меры по улучшению водоснабжения и санитарии, равно как и усиление деятельности по профилактике злоупотребления психоактивными веществами (внутривенного употребления наркотиков).

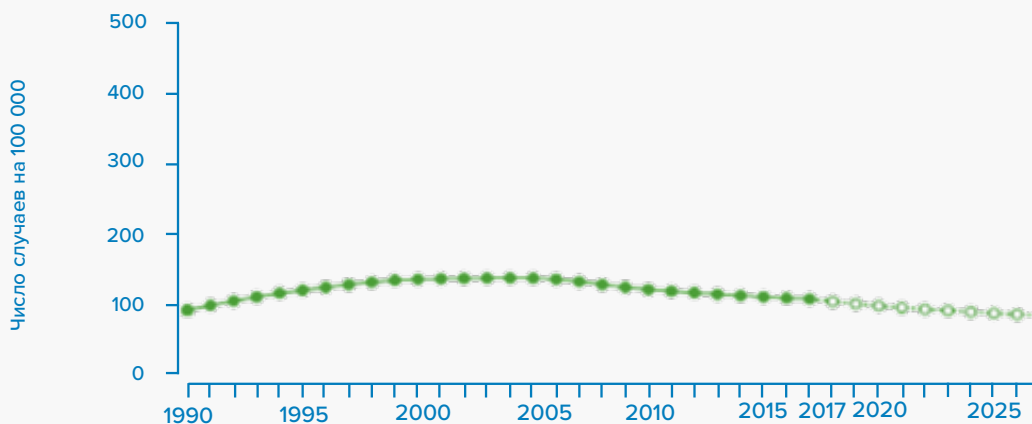
**Рисунок 11. Коэффициент заболеваемости гепатитом В, Таджикистан, 1990–2017 гг. и прогноз до 2030 г.**



Источник: ИПОЗ, 2019 (17).

По данным ИПОЗ, заболеваемость туберкулезом снижается (рис. 12): с 137,4 на 100 000 в 2004 г. до 107,7 в 2017 г. (17). Таджикистан является одной из 10 стран мира с самым высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью; все эти страны, кроме Сомали, относятся к Европейскому региону ВОЗ (Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Узбекистан и Украина) (24). Трудовая миграция является важным фактором, способствующим распространению туберкулеза в стране. Министерство здравоохранения работает с Глобальным фондом, Проектом ХОУП, ЮСАИД, ВОЗ и другими партнерами над организацией борьбы с туберкулезом на уровне ПМСП и внедрило стратегию борьбы с ТБ, рекомендованную ВОЗ (краткий курс лечения под непосредственным наблюдением). В проекте оценки НСЗ-2020 указаны показатели заболеваемости и смертности ТБ 78,5 и 6,2 на 100 000 населения, соответственно, в 2010 г. на основе данных, собранных Информационным центром управления здравоохранением. Оба показателя снизились к 2017 г. примерно на треть, до 59,2 (данные за полугодие) и 4,0, соответственно (данные Агентства медицинской статистики Министерства здравоохранения) (рис. 12). Это снижение может отражать рост числа людей с риском заболевания ТБ, обследуемых в учреждениях ПМСП (с 77% в 2010 г. до 87,3% в 2017 г.).

**Рисунок 12. Заболеваемость туберкулезом, Таджикистан, 1990–2017 гг. и прогноз до 2030 г.**



Источник: ИПОЗ, 2019 (17).

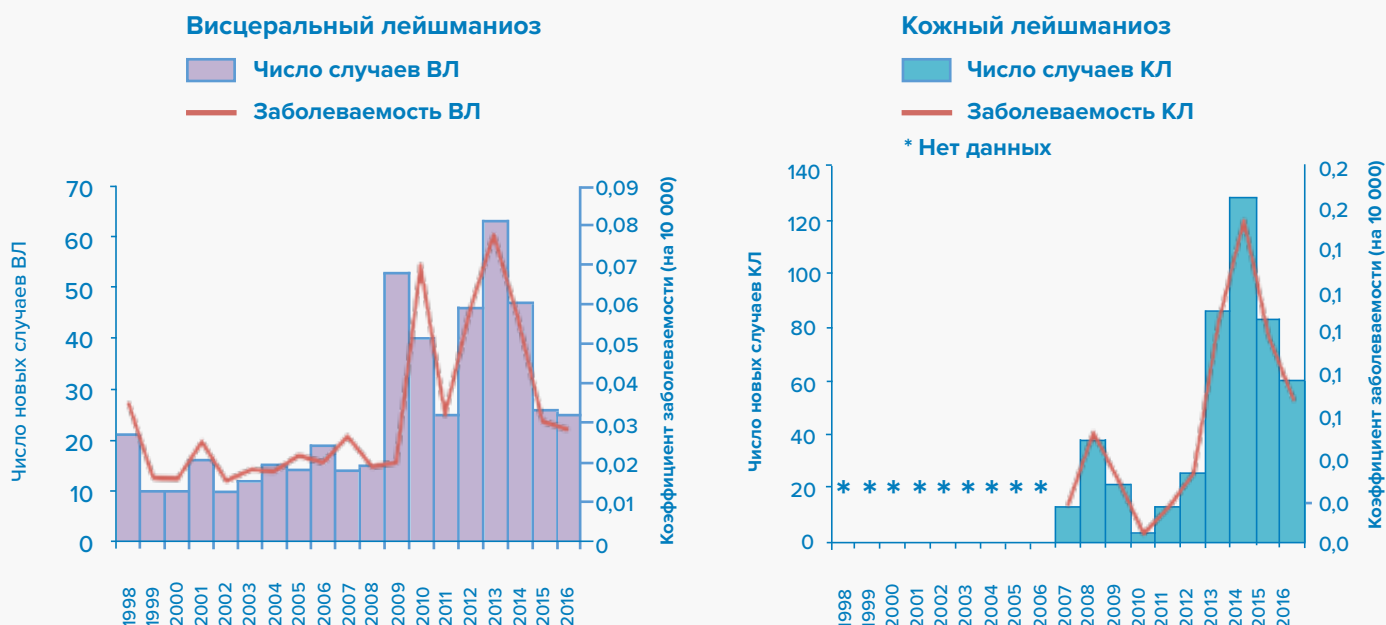
Таджикистан является одной из стран Европейского региона ВОЗ, наиболее пострадавших от малярии; в 1997 г. в стране было зарегистрировано почти 30 000 случаев заболевания. Также это была единственная страна в Регионе, где возродилась передача малярии, вызываемой *Plasmodium falciparum*. К 2009 г. *P. falciparum* был ликвидирован, а Таджикистан достиг глобальной цели по элиминации малярии (25). В 2017 г. Таджикистан уже на протяжении трех лет подряд представлял данные об отсутствии местных случаев заболевания (26). Достижение этой цели является выдающимся успехом, ввиду того что Таджикистан имеет границу протяженностью более 1300 км с Афганистаном, где все еще есть случаи малярии.

Высокая восприимчивость (наличие местных переносчиков и экологические и климатические условия, благоприятные для передачи малярии) в южной части Таджикистана означает, что даже ограниченный завоз малярии может привести к ее повторной активизации. В 2017 г. Таджикистан подписал Ашхабадское заявление о предупреждении восстановления передачи малярии в Европейском регионе ВОЗ (27) и стремится запустить процесс сертификации элиминации малярии. Таджикистан направил официальный запрос в ВОЗ с просьбой поддержать подготовку к этой сертификации.

Таджикистан не проводит систематического сбора данных о забытых тропических болезнях; однако данные системы здравоохранения свидетельствуют о высокой распространенности глистных инвазий, главным образом среди детей и в сельской местности. Геогельминтозы были серьезной проблемой общественного здравоохранения, и их распространенность составляла 74,3% и 54,2% в 2004 и 2010 гг., соответственно. Последнее исследование распространенности (2016 г.) охватывало районы из всех экологических зон и показало диапазон 0–20,9% для всех видов (включая *Hymenolepis nana* (карликовый цепень) и *Enterobius vermicularis* (острица), которые имеют большое значение в масштабах страны), при этом диапазон распространенности *Ascaris lumbricoides* (аскариды) составлял 0–14,9%, а *Trichuris trichuria* (власоглав) 0–4,5%. В некоторых урбанизированных районах, в том числе в столице страны, распространенность геогельминтозов достигает 10%.

Лейшманиоз также регулярно отмечается в Таджикистане. Возможности диагностики и лечения существенно улучшились, и заболеваемость и кожным, и висцеральным лейшманиозом снизилась (рис. 13) (28,29).

**Рисунок 13. Заболеваемость лейшманиозом и число новых случаев, Таджикистан, 1998–2016 гг.**



Примечание: ВЛ – висцеральный лейшманиоз; КЛ – кожный лейшманиоз.  
 Источник: WHO, 2018 (28).

## 2.1.4 НИЗ (ЦУР 3.4)

В связи с демографическими изменениями, изменениями образа жизни и урбанизацией в Таджикистане растет число НИЗ, в частности сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются причиной более половины смертей в стране (30). За десять лет (с 2007 по 2017 г.) воздействие определенных НИЗ на смертность существенно не изменилось, хотя в 2017 г. диабет вошел в число 10 основных причин преждевременной смертности (рис. 14).

Рисунок 14. Десять ведущих причин в структуре смертности по всем причинам, всем возрастам, Таджикистан, 2007 и 2017 гг.

- Инфекционные болезни, осложнения беременности и родов, патология новорожденных, а также расстройства питания
- НИЗ
- Травмы



Источник: ИПОЗ, 2019 (31).

В Таджикистане установлены целевые показатели по НИЗ (табл. 4)

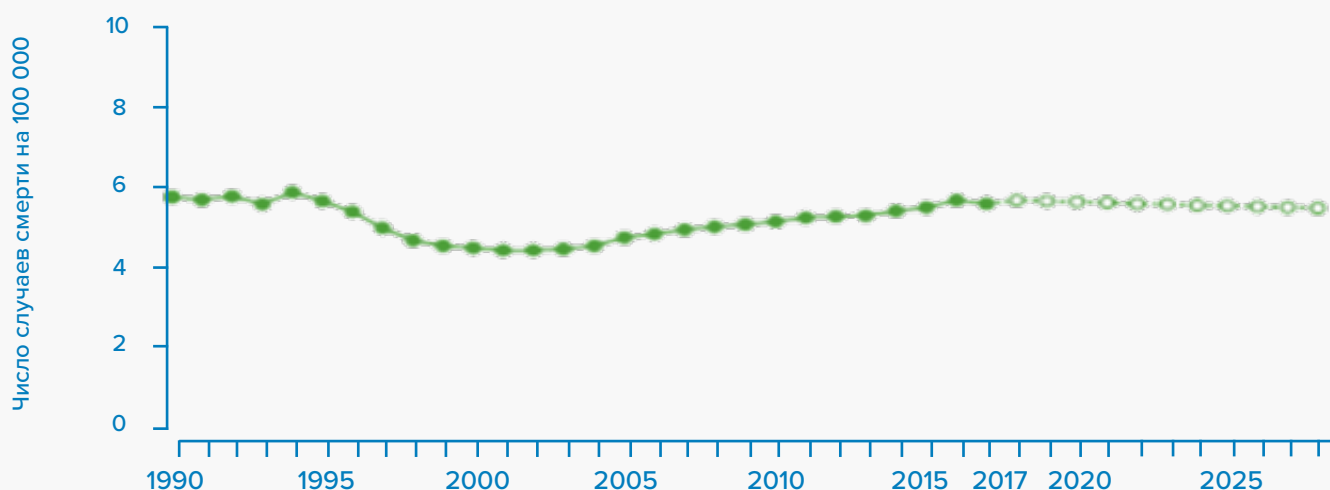
**Таблица 4. Область показателей А-З, связанных с НИЗ, с исходным, текущим и целевым значениями**

Показатель	Коэффициент на 100 000 чел. населения		
	Исходный уровень, 2010 г.	Данные 2017 г.	Цель 2020 г.
А-3.1. Смертность от ишемической болезни сердца	212,4	243,8 (2016 г.)	160,0
А-3.2. Заболеваемость сахарным диабетом (первичная)	58,4	56,4	88,9
А-3.3. Онкологическая заболеваемость	38,2	35,0	52,0
А-3.4. Смертность от травм	2,9	22,5 (2016 г.)	3,5

Источник: данные, предоставленные Агентством статистики при аппарате Президента РТ, 2020 г.

Данные о распространенности психических расстройств недоступны, хотя уровень смертности от самоповреждений, как сообщается, достигает 6 на 100 000 чел. населения, причем все больше молодежи, в том числе молодых женщин, совершают самоубийства (рис. 15). Однако в настоящее время эта область не получает внимания со стороны общественного здравоохранения, и еще предстоит рассмотреть возможность ее включения в список приоритетов разрабатываемой Национальной программы на 2021–2030 гг., в частности необходимо подтвердить важность исследования и сбора данных по факторам риска нарушений психического здоровья в стране.

**Рисунок 15. Смертность в результате самоповреждений, Таджикистан, 1990–2017 гг. и прогноз до 2030 г.**



Источник: ИПОЗ, 2019 (17).

### **2.1.5 Профилактика злоупотребления психоактивными веществами и лечение наркозависимости (ЦУР 3.5)**

Хотя профилактика злоупотребления психоактивными веществами не является основным направлением в рамках НСЗ-2020, и данные в основном ограничены сведениями, полученными в рамках служб здравоохранения, в более крупных городах (например, в Душанбе) существуют специальные службы, а в школах проводятся информационно-просветительные программы. В странах Центральной Азии, в том числе в Таджикистане действует Программа ЮНОДК по профилактике злоупотребления психоактивными веществами среди молодежи. Она включает проведение мероприятий в школах, а также в молодежных и спортивных центрах (вставка 3).



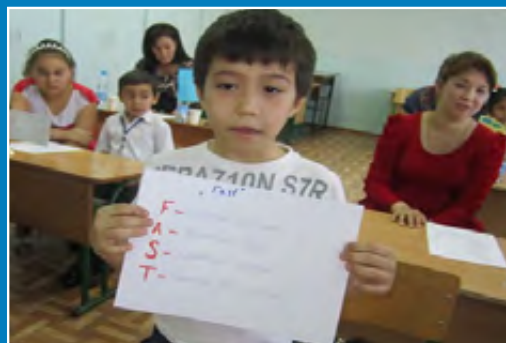
### Вставка 3. Мероприятия ЮНОДК по профилактике наркопотребления в Центральной Азии

Основным вмешательством, продвигаемым ЮНОДК в области профилактики употребления наркотиков в Центральной Азии, является обучение навыкам жизни в семье. ЮНОДК выбрал для реализации программу «Семья и школа вместе» (FAST), поскольку она адаптивна и пригодна для данного региона. FAST – это внеклассная многосемейная, рассчитанная на восемь недель программа для всех учащихся первого класса начальной школы (в возрасте 6–7 лет) и их семей. Мультисистемное вмешательство объединяет семью, дом, школу и сообщество в целях повышения благополучия ребенка за счет укрепления отношений и факторов, защищающих от стресса.

С 2010 г. пять стран Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) воспользовались пилотной программой FAST, которая была адаптирована с учетом культурных особенностей и успешно опробована в 35 школах Региона в течение трех циклов реализации. Было организовано обучение для 305 национальных координаторов по внедрению FAST, и 12 из них были подготовлены в качестве национальных руководителей по реализации и расширению программ. Всего программой воспользовались 762 семьи.

ЮНОДК приступил к реализации в Центральной Азии еще одной научно обоснованной программы обучения навыкам жизни в семье для детей в возрасте 10–14 лет, с использованием уже созданной инфраструктуры программы FAST (Программа укрепления семьи–10-14 (SFP10-14)).

SFP10-14 представляет собой программу из семи занятий, сосредоточенную на снижении связанных с семьей факторов риска проблемного поведения подростков и формировании защитных факторов у подростков (10–14 лет) и их родителей/попечителей с участием членов сообщества. SFP10-14 неоднократно оценивалась независимыми исследователями в ходе рандомизированных контрольных испытаний или исследований услуг здравоохранения; были признано, что улучшение семейных отношений привело к весьма позитивным результатам в снижении факторов риска злоупотребления психоактивными веществами и правонарушений.



Источник: ЮНОДК, 2018 (32).

Потребление алкоголя в Таджикистане значительно ниже, чем в среднем по Европейскому региону ВОЗ (7,9 литра), в 2016 г. на душу населения (среди лиц в возрасте 15 лет и старше) приходилось 4,0 литра чистого спирта (33). Тем не менее это значение выросло по сравнению с 2010 г., когда потребление составляло 2,4 литра, и возможно занижено, поскольку алкоголь в стране широко доступен и имеется его местное производство (неопубликованная записка по вопросам политики, Таджикистан, 2019 г.).

### **2.1.6 Смертность и травматизм в результате дорожно-транспортных происшествий (ЦУР 3.6)**

Что касается дорожно-транспортного травматизма, ВОЗ сообщает о 18,1 случая смерти на 100 000 в 2016 г. (19), что является одним из самых высоких показателей по сравнению с 9,3 на 100 000 в среднем по Европейскому региону ВОЗ. Важно отметить, что первоначальные дезагрегированные данные показывают гораздо более высокий уровень дорожно-транспортных происшествий в некоторых городских регионах, что требует в будущем эффективных мер по обеспечению безопасности дорожного движения.

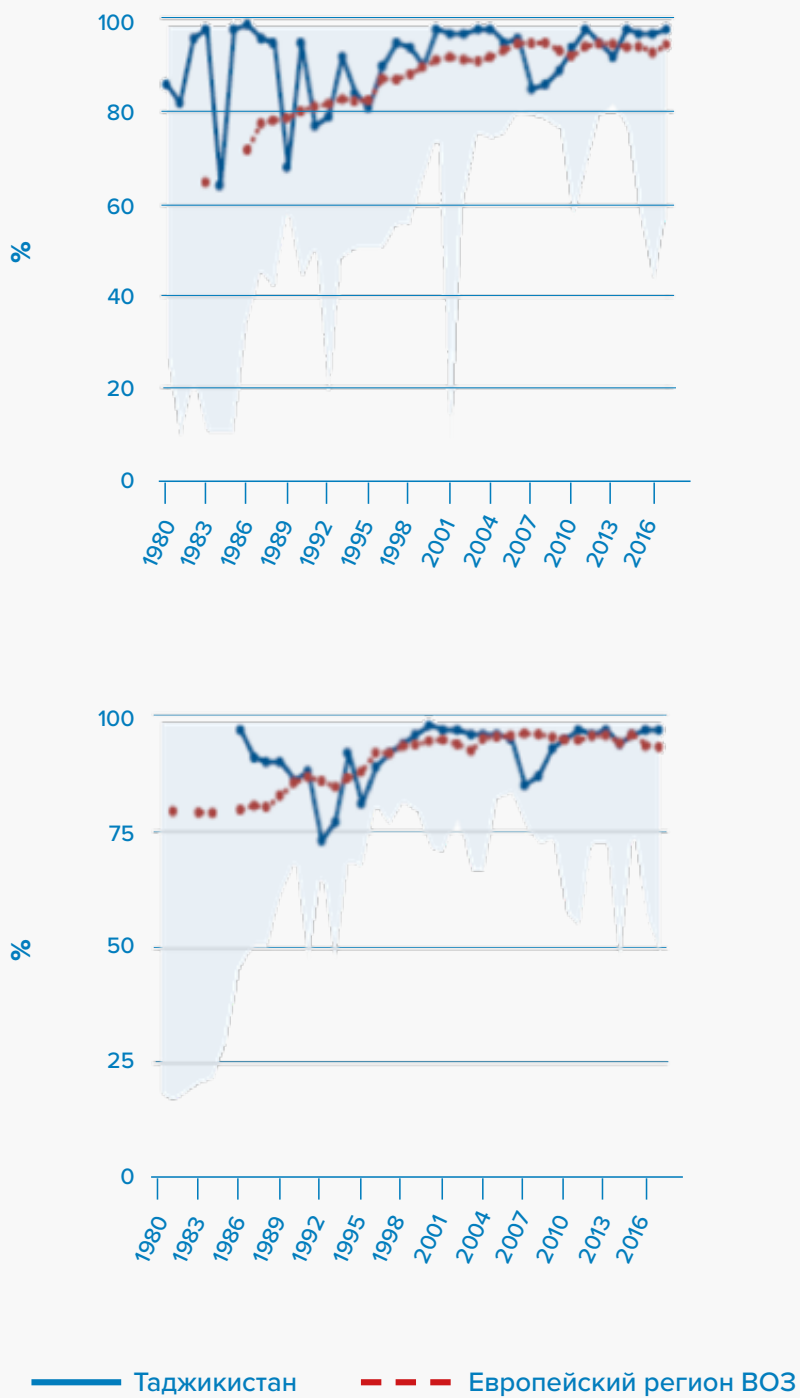
### **2.1.7 Всеобщий охват услугами здравоохранения (ЦУР 3.8)**

Охват бесплатными основными медицинскими услугами составил 20,7%, по результатам оценки хода реализации НСЗ-2020, проведенной в 2019 г. (неопубликованная записка по вопросам политики и технический отчет Таджикистана, 2019 г.). Это дополняет некоторые услуги, оказываемые на платной основе, в том числе предоставляемые в соответствии с Постановлением Правительства № 600 «О порядке оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения» от 2 декабря 2008 г. Считается, что охват будет гораздо выше, если обеспечить доступ к недорогим основным медицинским услугам, а не только к бесплатным, но это не будет означать, что достигнут всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ).

В Таджикистане отмечен хороший охват вакцинацией, в том числе против кори и полиомиелита (рис. 16).



Рисунок 16. Процент детей, привитых от кори и полиомиелита, Таджикистан, 1980–2016 гг.



Источник: Всемирный банк, 2019 (34,35).



# 3. Ключевые приоритеты Таджикистана в сфере улучшения показателей здоровья и благополучия для всех в любом возрасте

## 3.1 Стратегическое руководство в сфере здравоохранения

Правительство страны, включая Министерство здравоохранения, центральные и местные исполнительные органы государственной власти, выполняет следующие функции по обеспечению стратегического управления и принятия решений, основанных на фактах, в отношении здоровья нации:

- ◆ разработка фундаментальных ценностей, руководящих принципов и государственной политики в области общественного здравоохранения;
- ◆ модернизация нормативно-правовых механизмов и надзор за их выполнением;
- ◆ формирование межсекторальных и межведомственных партнерств для повышения уровня жизни в стране;
- ◆ укрепление ориентированности на передовую международную практику;
- ◆ координация международной помощи и технического сотрудничества.

Предстоящая Национальная программа на 2021–2030 гг. нацелена на углубление этого процесса путем акцентирования внимания на ключевых аспектах управления здравоохранением и социальным сектором и реализации краткосрочных и долгосрочных мер. Инициирование НСЗ-2020 стало важной вехой в развитии системы здравоохранения страны. Эта первая комплексная стратегия обеспечила стратегическую согласованность и способствовала интеграции вопросов здравоохранения во все области и секторы политики. В ходе процесса внедрения были улучшены управленческие функции и общее руководство системой здравоохранения, результатом чего стало:

- ◆ значительное улучшение состояния здоровья населения в целом и модернизация национальной системы здравоохранения для устойчивого развития человеческого капитала в стране;
- ◆ создание эффективной системы взаимодействия и управления процессом реформ;
- ◆ существенное улучшение межсекторального сотрудничества между министерствами и государственными органами на республиканском, областном и районном уровнях.

В 2013 г. Министерство здравоохранения Республики Таджикистан было преобразовано в Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, что открыло «окно возможностей» для интеграции в системе предоставления услуг. Для эффективной реализации данного слияния разработано, пересмотрено и утверждено более 400 новых отраслевых нормативных правовых актов республиканского, областного и районного значения.

### 3.1.1 Проблемы в руководстве в области здравоохранения

Некоторые вопросы, связанные с совершенствованием системы здравоохранения, не решены, и в последние годы возникли новые проблемы (как сообщается в неопубликованной оценке реализации НСЗ-2020 за 2018 г.).

- ◆ Модель управления здравоохранением на районном уровне несовершенна и неэффективна. В 2012 г. районные и городские управления/секторы здравоохранения были упразднены. Промежуточным решением стало наделение руководителей больничной службы полномочиями отчитываться по всему сектору здравоохранения на районном и городском уровнях. Однако это оказалось крайне неэффективным.
- ◆ Интеграция услуг здравоохранения и социальной защиты еще не завершена. В свете расширенных функций Министерства здравоохранения, включающих социальное обеспечение, это создало весьма сложную задачу для срочной интеграции деятельности в рамках служб здравоохранения и социальной защиты. Это еще одна проблема, требующая дополнительного финансирования.
- ◆ Функции управления здравоохранением не всегда подкрепляются соответствующей информацией. Ограниченное использование доказательных данных и недостаточный учет влияния местных условий приводят к неэффективному использованию ресурсов и принятию неверных решений. В частности, это влияет на рациональное использование ресурсов в областных и районных системах здравоохранения и усложняет мониторинг и оценку реализации стратегии здравоохранения. Показатели не всегда соответствуют реальной ситуации.
- ◆ Информационные системы здравоохранения в настоящее время содержат агрегированную информацию по областному и районному уровням, а также информацию от медицинских учреждений. Эти данные охватывают состояние здоровья населения, деятельность медицинских учреждений, информацию о национальных счетах здравоохранения и о доходах и расходах медицинских учреждений. Такая информация очень важна для оперативного управления системой здравоохранения и оценки работы медицинских учреждений; однако она не содержит персонализированных данных пациента, что ограничивает ее использование.
- ◆ Проблемы в межсекторальной координации остаются самыми серьезными. Вертикальные инструменты и планы были приняты в качестве инструментов НСЗ-2020. Однако они еще не достигли полноценной интеграции и согласованности. Взаимосвязь между стратегией здравоохранения и другими отраслевыми стратегиями все еще недостаточно четко определена и нуждается в улучшении. Обеспечивая согласованность между комплексными стратегиями развития, политикой здравоохранения и другими отраслевыми политиками, стратегиями и планами, страна также может напрямую способствовать достижению ЦУР 17.14, которая призывает к большей согласованности политики для устойчивого развития и побуждает отрасли работать над внедрением ЦУР. Долговременные проблемы согласования стратегических документов между учреждениями в рамках разных ведомств и существующие разногласия при реализации отдельных проектов замедляют процесс реформ.
- ◆ Низкая эффективность и слабая координация в управлении внешними ресурсами и иностранными инвестициями снижает эффективность привлеченных средств для достижения основной цели.



Улица в Душанбе  
© Yasmin Brandrup-Versi

## 3.2 Финансирование здравоохранения

Надежная модель финансирования здравоохранения является основой любой системы здравоохранения. Она определяет государственное видение мобилизации и объединения ресурсов, закупок и возмещения затрат. Административная неэффективность и значительные областные и районные расхождения в распределении средств на здравоохранение вызваны в первую очередь фрагментацией государственных источников финансирования. НСЗ-2020 решает эти проблемы в два этапа: во-первых, путем объединения государственных финансов из разных источников под единым управлением на областном уровне (институциональное создание фонда медицинского страхования) для пилотных механизмов финансирования и, во-вторых, путем включения этих механизмов в единую структуру государственного медицинского страхования.

Увеличение доли государственного финансирования, используемой для здравоохранения, является критически важным направлением реформы. Уровень государственных расходов на здравоохранение в настоящее время низок по сравнению с соответствующими расходами других государств-членов Европейского региона ВОЗ как в относительном выражении в процентах от ВВП, так и в абсолютном выражении на душу населения (в долларах США по паритету покупательной способности). Ограниченное выделение государственных ресурсов сектору здравоохранения отражается в низкой заработной плате медицинских работников в государственном секторе и высоких собственных расходах граждан (СРГ) на медицинскую помощь. Месячная заработная плата медицинского персонала низкая (85–125 долл. США – у врачей ПМСП и 62–84 долл. США – у медсестер). Расходы на лекарственные препараты составляют 37% СРГ, остальная часть затрат идет на консультации и лабораторные исследования. О практике неформальных платежей сообщается на всех уровнях. Использование неофициальных выплат как дополнения к заработной плате может – по крайней мере частично – объяснить отсутствие практики лечения и назначения лекарств, основанной на доказательствах.

В последние годы быстро развивается частный сектор. Хотя неформальные платежи в частном секторе могут быть менее вероятны, эта тенденция приводит к усилению неравенства и, вероятно, к росту спроса, создаваемого поставщиками услуг.

Предлагаемая Национальная программа на 2021–2030 гг. рассматривает реформу существующей системы финансирования здравоохранения как важный шаг к повышению эффективности оказания медицинских услуг и решению вопросов справедливости, обеспечению доступа к ПМСП и другим основным медицинским и социальным услугам для населения и их доступности.

Отдельные финансовые вмешательства, которые повышают эффективность или изменяют пакеты льгот в отрыве от дополнительных вмешательств со стороны предложения, вряд ли принесут желаемый результат. Рационализация госпитального сектора значительно улучшит влияние государственных расходов на госпитальную помощь.

Устойчивый экономический рост в Таджикистане привел к значительному увеличению государственных расходов на здравоохранение. В 2019 г. расходы выросли до 1,7 млрд сомони, что в четыре раза больше, чем в 2010 г. (404 млн сомони). В 2017 г. общие расходы на государственное здравоохранение составили 2,3% ВВП по сравнению с 1,7% в 2010 г. Несмотря на устойчивый рост, государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП и как расходы на здравоохранение на душу населения являются одними из самых низких в Регионе, и значительная сумма покрывается за счет личных платежей граждан. Расходы домохозяйств на здоровье составляют более 60% от общих затрат, что указывает на высокий риск обнищания из-за расходов, связанных со здравоохранением (36).

В рамках НСЗ-2020 Правительство приступило к реализации системных изменений в финансировании здравоохранения. Для рационального использования государственных ресурсов и повышения эффективности управления системой финансирования здравоохранения были разработаны и утверждены Стратегический план дальнейшего реформирования финансирования сферы здравоохранения в Республике Таджикистан на 2015–2018 гг. и Стратегический план по реформированию финансирования сферы здравоохранения в Республике Таджикистан на период 2019–2021 гг.

### **3.2.1 Достижения в области финансирования здравоохранения**

В рамках этих реформ примечательны следующие достижения.

- ◆ Введение подушевого финансирования ПМСП, что позволило справедливо распределить финансовые ресурсы на уровне ПМСП. Кроме того, пилотный проект механизма финансирования, основанного на результатах, осуществленный при поддержке Всемирного банка, позволил создать эффективную модель повышения результативности работы медицинских учреждений;
- ◆ Была разработана программа государственных гарантий «Пакет основных услуг» (ПОУ). Ее целью являлось повышение справедливости за счет акцентирования внимания на наиболее нуждающиеся группы населения и на эффективность распределения путем направления государственного финансирования на экономически эффективные мероприятия (Постановление Правительства № 237 от 2 июля 2005 г.). В настоящее время ПОУ охватывает более 21% населения. Кроме того, Постановлением Правительства (№ 600) от 2008 г. определены виды медицинских услуг, предоставляемых бесплатно или на платной основе в государственных стационарах.
- ◆ В целях мобилизации и объединения внутренних ресурсов, что является ключом к прогрессу в достижении ВОУЗ, Правительство Республики Таджикистан в 2010 г.



(Постановление № 374) внесло поправки в Закон 2008 г. о медицинском страховании, предусматривающие создание Фонда обязательного медицинского страхования, который должен выступать в качестве единого плательщика в системе здравоохранения страны. Парламент отложил введение закона до 2022 г.

- ◆ В 2009 г. была введена система национальных счетов здравоохранения, которая позволяет улучшить отслеживание ресурсов здравоохранения в целях принятия решений и разработки политики.

### 3.2.2 Проблемы в области финансирования здравоохранения

- ◆ Несмотря на стабильный рост государственных расходов на здравоохранение и социальную защиту, доля государственных расходов на здравоохранение все еще остается низкой, и это одно из основных препятствий и главный риск для успешной реализации Национальной программы на 2021–2030 гг. Расходы правительства на здравоохранение на душу населения в 2019 г. не превышали 29% от общих расходов на здравоохранение (37), что является одним из самых низких показателей в Регионе.
- ◆ Существующая модель получения доходов фрагментирована и не позволяет объединять средства на областном или национальном уровне. Также отсутствуют механизмы для объединения государственных и частных ресурсов и, таким образом, для повышения защиты от финансовых рисков. Высокие неформальные платежи удерживают людей от обращения за основными медицинскими услугами. Введение подушевого и основанного на результатах финансирования услуг ПМСП на районном уровне способствовало улучшению объединения ресурсов; однако этих механизмов недостаточно для компенсации существующего неравенства на субнациональном уровне. Закон о медицинском страховании (Постановление № 374), который был принят, но еще не реализован, позволит увеличить объединение частных источников финансирования.
- ◆ Поддерживается устаревшая и крайне неэффективная форма так называемого пассивного финансирования на основе предшествующих бюджетов. Это основано на таких исходных данных, как количество больничных коек и персонала.
- ◆ Инфраструктура для оказания медицинских услуг устарела и недостаточно используется, множество старых, полуразрушенных зданий с плохим водоснабжением и электроснабжением задействовано с советских времен. Несмотря на одобрение плана рационализации больниц, сеть поставщиков госпитальных услуг не была сокращена, и для этого требуется более активная политика.
- ◆ Структура ПОУ не оптимизирована в том смысле, что пакет не является универсальным и не отвечает основным потребностям населения в области здравоохранения. Необходимы существенные усилия для оптимизации ПОУ и тарифов и обеспечения всеобщего доступа к базовым услугам. Важнейшее значение приобретает работа по обеспечению полной осведомленности населения о государственных гарантиях в области здравоохранения.
- ◆ На национальном и субнациональном уровнях отмечается неудовлетворительное управление государственными финансами, тогда как более эффективное руководство и управление в этой области является ключом к поддержке реформ как в финансировании здравоохранения, так и в закупках для здравоохранения. **Необходимо уделять внимание всей системе управления, включая управленческие навыки, подотчетность и механизмы координации между соответствующими министерствами и ведомствами на разных уровнях правительства.**

### 3.3 Кадровые ресурсы здравоохранения

Предоставление медицинских услуг зависит от наличия информированных, квалифицированных и мотивированных кадров здравоохранения. Планирование и обучение этих работников, особенно медицинского персонала, – это длительный процесс, который влияет на доступность и качество медицинских услуг для населения. Согласно определению ВОЗ, работниками здравоохранения являются «все люди, занимающиеся деятельностью, основным предназначением которой является укрепление здоровья» (38). Это вытекает из определения системы здравоохранения как системы, включающей виды деятельности, основной целью которых является улучшение здоровья. Следовательно, к работникам здравоохранения относятся клинический персонал (например, врачи, медсестры, фармацевты и стоматологи), вспомогательный персонал (например, водители скорой помощи) и управленческий персонал (например, административный персонал или бухгалтеры). Персонал, занимающийся подготовкой и обучением медицинских работников, и медицинские научные работники также являются неотъемлемой частью этой группы.

Выполнение задач системы здравоохранения, особенно в отношении доступности, справедливости, качества и эффективности, требует наличия достаточного персонала для оказания услуг. Создание системы стратегического планирования трудовых ресурсов здравоохранения является ключом к достижению этих целей. Эта система должна обеспечивать эффективное общественное/государственное управление и планирование рынка труда в сфере здравоохранения, позволять реализовывать единую политику по улучшению здоровья населения и обеспечивать устойчивое развитие системы здравоохранения. Такой принцип подразумевает системный подход к планированию (i) подготовки кадров здравоохранения; (ii) создания соответствующих условий для трудоустройства; (iii) создания условий для постоянного повышения качества, предоставления последиplomного образования и непрерывного профессионального развития; (iv) повышения потенциала научной деятельности в медицине. Создание интегрированной модели обучения, развития клинических навыков и развития медицинской науки – вот некоторые из основных целей предстоящей Национальной программы на 2021–2030 гг.

Здравоохранение – одна из ведущих отраслей для трудоустройства в Таджикистане. Из тех, кто трудоустроен официально, в сфере здравоохранения работают 116 100 человек (10%) (39).

Данные, собранные в помощь разработке Национальной программы на 2021–2030 гг., указывают на то, что с середины 2000-х годов число врачей и медсестер профессионального уровня увеличилось на 34,5%, а число медицинских работников среднего звена (например, акушеров и фельдшеров) увеличилось на 70,1%. В 2018 г. насчитывалось 18 716 действующих врачей общей практики и 51 788 врачей узкой специализации. Численность медицинского персонала на 10 000 населения также возросла: на 12,2% в отношении врачей и 41,8% в отношении медсестер. В 2018 г. на 10000 населения приходилось 20,9 врачей (данные Минздрава).

Несмотря на общий рост численности медицинского персонала, существует значительное неравенство в плане географического распределения. Самая высокая плотность наблюдается в Душанбе, где на 1000 населения приходится 8,25 врачей, тогда как в Хатлонской области – всего 1,15 врача на 1000 человек. В стране все еще остаются вакантные должности, а по

некоторым специальностям не хватает врачей-клиницистов – семейных врачей; педиатров, особенно неонатологов; психиатров-наркологов и инфекционистов.

Миграция медицинского персонала является одной из основных причин наблюдаемого дефицита (40), однако данные для анализа этой проблемы не охватываются существующей системой сбора данных.

Возраст более 50% всех врачей составляет от 25 до 45 лет, а 50% медсестер и остальных профессионально подготовленных медработников – моложе 34 лет. В целом 40% медицинских работников составляют женщины, но этот процент возрастает до 84%, если исключить врачей и рассматривать только медсестер и остальных профессионально подготовленных медработников, таких как акушерки и лаборанты.

Средняя месячная заработная плата медицинского персонала составляет 831,13 сомони (83 долл. США). Это на 30% ниже средней заработной платы по стране по всем отраслям (1233,82 сомони). Также существует значительное неравенство в оплате труда медицинского персонала.

Медицинское образование предоставляется государственными и частными медицинскими учебными заведениями. С 2010 г. увеличилось количество медицинских учебных заведений, а также численность студентов и выпускников. В стране растет спрос на медицинское образование, и все доступные места заполнены.

В настоящее время в городе Турсунзаде апробируется непрерывное медицинское образование для семейных врачей. Этот пилотный проект направлен на внедрение правил непрерывного медицинского образования; 101 врач и 100 медсестер уже задействованы в этом процессе. Положительные результаты этого пилотного проекта станут основой для постепенного развертывания программы по всей стране.

Новая система здравоохранения также требует хорошо подготовленных менеджеров здравоохранения. В настоящее время существует две программы подготовки в области управления здравоохранением: двухлетняя программа повышения квалификации менеджера систем здравоохранения (59 выпускников в 2018 г.) и годовичная программа обучения врачей ПМСП, которая была разработана в 2015 г. Годичная программа включает в себя 10 модулей и предусматривает углубленное практическое обучение управлению медико-санитарной помощью.

Научные исследования в области здравоохранения также демонстрируют прогресс с конца 2000-х годов. Несмотря на общую нехватку научного персонала, устаревшую инфраструктуру и ограниченное финансирование, отдельные исследовательские институты, а также исследовательские отделы медицинских учебных заведений и больниц плодотворно участвуют в текущих национальных и международных проектах. Академия медицинских наук при Министерстве здравоохранения контролирует исследовательскую деятельность в медицинских учреждениях, включая развитие кадровых ресурсов. Академия состоит из 20 научно-исследовательских институтов и трех территориальных объединений. Сотрудники участвуют в оригинальных исследованиях, которые финансируются государством; сформированы диссертационные советы по 17 специальностям, по которым исследователи могут получить докторские степени (см. раздел 4.5).

### 3.3.1 Проблемы в области кадровых ресурсов для здравоохранения

Наблюдаются следующие проблемы в отношении кадровых ресурсов в области здравоохранения.

- ◆ Наличие медперсонала:
  - ❖ отсутствие системы стратегического планирования кадровых ресурсов или реестра медицинских работников, что позволяло бы учитывать возникающие потребности (например, переход к ВОУЗ, достижение ЦУР и демографические и эпидемиологические изменения) при планировании будущих потребностей в кадрах здравоохранения;
  - ❖ недостаток информации, препятствующий принятию обоснованных решений относительно развития и обучения медицинского персонала;
  - ❖ общая нехватка медицинских кадров, а также дефицит по отдельным специальностям, несмотря на увеличение общего количества медицинских учебных заведений и числа выпускников;
  - ❖ нехватка медицинских кадров, усугубляемая масштабным отъездом квалифицированного персонала на профессиональную или менее специализированную работу за рубежом;
  - ❖ географическое неравенство в распределении медицинского персонала, приводящее к несбалансированности доступности медицинских услуг по регионам из-за нехватки персонала, роста населения и миграции внутри страны;
  - ❖ неблагоприятные условия труда, такие как низкая заработная плата и плохая инфраструктура, делающие медицинские профессии непривлекательными.
- ◆ Образование работников здравоохранения:
  - ❖ плохое состояние учебных заведений, устаревшие учебно-методические материалы и недостаточная техническая поддержка;
  - ❖ отсутствие ученых степеней у преподавателей и низкий уровень их профессиональной подготовки, что негативно сказывается на качестве образования;
  - ❖ недостаточное использование существующих клиник для обеспечения возможностей клинической подготовки студентов и отсутствие какой-либо университетской клиники;
  - ❖ отсутствие системы непрерывного профессионального образования на национальном уровне, что негативно влияет на устойчивость знаний и развитие медицинских кадров.
- ◆ Научная деятельность в сфере здравоохранения:
  - ❖ устаревшие материалы и технологии в научных учреждениях и отсутствие инвестиционных средств на обновление;
  - ❖ недостаток финансирования исследований / исследовательских грантов;
  - ❖ недостаточный интерес частного сектора к медицинским исследованиям.

### 3.4 Укрепление охраны здоровья новорожденного, ребенка и матери

Таджикистан с его молодым и растущим населением уделяет особое внимание охране здоровья матери и ребенка. Основные показатели здоровья улучшились с конца 2000-х годов, но все еще можно добиться дальнейших значительных улучшений.

Услуги в области здоровья матери и ребенка особенно чувствительны к сбоям в системе здравоохранения. Показатели здоровья матерей и детей напрямую зависят от общесистемных характеристик, таких как степень повсеместности, неравенства и несправедливости, доступ к правильному питанию и социальной поддержке и эффективность финансовых механизмов. Все беременные имеют свободный доступ к ПМСП. Кроме того, выросло число женщин, рожаящих в больнице или дома с привлечением квалифицированного медицинского персонала. В 2017 г. менее 6,6% всех родов проводились дома, и 77% из них принимали квалифицированные специалисты (по сравнению с 12% в 2010 г.).

Лечебно-профилактические вмешательства в раннем детском возрасте – идеальный подход для улучшения здоровья детей и предупреждения предотвратимых нарушений, проблема с которыми в Таджикистане стоит особенно остро. Настораживает высокий уровень врожденных аномалиями развития. По данным Центра медицинской статистики и информации Минздрава, ежегодно от 2000 до 3300 детей рождаются с врожденными пороками. Большое количество этих дефектов, их структура и высокая смертность, связанная с ними, указывают на острую необходимость изучения потенциальных причин на этапе дородового ухода или вследствие воздействия опасных веществ, а также на важность перинатальной диагностики возможных генетических нарушений. Дефицит питания беременных женщин и новорожденных остается одной из основных причин инвалидности и осложнений.

Охват услугами здравоохранения ограничен; качество услуг не всегда соответствует международным стандартам, и они часто должны финансироваться за счет собственных средств пациента в пункте оказания медицинской помощи. Конкретные примеры включают вопросы в отношении оказания дородовой помощи, транспортировки новорожденных в специализированные отделения и клинического ведения случаев болезней детского возраста.

Отсутствие необходимого оснащения (например, тест-полосок анализа мочи), а также знаний и навыков у работников ПМСП по выявлению и лечению преэклампсии и других осложнений беременности создают риски для дородовой помощи.

Эффективная транспортировка больных новорожденных к специализированной команде с соответствующим оснащением имеет решающее значение для обеспечения максимальной безопасности и действенности оказания им помощи. В Таджикистане такую транспортировку часто приходится организовывать родителям/семье в частном порядке из-за недостаточного количества машин скорой помощи. Те транспортные средства, которые существуют и используются для перевозки новорожденных, часто не оборудованы должным образом, и обслуживающая бригада может не иметь соответствующей подготовки. Вертолетов для экстренной перевозки нет. Поскольку значительная часть родов все еще проводится дома, механизмы быстрой транспортировки в чрезвычайных ситуациях особенно важны для спасения жизней.

Лечение распространенных детских болезней часто не основано на доказательствах и не соответствует международным рекомендациям; оно может проходить с использованием лекарств с недоказанной эффективностью, например терапия интерфероном, внутримышечные или внутривенные инъекции витаминов или применение антигистаминных препаратов от кашля вирусной этиологии. Назначенные препараты должны приобретаться в частных аптеках и оплачиваться родителями для детей старше одного года. Такая практика назначения ненужных лекарств повышает долю собственных расходов граждан.

Доступ к услугам в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья для населения в целом и, в частности, для подростков и молодежи, является основой для формирования более здорового населения в любом возрасте. Необходимо улучшить лечение инфекций, передаваемых половым путем, поскольку отсутствие услуг на уровне ПМСП ведет к множественным перенаправлениям и фрагментации. В некоторых районах даже больницы первичного уровня не имеют ресурсов для лечения инфекций, передаваемых половым путем, и вынуждены направлять пациентов в другие учреждения. Лаборатории являются частными, и пациенты должны платить за анализы. Лекарства для лечения не покрываются страховкой, и пациент должен покупать назначенные лекарства в аптеке.

В Таджикистане высок уровень рождаемости среди подростков, что указывает на очевидную потребность в дружественных к подросткам медицинских услугах для обеспечения помощи в области сексуального и репродуктивного здоровья. В Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка, подписанной Таджикистаном, четко сказано, что наилучшие интересы ребенка и подростка должны быть в центре внимания поставщика медицинских услуг. Однако в Таджикистане возраст согласия для получения медицинских услуг в так называемых центрах здравоохранения, дружественных к подросткам (при поддержке ЮНИСЕФ) составляет 18 лет; медицинским работникам не разрешается предоставлять услуги подросткам без согласия родителей. Хотя в большинстве случаев участие родителей было бы полезно для подростков, в определенных обстоятельствах оно может нанести ущерб их здоровью и благополучию, особенно в отношении сексуального и репродуктивного здоровья. Фактически, если беременная девушка обращается за помощью в центр здоровья, ориентированный на молодежь, в том случае, если она младше 16 лет, будут вызваны правоохранительные органы, а если ей от 16 до 18 лет, вызываются ее родители. Кроме того, из-за отсутствия политики в области сексуального просвещения подростки остаются без поддержки и имеют ограниченные возможности доступа к информации о сексуальном и репродуктивном здоровье.

Комплексная система обследования и наблюдения за всеми видами заболеваний среди населения (так называемые диспансеризационные визиты) является обязательной и требует ежегодных посещений для всех лиц в возрасте до 18 лет. Целью этих проверок является раннее выявление рисков и соответствующее направление. Обязательный добрачный скрининг проводится для выявления рисков инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа, ТБ и вирусного гепатита, с целью оказания поддержки парам в получении лечения в случае необходимости и предотвращения возможной передачи ВИЧ и других инфекций ребенку.

### 3.4.1 Проблемы в области охраны здоровья новорожденного, ребенка и матери

В вопросах обеспечения здоровья матери и ребенка Таджикистан сталкивается с рядом проблем.

- ◆ В целом состояние здоровья матерей и детей остается неудовлетворительным; сохраняется высокий уровень заболеваемости на этапе дородовой помощи, осложнений во время родов и послеродовых и неонатальных проблем. Это приводит к высокому уровню материнской, неонатальной, младенческой и детской смертности и ложится серьезным бременем на здоровье населения страны.
- ◆ Доступ к услугам по дородовой помощи ограничен, и имеет место их недостаточное использование.
- ◆ Основанные на фактических данных и высокоэффективные вмешательства для улучшения здоровья матери и ребенка, такие как добавки фолиевой кислоты и железа, в большинстве случаев не применяются.
- ◆ Уровень домашних родов по-прежнему высок, хотя и снижается.
- ◆ Расхождения между статистическими данными, собираемыми в плановом порядке, и данными обследований, особенно касательно охвата иммунизацией и материнской и детской смертности, ограничивают возможности для принятия решений на основе фактических данных.
- ◆ Существуют проблемы с поддержанием заявленных высоких показателей охвата иммунизацией.
- ◆ Возможности ПМСП по оказанию комплексной помощи ограничены, а своевременное направление на другие уровни помощи затруднено.
- ◆ Отсутствие доступа к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья для подростков приводит к высокой рождаемости среди девушек-подростков.

## 3.5 Инфекционные болезни и рост устойчивости к противомикробным препаратам

Таджикистан внедряет различные стратегии, межсекторальные планы действий и программы в соответствии с международной политикой, стратегией и рекомендациями по решению проблемы УПП, в частности Национальный план действий в области устойчивости к противомикробным препаратам в Республике Таджикистан (2018–2022 гг.) (41) и программы по профилактике и контролю инфекционных болезней, таких как туберкулез (2016–2020 гг.), ВИЧ (2016–2020 гг.), малярия (2019–2023 гг.), геогельминтозы (2018–2022 гг.), а также в области национальной иммунизации (2016–2020 гг.). Все эти программы включают в себя аспекты, учитывающие УПП и рациональное применение противомикробных препаратов.

Растущую обеспокоенность во всем мире вызывают вирусные гепатиты (В и С). Новые варианты лечения все чаще предоставляют возможности для успешного лечения и снижения связанных с ними заболеваемости и смертности. Таджикистан присоединился к Коалиции по борьбе с вирусными гепатитами и установил целевые показатели для предотвращения передачи и улучшения результатов лечения для пациентов.

По оценочным данным, заражение гепатитом В является причиной 473 случаев смерти в год, он также обуславливает 22% смертей от рака печени. Предполагается, что гепатит С является причиной 511 случаев смерти в год и связан с 41% смертей от рака печени (42,43). Точно так же инфекции, передаваемые половым путем, представляют значительный риск для здоровья населения, и их профилактика, выявление и лечение должны быть доступны для групп риска.

### 3.5.1 Проблемы в области инфекционных заболеваний и УПП

Таджикистан присоединился к Кодексу Алиментариус и Международной сети по безопасности пищевых продуктов, чтобы бороться с ростом УПП.

- ◆ В настоящее время имеется явная нехватка данных по УПП среди населения и в ветеринарном/ сельскохозяйственном секторе. Для эффективных контрмер против УПП и для оценки эффективности этих мер необходимы высококачественные данные. Для большинства инфекционных заболеваний в больницах имеются методические руководства по лечению, но они не обновляются регулярно с учетом местных сведений по восприимчивости или устойчивости патогенных организмов. Генерирование таких данных требует улучшений в оснащении лабораторий и обучении специалистов.
- ◆ Противомикробные препараты можно получить без рецепта, что приводит к высокому уровню их использования в целом. Согласно данным, полученным в 2011 г. Европейской сетью по надзору за устойчивостью к антимикробным средствам ESAC ЕРБ ВОЗ, Таджикистан оказался на третьем месте среди 12 стран Восточной Европы по общему использованию антибиотиков (44). Более свежих сравнимых всеобъемлющих/ национальных данных нет.
- ◆ Необходимо улучшить сбор данных и мониторинг в отношении УПП, потребления противомикробных препаратов и политики закупки лекарственных средств на национальном, областном и местном уровнях в целях поддержания национальной системы надзора в ветеринарном, экологическом и сельскохозяйственном секторах и в системе продовольственного производства. Все эти отрасли взаимодействуют с сектором здравоохранения и могут оказывать существенное воздействие на различные секторы.
- ◆ Обеспечение безопасной водой, мерами санитарии и гигиены (также известно как услуги ВСГ) играет важную роль в профилактике и контроле инфекций среди населения и в медучреждениях. Особенно важно снижать в больницах число заражений и потребность в антибиотиках, таким образом подавляя распространение устойчивых бактерий. Обеспечение услуг ВСГ и эффективных мер профилактики инфекций и инфекционного контроля также необходимо и на уровне ПМСП и в других амбулаторных учреждениях и службах для определенных групп населения, например в учреждениях сестринского ухода и центрах дневного ухода.
- ◆ Дорогостоящее лечение и нехватка диагностических возможностей ограничивают доступность эффективного лечения для пациентов с инфекциями. Проблема УПП требует действий Правительств и активного межсекторального, многопрофильного и многостороннего сотрудничества, что поможет поддержать реализацию стратегий и планов, разрабатываемых в Таджикистане (41).
- ◆ Необходимо обеспечить надзор в области окружающей среды, а также принять меры по снижению выброса необработанных сточных вод с ферм, из городской канализации, больниц и промышленных объектов, производящих противомикробные продукты.



## 3.6 НИЗ и их факторы риска

Профилактика заболеваний является приоритетной областью новой Национальной программы на 2021–2030 гг. Необходимо активизировать действия в отношении четырех общих факторов риска, связанных с образом жизни и поведением: употребление табака, вредное употребление алкоголя, недостаточная физическая активность и нездоровое питание. Необходим расширенный доступ к программам скрининга и ранней диагностики. Также крайне важно иметь достаточные ресурсы для обеспечения адекватного лечения, предотвращения инвалидности и улучшения качества жизни для всех. Доступ к моделям реабилитации и улучшенного ухода может помочь людям сохранить свою самостоятельность и экономическую активность.

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности в Таджикистане, на их долю, по имеющимся в настоящее время данным, приходится почти половина всех смертей.

Рак также является растущей проблемой в Таджикистане, страна сталкивается с проблемами в плане раннего выявления, результатов лечения и оказания паллиативной помощи. В 2018 г. в стране было зарегистрировано более 15 000 человек с новообразованиями, и заболеваемость растет (35,5 на 100 000 населения в 2018 г.). Большинство онкологических заболеваний были обнаружены на поздних стадиях II и III.

Паллиативная помощь является неотъемлемой частью долгосрочного ухода, позволяя людям максимально повысить качество жизни на ее исходе. Свыше 4000 взрослых нуждаются в паллиативной помощи, и, по оценкам, около 8550 детей ежегодно получают паллиативную помощь (информация из Республиканского онкологического научного центра МЗЦЗН РТ).

С конца 2000-х годов Таджикистан, как и остальной мир, наблюдает значительный рост болезней обмена веществ. Заболеваемость сахарным диабетом на 100 000 населения увеличилась с 321,6 в 2007 г. до 482,1 в 2018 г., что привело к наличию в стране более чем 30 000 таких больных.

К сожалению, предоставление государственных услуг по охране психического здоровья изменилось незначительно, несмотря на растущее бремя психических заболеваний и увеличение числа пациентов, нуждающихся в лечении. Те, кто нуждается в интенсивном лечении, помещаются в крупные государственные учреждения с устаревшей инфраструктурой и низким качеством услуг, что не соответствует приемлемым стандартам качества, подходу к лечению и основным правам человека.

### 3.6.1 Проблемы в области НИЗ и их факторов риска

- ◆ Бремя неинфекционных заболеваний возрастает, что связано как со старением населения, так и с ростом частоты поведенческих факторов риска, таких как употребление табака, вредное употребление алкоголя, отсутствие физической активности и плохое питание.
- ◆ Большинство факторов риска НИЗ требуют межсекторальных действий, а не только работа по профилактике в секторе здравоохранения. Повсеместно наблюдаемый низкий уровень обнаружения НИЗ является одной из ключевых проблем. Например, в 2018 г. только 0,2% госпитализированных пациентов в кардиологическом центре в Душанбе

поступили туда по направлению. Плохо развитая инфраструктура для диагностики и лечения НИЗ и недостаточное финансирование специализированных услуг создают препятствия для повышения доступности и качества услуг в этом направлении.

- ◆ Паллиативная помощь является важным аспектом лечения НИЗ и особенно необходимым компонентом комплексного лечения больных раком на всех этапах. Хотя в Таджикистане существует явная потребность в паллиативной помощи, учреждений для нуждающихся, как взрослых, так и детей, недостаточно.
- ◆ Реабилитация требует специальных навыков; следовательно, междисциплинарные команды специалистов могут значительно улучшить качество медицинской помощи и результаты лечения. Интегрированный подход к реабилитации доказал свою эффективность при лечении многих хронических, сложных и тяжелых заболеваний, которые могут значительно ограничить функционирование человека (например, зрение, общение, способность двигаться и познавательную деятельность). Для обеспечения доступности высококачественных реабилитационных услуг для всех, кто в них нуждается, необходимы соответствующие политика и меры. Реабилитационные услуги, предоставляемые в медицинских и социальных учреждениях, должны быть эффективны и надлежащим образом интегрированы в систему здравоохранения.

### 3.7 Информационные системы здравоохранения

Хорошо функционирующая информационная система управления здравоохранением (ИСУЗ) необходима для поддержки принятия Министерством здравоохранения решений на основе фактических данных во всех важнейших областях управления. Также необходимо установить стандарты отчетности и обмена информацией в режиме реального времени и обеспечить высокий уровень безопасности и конфиденциальности информации о пациенте. Кроме того, отлаженная информационная система улучшит администрирование, исполнение и мониторинг расходов и поддержит установление продуктивных партнерских отношений с другими сторонами. Укрепленная система также создаст прочную основу для разумного сбора и анализа статистических данных, повысит качество и оперативность предоставления услуг и усилит роль Министерства здравоохранения как регулирующего органа в плане содействия клиническому и организационному совершенствованию и эффективности.

Разрабатываемая в Таджикистане ИСУЗ базируется на мировом опыте с точки зрения международных стандартов и наилучшей практики и адаптирована к уникальным потребностям населения и системы здравоохранения. Она будет предоставлять в режиме реального времени информацию, являющуюся сопоставимой и пригодной для обмена на местном, региональном и международном уровнях. Система должна быть связана с платформой электронного управления в стране и интегрирована в нее (Постановление Правительства № 643). Полное внедрение ИСУЗ принесет социальные выгоды в плане расширения знаний и уровня доступности для населения информации, связанной со здоровьем, через уведомления и порталы для граждан. Стандартизация и упорядочение бизнес-процессов позволят оптимизировать административные и кадровые ресурсы, что повысит общую эффективность и производительность системы.

В Повестке дня на период до 2030 г. признается необходимость развития информационных и коммуникационных технологий. Улучшение доступа, использования и качества таких

технологий может стать ключевым фактором реализации всех ЦУР. Развитие информационных и коммуникационных технологий и содействие их доступности и рациональному и безопасному использованию являются одними из важнейших инструментов для реализации приверженности Астанинской декларации по укреплению ПМСП (45).

Существует много проблем и потребностей в ресурсах для внедрения хорошо функционирующей национальной ИСУЗ. Во-первых, это требует оснащения всех медицинских учреждений необходимым и унифицированным оборудованием и предоставления финансовых средств для его обслуживания. Во-вторых, для этого требуется гарантия бесперебойной подачи электроэнергии и подключения к интернету. Наконец, это требует выбора подходящей системы программного обеспечения и последующей общенациональной подготовки всех будущих групп пользователей: врачей, медсестер, техников, секретарей, администраторов и, возможно, студентов. Это предполагает выделение основных национальных ресурсов и основных ресурсов партнеров. В качестве первого шага для мобилизации необходимых ресурсов большое значение будет иметь оценка инвестиций, необходимых для покрытия основных потребностей и расходов.

### 3.8 Общественное здравоохранение

Национальная система здравоохранения Таджикистана предоставляет услуги общественного здравоохранения, направленные на профилактику заболеваний, продление жизни и укрепление здоровья. Эти вмешательства являются важной частью обязательств правительства, поскольку они приносят пользу жителям любого возраста и создают основу для формирования более здорового населения. В системе по-прежнему имеется относительно большое количество больничных коек и значительная избыточность. Уровень занятости койки в Таджикистане составляет 66,4%, средняя продолжительность пребывания составляет девять дней; это указывает на значительные возможности для повышения эффективности. Переориентация предоставления услуг с больничной помощи на ПМСП необходима для улучшения результатов в отношении здоровья и повышения эффективности. Нынешняя система все еще имеет уклон в сторону больничной помощи, в результате чего сфера ПМСП недостаточно финансируется и недостаточно развита. Об этом свидетельствует ограниченность услуг, доступных в учреждениях ПМСП. Ключевые диагностические тесты (например, анализ мочи, анализы крови, ультразвук) в настоящее время не всегда доступны на уровне ПМСП, и пациенты регулярно перенаправляются для получения основных диагностических и лечебных услуг, что приводит к их фрагментации и риску потери доверия населения к способности системы ПМСП предоставлять услуги. При поддержке партнеров по развитию предпринимаются шаги для решения этих проблем на более высоком уровне и внедрения надлежащих структур областного управления для ПМСП.

Правительство уделяет особое внимание иммунизации против болезней, предупреждаемых с помощью вакцин, и считает ее одним из приоритетных направлений в сфере здравоохранения. С конца 2000-х годов охват плановой иммунизацией достиг  $\geq 95\%$ , и в календарь плановых прививок были добавлены новые вакцины, такие как инактивированная вакцина против полиомиелита. Были оптимизированы инфраструктура и процедуры для закупок, хранения и транспортировки с использованием холодной цепи. Правительство выполняет свои обязательства и ежегодно увеличивает финансирование программы иммунизации. В партнерстве с ГАВИ в рамках проекта «Укрепление системы здравоохранения на

период 2017–2022 гг.» были усилены эпиднадзор и контроль программ иммунизации. Согласно предоставляемым данным, охват вакцинацией очень высок (см. раздел 2.1.7). Однако более новые вакцины, такие как пневмококковая конъюгатная вакцина и вакцина против вируса папилломы человека, не были введены.

30 ноября 2018 г. на четырнадцатом заседании Координационного комитета Диалога по национальной политике Правительство Республики Таджикистан утвердило национальные цели и план действий в контексте Протокола по проблемам воды и здоровья и Постановления № 676.

Таджикистан добился значительных успехов в обеспечении доступа к улучшенным источникам питьевой воды с 2000 г. С целью повышения как качества, так и количества были проведены ремонтные и восстановительные работы: отремонтированы 38 неработающих объектов и сетей водоснабжения и модернизированы 128 систем водоснабжения. В период с 2000 по 2016 г. доступ к более качественному и базовому водоснабжению в сельской местности увеличился более чем на 50%. Модернизацию инфраструктуры для систем питьевого водоснабжения, санитарии и гигиены, энергоснабжения и питания, особенно в сельских районах и небольших городах, следует рассматривать в качестве важного компонента обеспечения качественной медицинской помощи и доступа к ней.

### **3.8.1 Проблемы в сфере общественного здравоохранения**

Предоставление услуг в сфере общественного здравоохранения в Таджикистане сталкивается с рядом проблем. Необходимо собирать систематические данные по частоте и причинам инфекционных заболеваний, передающихся через пищевые продукты и воду, а также обеспечить соблюдение соответствующих межсекторальных норм, чтобы уменьшить бремя желудочно-кишечных инфекций среди детей и взрослых. ВОЗ и ФАО сотрудничают в разработке новой национальной стратегии по безопасности пищевых продуктов для страны, публикация которой ожидается в 2021 г.

- ◆ Возможности эпиднадзора/мониторинга и контроля заболеваний ограничены из-за нехватки технологических и кадровых ресурсов и управленческого потенциала. Системы эпиднадзора и мониторинга в Таджикистане все еще находятся на стадии разработки, и качество данных необходимо улучшить.
- ◆ Возникающая устойчивость к противомикробным препаратам потребует укрепления потенциала как для выявления, так и для реагирования.
- ◆ Трансграничные проблемы здравоохранения возникают в результате высокого уровня миграции и ограниченного доступа мигрантов к основным медицинским услугам, включая профилактику и выявление инфекционных заболеваний. Это отсутствие помощи ставит под угрозу здоровье как мигрантов, так и принимающего населения.
- ◆ Растущее бремя НИЗ и увеличение связанных с ними рисков в области питания и образа жизни требуют повышенного внимания к укреплению здоровья.
- ◆ Инфекционные заболевания, особенно болезни, предупреждаемые с помощью вакцин, представляют значительную угрозу в ходе продолжающегося постепенного перехода от донорского финансирования к внутреннему.



Улица в старом Душанбе  
© Yasmin Brandrup-Versi

### 3.9 Лекарственные средства: наличие, доступность и контроль качества

Наличие и доступность лекарств продолжает оставаться серьезной проблемой, особенно в рамках существующей системы финансирования здравоохранения, которая не обеспечивает доступные лекарства для уязвимых групп.

Прогресс в предотвращении устойчивости к противомикробным препаратам невозможен без решения долгосрочной проблемы изменения клинической культуры назначения и лечения антибиотиками без полного доказательства того, что такое лечение требуется. Еще одним сдерживающим фактором является ненадлежащее выполнение регулирующих процедур, требующих, чтобы аптеки продавали антибиотики только по рецепту врача. В качестве первого шага необходимо обеспечить соблюдение существующих правил и провести с фармацевтами / владельцами аптек подготовку по вопросам риска роста УПП и их обязанностям по предотвращению этого.

В настоящее время материально-техническая база лабораторий по контролю качества лекарственных средств в национальных и областных центрах не соответствует современным требованиям обеспечения качества, и нет лаборатории, которая могла бы проводить современные иммунобиологические и радиологические исследования.

Сравнительный анализ доступности лекарств и их стоимости между городскими и сельскими аптеками в некоторых районах страны показывает низкую физическую доступность и высокие цены в сельских аптеках. В настоящее время в Таджикистане действуют 2450 аптек, 30% из которых находятся в сельской местности (данные для Национальной программы 2021–2030 гг.); в то время как на январь 2019 г. в сельской местности проживало 73,7% населения, и только 26% – в городских районах. Следовательно, большая часть населения не имеет легкого доступа к аптекам.

Ответственное использование лекарственных средств рассматривается как ускоритель политики в рамках укрепления ПМСП и системы здравоохранения. В условиях глобального роста угрозы УПП важную роль играет обеспечение регулируемого и рационального доступа к лекарствам для всего населения (вставка 4).

## Вставка 4. Задачи и действия, предложенные в Национальной программе на 2021–2030 гг. для улучшения лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности

### Задачи

- ◆ Обеспечить справедливую физическую и экономическую доступность основных лекарственных средств для населения.
- ◆ Усилить государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств для предотвращения появления контрафактных и незарегистрированных лекарственных средств на фармацевтическом рынке страны.

### Действия

- ◆ Обеспечить справедливую физическую и экономическую доступность основных лекарственных средств для населения:
  - ❖ пересмотреть существующий список основных лекарственных средств, используя рекомендации ВОЗ;
  - ❖ улучшить нормативную базу, регулирующую фармацевтическую деятельность;
  - ❖ использовать платформу электронных закупок для государственных закупок лекарств и медицинских товаров;
  - ❖ привлекать местных и иностранных инвесторов для создания новых фармацевтических промышленных предприятий;
  - ❖ принять меры по рациональному использованию лекарственных средств;
  - ❖ развивать местное производство фармацевтической продукции.
- ◆ Усилить государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств для предотвращения появления контрафактных и незарегистрированных лекарственных средств на фармацевтическом рынке страны:
  - ❖ совершенствовать материально-техническую базу республиканских и региональных лабораторий по контролю качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
  - ❖ вести мониторинг побочных эффектов применяемых препаратов и разрабатывать методы информирования общественности о безопасности и эффективности препаратов;
  - ❖ проводить исследования по использованию лекарственных средств и регулированию фармацевтической деятельности;
  - ❖ внедрить международные стандарты (Надлежащая лабораторная практика, Надлежащая клиническая практика и Надлежащая производственная практика).





Бюсты выдающихся таджикских писателей и философов  
на здании Таджикской национальной библиотеки  
© Yasmin Brandrup-Versi



## 4. Рекомендации по текущим и будущим совместным действиям

Можно рекомендовать ряд областей для развития текущих и будущих совместных действий в соответствии со стратегическими направлениями дорожной карты ЦУР и ускорителями GAP (вставка 5) для решения задач в рамках ЦУР 3.

### Вставка 5. Ускорители GAP

GAP предлагает конкретные действия на страновом и глобальном/региональном уровнях по семи взаимосвязанным и взаимно усиливающим направлениям.

**Ускоритель 1:** устойчивое финансирование

**Ускоритель 2:** системы здравоохранения переднего края / ПМСП

**Ускоритель 3:** вовлечение населения и гражданского общества

**Ускоритель 4:** детерминанты здоровья

**Ускоритель 5:** исследования и разработки, инновации и обеспечение доступа

**Ускоритель 6:** данные и цифровое здравоохранение

**Ускоритель 7:** инновационное планирование программ в условиях нестабильности и уязвимости, а также при реагировании на вспышки болезней

### 4.1 Прогресс и действия, необходимые для обеспечения устойчивого финансирования здравоохранения (ускоритель 1)

Государственные расходы на здравоохранение в настоящее время составляют 6,9% ВВП, в то время как дополнительное донорское финансирование эквивалентно 0,5% ВВП. Однако этого все еще недостаточно для покрытия расходов на здравоохранение. Было подсчитано, что в 2018 г. расходы домохозяйств по-прежнему составляли 60% от общих расходов на здравоохранение. Тремя годами ранее, в 2015 г., было проведено исследование для оценки уровня расходов домохозяйств на здравоохранение и установлено, что они составляют 18% от общего дохода домохозяйств, причем более высоки в самых бедных семьях. По данным Межсекторальной экспертной группы, бремя расходов на здравоохранение в домашних хозяйствах продолжает оставаться высоким, иногда катастрофическим.

Следовательно, объединение средств имеет большое значение для реализации Национальной программы на 2021–2030 гг. и для обеспечения справедливости в отношении здоровья и качества медицинской помощи для всего населения Таджикистана, по принципу «не оставляя никого без внимания». Финансирование здравоохранения было основано на инфраструктуре и распределялось централизованно. Ожидается, что переход от этой системы к системе, основанной на расчете на душу населения и результатах деятельности, будет способствовать более эффективному использованию финансовых ресурсов. Министерство здравоохранения осуществляет пилотную программу перехода в пяти районах Согдийской области. Цели пилотного проекта состоят в том, чтобы подготовить руководителей медицинских учреждений по вопросам финансирования здравоохранения, разработать механизмы заключения договоров в медицинских учреждениях в рамках объединенных фондов, разработать методологию расчета стандартов финансирования служб здравоохранения на основе статистических показателей и сформировать систему контроля качества медицинских услуг и механизмов проверки данных для медицинских учреждений. Этот подход будет оценен в 2021 г. и, в случае успеха, распространен на другие регионы. Еще 10 пилотных районов внедряют подход к финансированию на основе результатов, поддерживаемый Всемирным банком.

Другой областью инвестиций является расширение охвата в рамках ПОУ и Пакета государственных гарантий (ПГГ). В настоящее время только 20% населения охвачены ПОУ. Национальная программа на 2021–2030 гг. направлена на расширение охвата с целью распространения на большую часть населения. Предполагается также ввести схему медицинского страхования с совместными взносами работника и работодателя, но детали этой схемы еще не разработаны.



## 4.2 Прогресс и действия, необходимые для достижения ВОУЗ (ускоритель 2)

Согласно определению ВОЗ, ВОУЗ означает обеспечение того, чтобы все люди получали необходимые им медико-санитарные услуги (профилактики, укрепления здоровья, лечения, реабилитации и паллиативной помощи) достаточного качества, чтобы быть эффективными, и использование этих услуг не подвергало пользователя финансовым затруднениям (46). Таким образом, ВОУЗ стал главной целью реформы здравоохранения во многих странах, включая Таджикистан, и приоритетной задачей для ВОЗ.

Доля населения, охваченного ПМСП в Таджикистане, растет: в 2017 г. охват составил 94%, что на 2 процентных пункта больше, чем в 2015 г. Значение этого показателя на 0,8 процентных пункта превышает целевой показатель, установленный в Среднесрочной программе развития на 2016–2020 гг.

Отсутствует равный доступ к больничной помощи. В 2010 г. на 10 000 населения приходилось 50,1 койко-места, а средняя занятость составила 62,8%. В 2016 г. количество коек было сокращено до 45,5 на 10 000 населения при средней загрузке 66,4%. Целевой показатель НСЗ-2020 составлял 36 коек на 10 000 населения, а к 2020 г. средняя заполняемость составила 80% (3). Тем не менее зачастую присутствуют значительные различия в доступе к больничным койкам между городскими и сельскими районами. Например, реабилитационные услуги в основном доступны в городских районах, хотя большая часть населения проживает в сельской местности (47). Хотя доступ к медицинскому обслуживанию и его качество улучшились, значение 51,7 по этому показателю все еще остается относительно низким. Необходимо повышать эффективность и доступность больничной помощи. Клинические протоколы могут помочь обеспечить стандартизированный и высококачественный уход во всех учреждениях. Кроме того, должны быть установлены качественные показатели для мониторинга повышения качества лечения и безопасности пациентов.

Несмотря на введение ПОУ, его охват остается низким, и он не обеспечивает достаточную финансовую защиту. Одна программа, нацеленная на улучшение справедливого доступа к медицинским услугам, включает официальные доплаты для населения в целом и ПГГ для наиболее уязвимых групп. Однако, несмотря на поставленную цель достичь 100%-ного охвата ПОУ, только 20,7% населения было охвачено в 2017 г. (3). В дополнение к ПГГ существует также другая программа оплаты услуг, регулируемая Постановлением № 600, которое было принято в 2008 г. и определяет виды медицинских услуг, предоставляемых бесплатно или на платной основе. Почти все медицинские учреждения в Таджикистане, которые не охвачены ПГГ, предоставляют услуги в соответствии с Постановлением Правительства № 600. В техническом отчете о НСЗ-2020 указывалось, что существование двух платных программ привело к усложнению системы здравоохранения и отсутствию справедливости и прозрачности в управлении здравоохранением (3). Исследования, проведенные в рамках ПГГ, показали, что неофициальные собственные платежи граждан снизились с 53,6% до 46,5% в период с 2009 по 2013 гг. Катастрофические платежи за медицинское обслуживание сократились с 31% в 2003 г. до 19% в 2011 г. Впоследствии это снижение замедлилось, достигнув лишь 18% в 2015 г. Одной из причин сохранения этой проблемы может быть недофинансирование ПОУ из государственного бюджета (3). В результате, несмотря на введение ПОУ, значительная часть населения не охвачена им и уязвима в отношении катастрофических расходов, связанных со здоровьем.

В нынешней схеме финансирования расходы на здравоохранение из частных источников, в том числе расходы на частные страховые компании и собственные платежи граждан, остаются высокими. Расходы домохозяйств покрывали более 60% общих расходов на здравоохранение в 2015 г.

Учитывая проблемы и текущие тенденции в реформе финансирования здравоохранения в стране, эта область была определена в качестве ключевого ускорителя для достижения целей ВОУЗ и ЦУР 3 в Таджикистане. Это отражается в явной приоритетности этой области в Национальной программе на 2021–2030 гг., а также в создании межсекторальной рабочей группы по финансированию здравоохранения, в которой задействованы экономисты в области здравоохранения, клиницисты, медицинские статистики и юрисконсульты. Эта группа с 2018 г. занимается разработкой новых моделей устойчивого финансирования здравоохранения для Таджикистана.

ПМСП в Таджикистане исторически основывалась на модели Семашко, причем первым пунктом оказания медицинской помощи был сельский фельдшерско-акушерский пункт. Следующим уровнем были сельские поликлиники и областные больницы общего профиля или специализированные больницы, в которые направлялись пациенты, а на вершине пирамиды находились национальные высоко специализированные клинические центры. Хотя такая модель обеспечивала географическую близость ПМСП и теоретически хорошую схему перенаправления, нехватка ресурсов привела к тому, что система перестала отвечать реальным потребностям пациентов.

В Таджикистане особой проблемой в отношении кадровых ресурсов в ПМСП является эмиграция медицинского персонала, в основном в Российскую Федерацию, где оплата труда выше. Чтобы удержать работников здравоохранения и расширить возможности существующего персонала, крайне важно создавать стимулы, например обеспечивать актуальную подготовку работающих врачей и медсестер. Поскольку ускорителем политики для ПМСП является инвестирование в компетенции медработников, это должно оставаться предметом внимания в будущем. Инвестиции в работников здравоохранения могут также способствовать сокращению нынешней утечки подготовленного медперсонала, по-прежнему являющейся одной из наиболее острых проблем для системы здравоохранения Таджикистана.

С конца 1990-х годов инвестиции были направлены на укрепление системы ПМСП посредством областных структур и регионального потенциала управления здравоохранением, с тем чтобы гарантировать более эффективное реагирование на местные потребности. Этот подход был опробован в пяти регионах при донорской поддержке Швейцарского агентства по сотрудничеству в целях развития и включил подготовку региональных менеджеров здравоохранения. Таким образом удалось улучшить качество обслуживания пациентов, и теперь этот подход должен быть расширен при поддержке со стороны Европейского союза.



Дети по дороге в школу в горной деревне  
© ВОЗ

### 4.3 Вовлечение населения и гражданского общества (ускоритель 3)

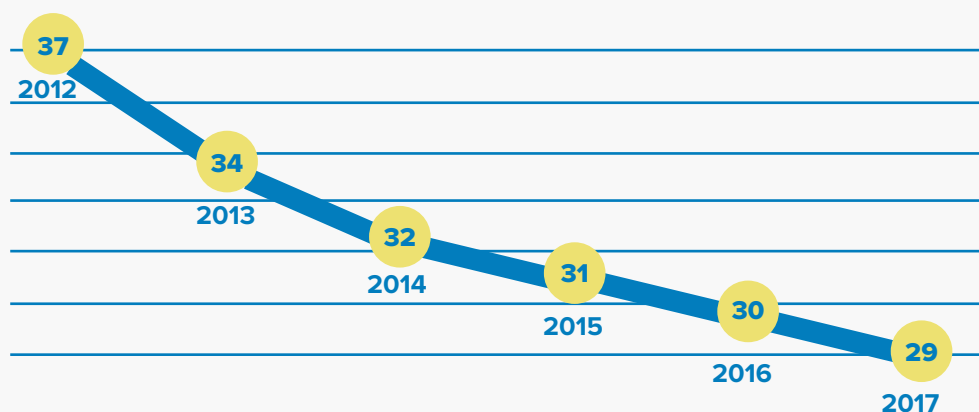
В справке Азиатского банка развития по гражданскому обществу для Таджикистана (48) отмечено, что гражданское общество в стране охватывает широкий «спектр участников, от местных организаций (общинные советы, советы микрорайонов и т. д.) до более формальных, официально зарегистрированных общественных объединений». Правительство Таджикистана рассматривает НПО как некоммерческие организации, как и в других странах бывшего СССР. НПО в Таджикистане являются ядром гражданского общества. В 2009 г. в стране насчитывалось 1723 НПО, зарегистрированных Правительством. В отчете отмечается, что НПО и гражданское общество в Таджикистане располагают ограниченными средствами и не имеют навыков мобилизации ресурсов. Ряд международных организаций (например, Фонд Ага-хана, Корпус милосердия, Миссия «Восток» (Mission East), «Спасение детей» и Всемирный банк) активно поддерживают работу гражданского общества в Таджикистане. Эти организации интенсивно работают с гражданским обществом на первичном уровне, например с женскими группами, сельскими организациями, различными типами комитетов по вопросам здоровья и профильными группами поддержки, пытаясь расширить участие граждан в планировании и предоставлении медицинских услуг. В стране была опробована модель бизнес-планирования ВОЗ для учреждений ПМСП, и это обеспечило участие местных сообществ в разработке планов медицинских учреждений. Эта практика проложила путь к будущему успешному и более интенсивному вовлечению гражданского общества в сектор здравоохранения с особым акцентом на областях, важных для достижения ЦУР 3.

## 4.4 Прогресс и необходимые действия по детерминантам здоровья (ускоритель 4)

### 4.4.1 Бедность

Таджикистан добился устойчивого прогресса в сокращении бедности и росте своей экономики. В период с 2000 по 2017 г. уровень бедности снизился с 83 до 29,5% населения (рис. 17), а рост экономики составлял в среднем 7% в год. Доля населения, живущего за международной чертой бедности, медленно, но неуклонно снижалась (рис. 18). Тем не менее Таджикистан остается одной из самых бедных стран в Европейском регионе ВОЗ, в 2018 г. ВВП на душу населения составлял 3061 долл. США, валовый национальный доход на душу населения – 3482 долл. США. Индекс человеческого развития Таджикистана в 2017 г. составил 0,656 (49). Приблизительно 7,4% из 9,2 млн чел. населения живут на уровне многомерной бедности, а более 20% уязвимы к многомерной бедности (3). С начала 2000-х годов монетарная бедность быстро сокращалась, снизившись с 83% в 2000 г. до 31% в 2016 г. (3).

Рисунок 17. Темпы снижения национального уровня бедности (%), Таджикистан, 2012–2017 гг.

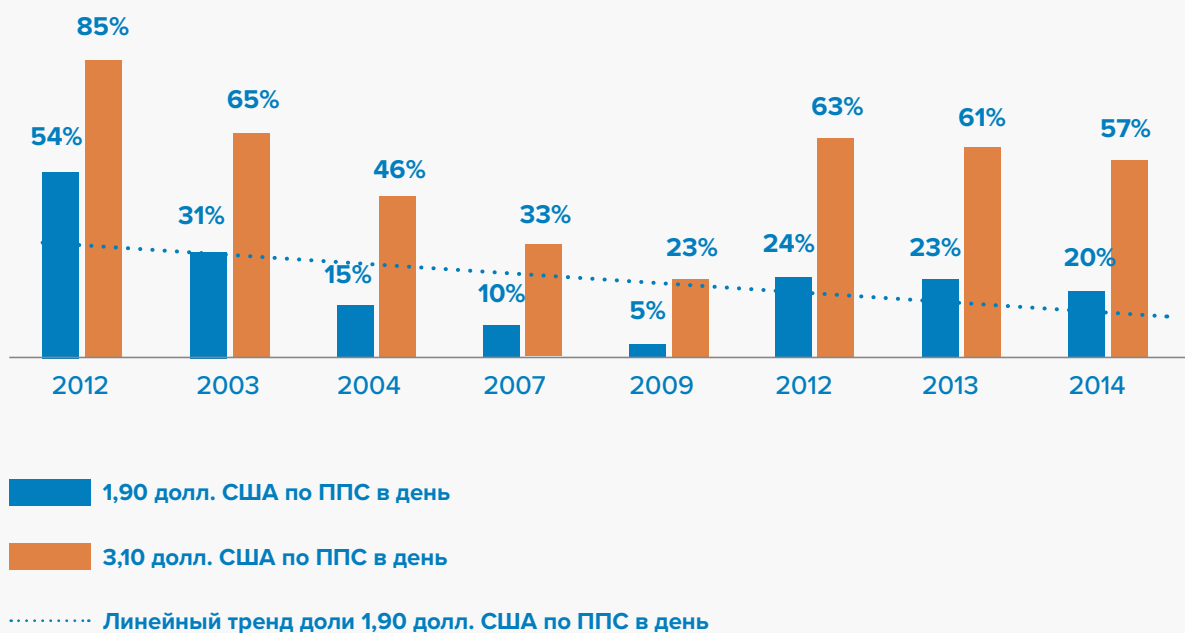


Источник: Всемирный банк; 2018 (50).

В отличие от уменьшающейся монетарной бедности, немонетарные лишения по-прежнему широко распространены. Доступ к улучшенным источникам воды (см. раздел 4.4.3) является примером неденежных лишений; 80% домохозяйств в Таджикистане имеют доступ к улучшенным источникам воды, но расхождения в доступе между городскими домохозяйствами (96%)

и сельскими домохозяйствами (65%) велики (9). Это выявляет неравномерный прогресс в снижении общей бедности, при этом в сельских районах отмечается меньший спад, чем в городских населенных пунктах: 39% населения Таджикистана живет за чертой бедности, при этом большинство из этой группы проживает в сельской местности (3). Исследования также показали, что сокращение бедности произошло в основном среди слоев населения с более высокими доходами (3); неравенство между группами с высоким и низким уровнем дохода, по сути, увеличилось. Поскольку большинство медицинских услуг также сосредоточено в городских районах, повсеместная бедность и недостаточная доступность услуг приводят к неравенству в доступе к медицинской помощи. Хотя в целом собственные расходы граждан на здравоохранение сократились, 20% беднейшего населения Таджикистана по-прежнему испытывает значительные финансовые трудности в оплате услуг медицинских услуг, и, следовательно, около половины людей из этой группы не обращаются за медицинской помощью в случае необходимости (неопубликованная записка по вопросам политики, Таджикистан, 2019 г.). На рис. 19 показаны прогнозы Всемирного банка по экономическому развитию и бедности.

**Рисунок 18. Доля населения, живущего за международной чертой бедности**



*Примечание:* ППС: паритет покупательной способности.

*Источник:* Программа развития Организации Объединенных Наций, 2019 (49).

**Рисунок 19. Таджикистан:  
данные по экономике страны, осень 2019 г.**



Источник: Всемирный банк; 2019 (8).

#### 4.4.2 Голод и недоедание

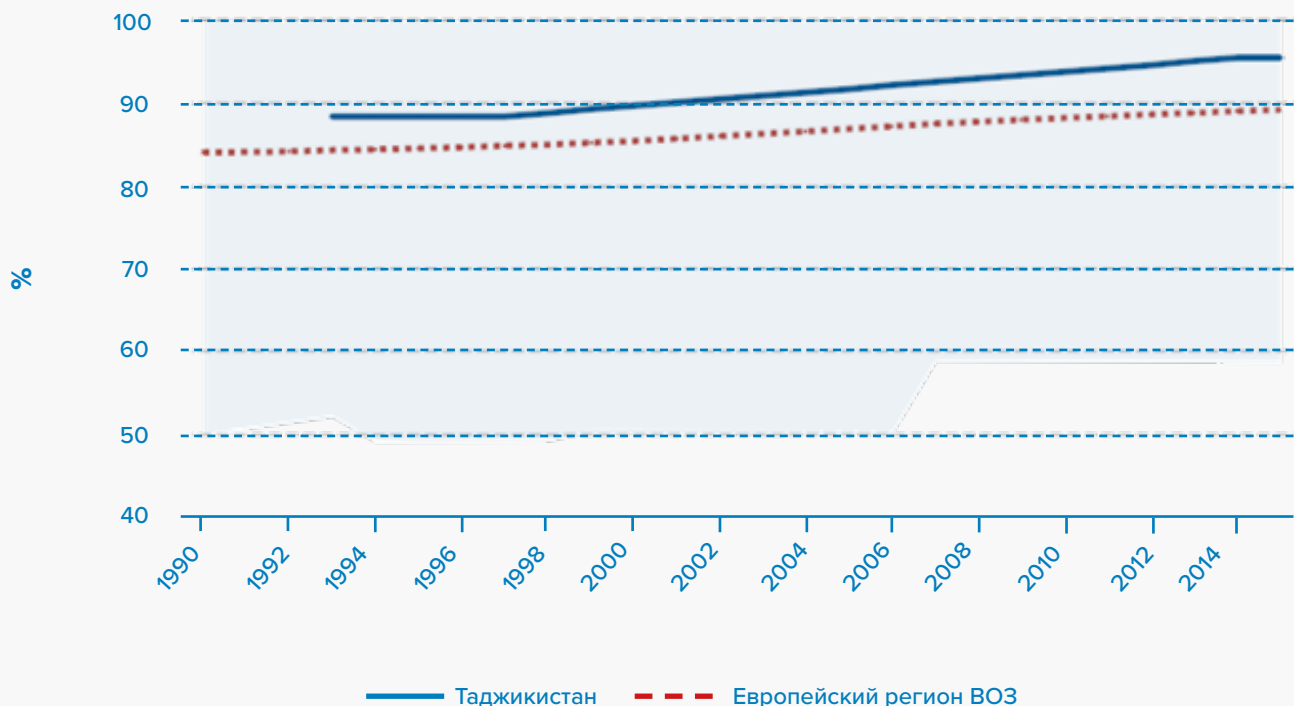
Там, где сохраняется бедность, также сохраняется голод. Недоедание возникает, если люди не получают достаточного или разнообразного питания в течение длительного времени. Тем не менее люди, не испытывающие недостатка в продовольствии, все же могут страдать от неполноценного питания или избыточного веса, если не потребляют пищу, которая обеспечивает нужные питательные вещества, витамины и минералы. Голод и недоедание представляют серьезную угрозу для здоровья из-за ослабления иммунитета и снижения способности реагировать на лечение и выздоравливать, например, от туберкулеза. Бедность и риск недоедания для отдельных лиц и общин также являются основными причинами трудовой миграции, особенно из бедных сельских районов.

#### 4.4.3 Доступ к воде и санитарии

Доля населения, имеющего доступ к улучшенным источникам питьевой воды и средствам санитарии в сельских районах, неуклонно растет (рис. 20 и 21), но, согласно последним доступным комплексным данным (2014 г.), менее 75% домов подключено к водопроводу. Постоянное улучшение доступа к воде и санитарии, особенно в сельской местности, должно оставаться одним из главных объектов для инвестиций с целью снижения риска инфекций, передаваемых через воду, и улучшения санитарии в жилищах, что также будет способствовать хорошей гигиене в отношении пищевых продуктов и сокращению болезней, передаваемых через пищу и контактным путем от человека к человеку.

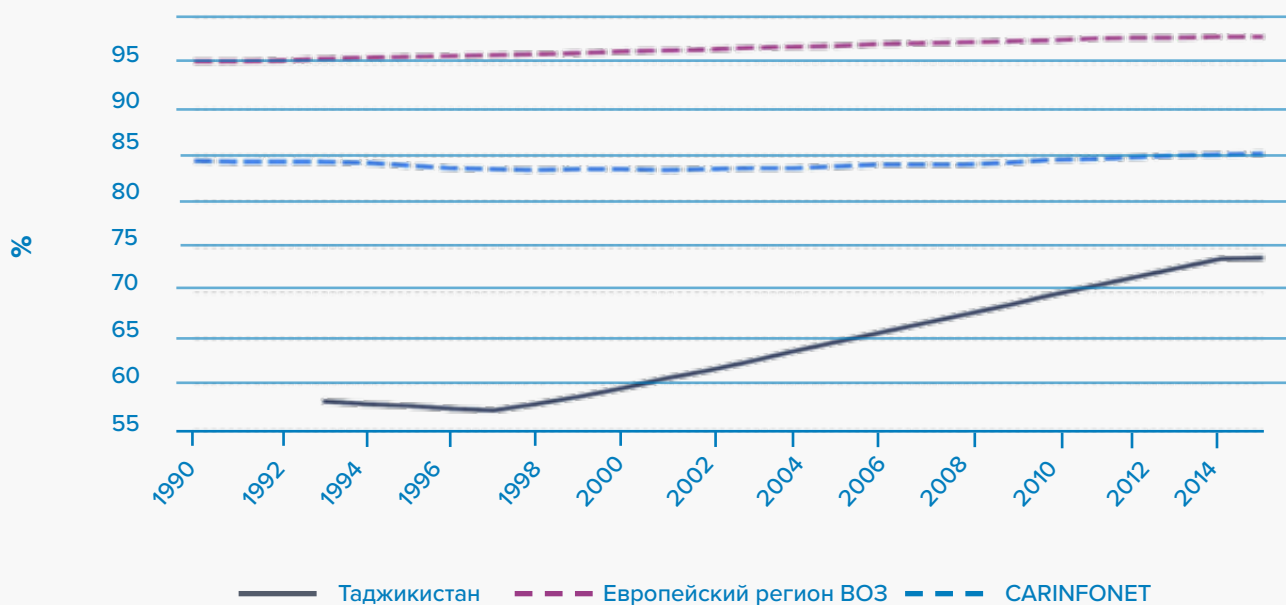


**Рисунок 20. Процент сельского населения, проживающего в домах с улучшенными условиями санитарии, Таджикистан и Европейский регион ВОЗ, 1990–2014 гг.**



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020 г. (51).

**Рисунок 21. Тенденции доступа домохозяйств к улучшенным источникам питьевой воды: процент населения, проживающего в домах которые подключены к системе водоснабжения**



Примечание: CARINFONET: Информационная сеть республик Центральной Азии.  
 Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020 г. (52).

#### **4.4.4 Окружающая среда**

Несмотря на существенные улучшения с конца 1990-х годов, значительная часть населения, особенно в сельских районах, по-прежнему живет без доступа к чистой воде или санитарным удобствам. Это подвергает людей более высокому риску инфекционных заболеваний, особенно кишечных инфекций, и представляет особенно высокий риск для здоровья детей. Деградация почвы является еще одним экологическим фактором, влияющим на здоровье населения в результате ухудшения роста и питательных свойств сельскохозяйственных культур.

Повышение уровня загрязнения воздуха, особенно в городах, способствует росту числа случаев острых и хронических респираторных заболеваний и аллергии.

#### **4.4.5 Миграция**

Миграция была определена как детерминант и фактор риска для здоровья по нескольким причинам. Риск заражения инфекционными болезнями, особенно туберкулезом и ВИЧ, выше для трудовых мигрантов, которые, кроме того, могут не иметь доступа к тем же медицинским услугам, что и принимающее население. Существует также риск того, что мигранты будут отправлены обратно в свои страны без завершения лечения, тем самым перенося риск в свои семьи и общины. В Таджикистане, по оценкам, поток возвращающихся составляет 300 000 рабочих-мигрантов в год, что создает проблемы для служб здравоохранения из-за необходимости адекватно реагировать на их потребности в скрининге и лечении. Таджикистан добился определенных успехов в решении задач ЦУР, связанных с миграцией. Представители сферы здравоохранения Таджикистана обсуждали здоровье мигрантов в качестве приоритетной области здравоохранения в ходе семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2019 г., а Правительство на самом высоком уровне рассматривало миграцию в качестве приоритетной проблемы для страны. Министерство здравоохранения сформировало национальную техническую рабочую группу для изучения этой проблемы. Группа разработала Стратегический план действий по охране здоровья беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов в Республике Таджикистан на 2020–2025 гг. Он основан на Стратегии и Плана действий по охране здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ (53).

#### **4.4.6 Образование**

Согласно данным, представленным для Национальной программы на 2021–2030 гг., службы образования по-прежнему сталкиваются с серьезными проблемами, такими как недостаточный прирост числа дошкольных учреждений, некачественная школьная инфраструктура в регионах и низкая квалификация учителей. Уровень школьной посещаемости остается низким, особенно зимой. Многие сельские школы и медицинские учреждения не имеют доступа к улучшенным средствам санитарии или источникам водоснабжения.

#### **4.4.7 Гендерная справедливость**

В Национальной программе на 2021–2030 гг. отмечено, что индекс гендерного неравенства в 2018 г. составил 0,377, что позволило Таджикистану занять 69-е место среди 155 стран и территорий мира (54). Индикатор 5.5.1 измеряет пропорциональное представительство женщин в двух различных сферах управления: национальных парламентах и местных органах власти.

В отчете «ООН-Женщины» по представительству женщин в органах местного самоуправления в Таджикистане отмечено, что в 2015 г. около 15,2% депутатов составляли женщины (1572 из 10 337) (55). Доклад о гендерной оценке, подготовленный Всемирным банком, выявил неравенство в охвате высшим образованием молодых мужчин и женщин (рис. 22).

**Рисунок 22. Коэффициент зачисления в высшие учебные заведения, всего, по полу и соотношению числа женщин и мужчин, 2000–2011 гг.**



Источник: Всемирный банк, 2013 г. (56).

По данным гендерной оценки, с 2003 по 2012 г. число женщин, работающих в национальных и местных органах власти, увеличилось до 44,7% (56). В 2014 г. женщины составляли 23,4% всех работников государственного управления (4393 женщины), но занимали только 17,1% руководящих должностей в национальных и подчиненных структурах, вместе взятых (528 женщин) (57). В том же документе сообщается, что представленность женщин в качестве лидеров гражданского общества была выше, чем в других секторах. Влияние женщин в НПО привело к двум преимуществам гендерного равенства: во-первых, НПО предоставляют платформу социальной активности для женщин, не обязательно связанной с гендерными аспектами; во-вторых, женщины играют ведущую роль в продвижении гендерного равенства через НПО. Сообщается, что количество домохозяйств, возглавляемых женщинами, увеличивается, что отражает уровень трудовой миграции. Для многих из этих домохозяйств денежные переводы от члена семьи, работающего за рубежом, являются единственным источником дохода.

Домохозяйства, возглавляемые женщинами, с большей вероятностью имеют меньше трудоустроенных членов семьи, и поэтому им приходится чаще занимать деньги на еду и другие товары для дома. Хроническая нехватка доходов означает, что такие семьи не могут вкладывать ресурсы в индивидуальное развитие, например в образование. В сфере занятости женщины сосредоточены на неквалифицированных работах. Обследование рабочей силы 2009 г. (58) показало, что 72,5% работающих женщин не имеют квалификации. Руководители-мужчины превосходили руководителей-женщин по численности в соотношении почти 4:1. Мужчин-специалистов в 1,5 раза больше, чем женщин, а мужчин – квалифицированных рабочих в промышленности – в 6,7 раза больше.

Трудовой кодекс предоставляет женщинам полностью оплачиваемый отпуск по беременности и родам (140 дней до и/или после родов) и отпуск по уходу за ребенком на срок не более трех лет. Он также запрещает женщинам (и одиноким отцам), имеющим детей в возрасте до 3 лет, выполнять определенные сверхурочные работы и регулирует занятость для беременных женщин. Трудовой кодекс не предусматривает какого-либо специального отпуска для отца по уходу за родившимся ребенком, но предусматривает отпуск по уходу за ребенком для любого члена семьи или опекуна. От мужчин в Таджикистане по-прежнему ожидается выполнение традиционных ролей. В том же отчете Азиатского банка развития отмечается, что многопоколенные семьи придерживаются патриархальной модели (57). Традиционно женщина вступает в расширенную семью своего мужа во время брака, и «эта система не дает особых стимулов, чтобы инвестировать в дочерей, поскольку вклад замужней женщины накапливается в семье мужа, а не в семье ее родителей... замужняя женщина имеет самый низкий семейный социальный статус, положение, которое изменится, как только у нее появятся дети, и с возрастом» (57). В опросе 1500 домохозяйств 53% респондентов полностью или частично согласились с утверждением: «Миссия женщины – рожать детей и быть хорошей домохозяйкой» (57). Гендерные роли, как правило, жестко закреплены, а жизнь женщин сосредоточена на воспитании детей и выполнении домашних обязанностей, даже если они официально трудоустроены.

С начала 2000-х годов Таджикистан принял ряд мер по улучшению гендерного равенства, например были утверждены Закон «О государственных гарантиях равноправия мужчин и женщин и равных возможностей их реализации» в 2005 г. и Национальная стратегия активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011–2020 гг. Кроме того, в 2007 г. Таджикистан был участником Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Однако из 29 рекомендаций Конвенции частично были выполнены лишь 14, и только одна была выполнена полностью. Также отсутствовал эффективный правоприменительный механизм, и был отмечен слабый мониторинг и оценка прогресса (неопубликованный технический отчет Таджикистана, 2019 г.).

Следовательно, достижение гендерного равенства остается сложной задачей. МДИ 2017 г. показало, что 31% женщин, когда-либо состоявших в браке, подвергались физическому, сексуальному или психологическому насилию со стороны мужа в текущем или последнем браке (18). Это на 7% больше, чем в 2012 г. Патриархальные взгляды по-прежнему широко распространены в обществе, и жертвам насилия оказывается недостаточная поддержка, в основном по причине нехватки человеческих ресурсов и потенциала, выделения недостаточных средств и плохой координации и интеграции между учреждениями.



Семья на прогулке в ботаническом саду Душанбе  
© ВОЗ/Artyom Gil

#### 4.5 Исследования и разработки, инновации и обеспечение доступа (ускоритель 5)

В Национальной программе на 2021–2030 гг., которая в настоящее время находится на стадии разработки, отмечается произошедший с конца 2000-х годов прогресс в медицинской науке, несмотря на общую нехватку научных кадров, устаревшую инфраструктуру и ограниченное финансирование. Научно-исследовательские учреждения, а также соответствующие отделы при медицинских образовательных учреждениях и больницах участвуют в текущих национальных и международных проектах. Академия медицинских наук, работающая при Министерстве здравоохранения, ставит своей целью (i) координацию исследовательской деятельности в медицинских учреждениях; (ii) поддержку внедрения новых научно обоснованных вмешательств и инновационных методов диагностики и лечения; (iii) развитие кадровых ресурсов для научно-исследовательской деятельности. В состав Академии входят 14 научных центров, научно-исследовательские отделы Государственного медицинского университета и Института последиplomного образования.

С конца 2000-х годов были созданы два новых научных центра: один в области трансплантационной медицины, второй в области урологии. Кроме того, под управление Академии были переданы Институт медико-социальной экспертизы и реабилитации и Центр интенсивной терапии и детоксикации. За этот период было осуществлено более 90 исследовательских проектов с государственным финансированием, увеличилось количество публикаций в рецензируемых журналах, как местных, так и международных. Восемь исследовательских центров получили национальную аккредитацию. В настоящее время в Таджикистане действуют диссертационные советы по 17 специальностям, что позволяет исследователям получать ученые степени.

#### 4.5.1 Проблемы в области исследований и разработок

- ◆ Устаревшая материально-техническая база научных учреждений и недостаток инвестиционных средств для ее обновления.
- ◆ Дефицит финансирования для исследований. Развитие науки, техники и инноваций способствует внедрению передовых технологий и росту человеческого капитала. Отсутствие финансирования исследовательской деятельности, устаревшая материально-техническая инфраструктура и нехватка научных кадров не позволяют стране в полной мере реализовать свой научный потенциал.
- ◆ Недостаточный интерес частного сектора к исследованиям по проблемам здравоохранения.
- ◆ В Национальной программе на 2021–2030 гг. указывается на необходимость привлечения специалистов в науку и выявления новых источников финансирования за счет мобилизации частного капитала в поддержку научно-исследовательской деятельности и коммерциализации достижений. Это предполагает:
  - ❖ расширение и повышение качества исследовательской деятельности;
  - ❖ совершенствование процедур этической экспертизы медицинских исследований путем внедрения стандартов надлежащей клинической практики;
  - ❖ улучшение стандартов и расширение доступа к этической экспертизе исследовательской деятельности с участием людей в качестве объектов исследования;
  - ❖ увеличение числа диссертационных советов, с тем чтобы больше соискателей ученой степени продолжало обучение в аспирантуре в стране;
  - ❖ постепенное обновление инфраструктуры научных учреждений за счет государственного и частного финансирования.

## 4.6 Данные и цифровое здравоохранение (ускоритель 6)

Данные по показателям здоровья могут поступать из больниц, амбулаторных учреждений, с внешних устройств или из других источников. Чтобы превратить эти данные в информацию и знания, требуется информационная модель, которая использует стандартизированную структуру сообщения и содержит предопределенный словарь. Это очень важно для облегчения не только взаимодействия между разнообразными информационными системами, но также для агрегирования и интерпретации объединенных данных из нескольких источников.

Несмотря на прогресс в отношении сбора данных и цифрового здравоохранения, в области качества данных все еще существует ряд проблем, о которых говорилось в предыдущих разделах этого отчета. Правительство поддерживает развитие системы оцифровки данных, соответствующие пункты включены в новый национальный план здравоохранения, который в настоящее время находится в стадии разработки.



Центральная мечеть в Душанбе  
© ВОЗ/Artyom Gil

#### 4.6.1 Проблемы в области данных и цифрового здравоохранения

- ◆ Пока не существует соответствующего законодательства, обеспечивающего эффективное внедрение ИСУЗ, электронного здравоохранения, цифрового здравоохранения и телемедицины. Улучшение контекста нормативно-правовой базы, в рамках которой создается и используется информация здравоохранения, имеет решающее значение. Хотя существует ряд законов и других нормативных актов, касающихся ИСУЗ, это не отменяет необходимости значительных улучшений/ изменений для надлежащего реагирования на текущую ситуацию в стране и экономике.
- ◆ Информационные системы здравоохранения в Таджикистане фрагментированы, поскольку они развивались как реакция на административные, экономические, правовые или донорские предпочтения. Ответственность за данные по вопросам охраны здоровья разделена между различными отраслевыми министерствами или учреждениями, и координация часто встречает сопротивление из-за финансовых и административных ограничений. Слабая интеграция между разными информационными системами и конкурирующие интересы разных субъектов из отдельных секторов часто приводят к противоречивым результатам.
- ◆ Качество данных не соответствует требуемым стандартам. Одной из наиболее сложных проблем в области информационных технологий здравоохранения является пересмотр существующих стандартов и их адаптация к международным стандартам данных. Преимущества, получаемые от ИСУЗ, значительно уменьшаются при низком качестве исходных данных.

- ◆ Чрезмерный спрос на данные и излишняя отчетность может перегружать работников здравоохранения, особенно на уровне ПМСП. Многочисленные, плохо скоординированные подсистемы лишь увеличивают рабочую нагрузку и также не способны обеспечить своевременные, точные и полные данные. Хотя на районном уровне собирается много групп данных, лишь незначительная их часть синтезируется и анализируется, поэтому действительно полезной информации не хватает.
- ◆ Еще одна существенная проблема заключается в том, что та небольшая по объему информация, которая производится и собирается, на практике не используется для принятия решений. Данные часто собираются без критического анализа или преобразования в информацию, которая может быть использована для повседневного управления или долгосрочного планирования.
- ◆ Недостаточное финансирование является одним из основных препятствий для модернизации существующей ИСУЗ и развития необходимой инфраструктуры и кадровых ресурсов. Создание общенациональной сети учреждений для внедрения информационной системы здравоохранения потребует тщательной оценки и прогнозирования всех затрат, которые должны охватывать новую инфраструктуру, достаточный квалифицированный персонал и четко определенные виды деятельности. Эти потребности должны быть соответственно обеспечены бюджетом и профинансированы для обеспечения бесперебойного осуществления и более эффективного сбора медицинской информации Министерством здравоохранения и его областными отделениями в целях получения необходимых результатов.
- ◆ Инфраструктура информационных и коммуникационных технологий и административный потенциал слабы, недофинансированы и распределены неравномерно. На всех уровнях государственного управления ощущается нехватка преданного своему делу и квалифицированного персонала для сбора, представления и анализа данных по вопросам здоровья.
- ◆ В рамках Национальной программы на 2021–2030 гг. запланирован ряд мер, которые приведут к созданию сильной, современной и эффективной ИСУЗ. Предусматриваются следующие направления деятельности:
  - ❖ скорректировать нормативно-правовую базу для информационной системы здравоохранения и развития цифрового здравоохранения;
  - ❖ укрепить цифровую инфраструктуру Министерства здравоохранения для улучшения охвата населения услугами цифрового здравоохранения;
  - ❖ укрепить способность административных работников и работников здравоохранения в Министерстве здравоохранения использовать цифровые платформы и предоставлять населению услуги цифрового здравоохранения;
  - ❖ разработать национальный инвестиционный план развития ИСУЗ, услуг цифровой медицины и телемедицины;
  - ❖ согласовать национальные стандарты с передовой международной практикой, чтобы обеспечить последовательный и точный сбор и обмен медицинской информацией между системами и службами здравоохранения;
  - ❖ четко определить роли и обязанности всех учреждений, участвующих в сборе медицинской информации на разных уровнях;



- ❖ согласовать минимальный набор национальных показателей здоровья, которые соответствуют каждому уровню, просты и понятны и связаны с действиями;
- ❖ сформулировать необходимый набор данных, чтобы ограничить стандартные требования к отчетности для поставщиков услуг основным набором элементов, что позволит рассчитать минимальный набор национальных показателей;
- ❖ интегрировать требования к отчетности различных руководителей программ, чтобы их потребности были включены в набор основных элементов данных и показателей.

Решение этих проблем возможно при наличии отлаженных информационных и коммуникационных технологий и эффективной информационной системы для сбора и использования данных в сфере здравоохранения. Это потребует адекватной инфраструктуры и оборудования, достаточного количества персонала, надлежащей его подготовки и соответствующего технического потенциала.

#### **4.7 Инновационное планирование программ в условиях нестабильности и уязвимости и для реагирования на вспышки болезней (ускоритель 7)**

В целях повышения справедливости в отношении доступа к медицинскому обслуживанию в Таджикистане и защиты населения от финансового риска Правительство приняло Закон о медицинском страховании в Республике Таджикистан (№ 408) в 2008 г. Однако вступление его в силу было перенесено на 2014 г. В 2017 г. концепция была опробована в двух районах, но общенациональное внедрение снова было отложено, и Министерство здравоохранения в настоящее время снова рассматривает возможность отсрочки внедрения до 2022 г. (3).

Настоящий обзор детерминантов здоровья показывает, что большинство проблем со здоровьем не могут быть преодолены с помощью относительно простых, так называемых узковедомственных, обособленных решений и более активных усилий одного лишь Министерства здравоохранения. Для улучшения охраны здоровья важно решать вопросы здравоохранения и связанные с ним проблемы на межсекторальной и комплексной основе, применяя общегосударственный подход с участием всего общества.

В НСЗ-2020 была подчеркнута и частично реализована важность общегосударственных и общесоциальных подходов, и Министерство здравоохранения разработало множество стратегий, программ и планов, которые в совокупности охватывают примерно 87% показателей НСЗ-2020, отражая определенный уровень согласованности политики. Такая согласованность политики имеет решающее значение для достижения устойчивого улучшения показателей здоровья населения. Несмотря на отсутствие межсекторальных стратегических действий, в настоящее время в рамках НСЗ-2020 особое внимание уделяется обеспечению общегосударственного подхода к решению проблем здравоохранения. При этом приоритетное значение придается обеспечению согласованности проводимой политики.



Олами чой

Базар

© Yasmin Brandrup-Versi

## 5. Подход E4As в рамках GAP для достижения ЦУР 3

Ниже в кратком виде суммированы основные положения предшествующих разделов.

### 5.1 Вовлечение

В Таджикистане в сфере здравоохранения и в связанных со здоровьем секторах действуют многочисленные заинтересованные стороны и доноры. Усилия одних направлены на такие детерминанты здоровья, как бедность, голод, водоснабжение и санитария, окружающая среда, экономический рост, образование и гендерное равенство; другие готовы поддержать общее развитие страны. Важно вовлекать этих участников в совместную работу на всех этапах разработки, планирования и осуществления вмешательств, а также в мониторинг и оценку мероприятий, направленных на улучшение здоровья и благосостояния населения.

### 5.2 Оценка

Проведение исходной и систематической текущей оценки имеет первостепенное значение для поддержки выбора вмешательств и их постоянной адаптации, а также для выделения национальных и международных ресурсов для их реализации. Источники, используемые для этих оценок, должны включать информацию из национальных статистических баз данных, из баз данных и отчетов ВОЗ и других учреждений Организации Объединенных Наций об индикаторах и детерминантах здоровья, из исследований, проведенных партнерами по развитию и организациями гражданского общества, а также информацию, получаемую от населения, в отношении самооценки здоровья, восприятия медицинских услуг, их качества и непрерывности оказания медицинской помощи.

### 5.3 Согласование

Все вмешательства партнеров по развитию должны быть согласованы с национальными приоритетами, планами и программами, кроме того, взаимно увязаны, чтобы максимально усилить воздействие инвестиций и избежать дублирования, а также множественных требований к отчетности. Согласование требует создания механизмов постоянного диалога и сотрудничества.

### 5.4 Ускорение

В соответствии с совместными решениями в отношении приоритетных ускорителей следует активизировать скоординированные усилия по их укреплению, как описано выше и сформулировано в Национальной программе на 2020–2030 гг. Особое значение имеет развитие и укрепление устойчивого финансирования здравоохранения и ВОУЗ.

### 5.5 Подотчетность

Должны быть созданы механизмы прозрачного учета и отчетности, связанные с правительственными структурами, партнерами по развитию, общественностью и бенефициарами инвестиций, сделанных в здоровье и благосостояние. Совершенствование подотчетности повысит доверие к ней и обеспечит постоянное участие, поддержку и вклад гражданского общества.

# Библиография

1. Укрепление сотрудничества, улучшение здоровья. Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех: укрепление сотрудничества между многосторонними организациями в целях ускорения прогресса стран в достижении связанных со здоровьем Целей в области устойчивого развития. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327841/9789244516430-rus.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
2. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (Резолюция 70/1, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 25 сентября 2015 г.) ([https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R), по состоянию на 19 мая 2020 г.).
3. Добровольный Национальный обзор для Политического форума высокого уровня 2017 года «Искоренение бедности и сотрудничество во имя процветания в меняющемся мире». Повышение благосостояния через интеграцию целей устойчивого развития в национальную политику развития в Таджикистане. Душанбе: Бюро ООН в Таджикистане; 2017 ([shorturl.at/bsOPS](http://shorturl.at/bsOPS), по состоянию на 3 сентября 2020 г.).
4. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf), по состоянию на 14 мая 2020 г.).
5. World Bank country and lending groups [website]. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://data.worldbank.org/>, по состоянию на 14 мая 2020 г.).
6. Tajikistan (Map No. 3765 Rev. 11). New York: United Nations Geospatial Information Section; 2009 (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/tajikist.pdf>, по состоянию на 28 января 2016 г.).
7. World Bank open data: Tajikistan [online database]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://data.worldbank.org/country/tajikistan>, по состоянию на 6 апреля 2020 г.).
8. Доклад об экономике Таджикистана – осень 2019 г. // Всемирный банк [веб-сайт]. Вашингтон (округ Колумбия): Всемирный банк; 2019 (<https://www.vsemirnyjbank.org/ru/country/tajikistan/publication/economic-update-fall-2019>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
9. Tajikistan. Overview: country context. In: World Bank open data [online database]. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://data.worldbank.org/country/tajikistan>, по состоянию на 6 апреля 2020 г.).
10. Unemployment, total (% of total labor force) (modeled ILO estimate): Tajikistan. In: World Bank open data [online database]. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS?locations=TJ>, accessed 19 May 2020).

11. Tajikistan. In: Cross-sectional indicators [online database]. New York: United Nations Children's Fund; 2018 ([https://data.unicef.org/resources/data\\_explorer/unicef\\_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL\\_DATAFLOW&ver=1.0&dq=TJK.CME\\_MRM0.&startPeriod=1970&endPeriod=2020](https://data.unicef.org/resources/data_explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=TJK.CME_MRM0.&startPeriod=1970&endPeriod=2020), accessed 19 May 2020).
12. Европейский портал информации здравоохранения [онлайновая база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<https://gateway.euro.who.int/ru/>, по состоянию на 20 января 2020 г.).
13. Joint annual review: eight years of the implementation of the national health strategy of the Republic of Tajikistan 2010–20. Dushanbe: World Bank Tajikistan Country Office; 2018 (<https://untj.org/dcc/joint-annual-review-eight-years-of-the-implementation-of-the-national-health-strategy-of-the-republic-of-tajikistan-2010-20/>, accessed 19 May 2020).
14. Albrecht GL, Salmon JW. Anomalies in Soviet healthcare. *J Med Pract Manag.* 1987;2(4):288–296. PMID: 10282748.
15. United Nations Tajikistan [website]. Dushanbe: Office of the UN Resident Coordinator in Tajikistan; 2020 (<http://untj.org/>, accessed 19 May 2020).
16. Levels and trends in child mortality. Report 2018. New York: United Nations Children's Fund; 2018 (<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/10/Child-Mortality-Report-2018.pdf>, accessed 19 May 2020).
17. Health-related SDGs. In: Viz Hub [website]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<https://vizhub.healthdata.org/sdg/>, по состоянию на 20 декабря 2019 г.).
18. Таджикистан. Медико-демографическое исследование. 2017. Атлас ключевых показателей. Роквилл (округ Мэриленд): Программа МДИ и МКФ; 2018 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/ATR18/ATR18.R.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
19. Road traffic deaths data by country. In: Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.A997>, по состоянию на 29 мая 2020 г.).
20. Tajikistan: WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage, 2018 revision. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/tjk.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/tjk.pdf), по состоянию на 29 мая 2020 г.).
21. Supporting national implementation of International Health Regulations. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/activities/supporting-national-implementation-of-international-health-regulations>, по состоянию на 29 мая 2020 г.).
22. Adolescent fertility rate (births per 1000 women ages 15–19). In: World Bank open data [online database]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT?end=2017&locations=TJ&start=2000&view=chart>, accessed 19 May 2020).

23. Таджикистан // ЮНЭЙДС. Страны [веб-сайт]. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2020 (<https://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/tajikistan>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
24. Отчет о ходе реализации Плана действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. // Шестьдесят восьмая сессия Европейского регионального комитета ВОЗ, Рим, Италия. 17-20 сентября 2018. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (EUR/RC68/8(A)); ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/378260/68wd08r\\_A\\_Progress\\_ReportTBAP\\_180412.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378260/68wd08r_A_Progress_ReportTBAP_180412.pdf), по состоянию на 19 мая 2020 г.).
25. Kondrashin AV, Sharipov AS, Kadamov DS, Karimov SS, Gasimov E, Baranova AM et al. Elimination of Plasmodium falciparum malaria in Tajikistan. *Malar J.* 2017;16:226. doi: org/10.1186/s12936-017-1861-5.
26. World malaria report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/world-malaria-report-2019>, по состоянию на 29 мая 2020 г.).
27. Ашхабадское заявление: Предупреждение восстановления передачи малярии в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/346698/Leaflet\\_Malaria\\_RUS\\_WHO\\_3proof\\_FIN.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/346698/Leaflet_Malaria_RUS_WHO_3proof_FIN.pdf), по состоянию на 3 сентября 2020 г.).
28. Leishmaniasis country profile 2016: Tajikistan. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/leishmaniasis/burden/Tajikistan-2016.pdf?ua=1>, accessed 19 May 2020).
29. WHO. Surveillance of leishmaniasis in the WHO European Region. *Wkly Epidemiol Rec.* 2016. 2018;93:521–540.
30. Khodjamurodov G, Sodiqova D, Akkazieva B, Rechel B. Tajikistan: health system review. *Health Syst Transit.* 2016;18(1):1–114 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330246/HiT-18-1-2016-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, accessed 19 May 2020).
31. Таджикистан // Данные по здравоохранению, страновые обзоры. Институт показателей измерения и оценки здоровья (ИПОЗ) [онлайновая база данных]. Сиэтл (округ Вашингтон): Институт показателей измерения и оценки здоровья; 2019 (<http://www.healthdata.org/tajikistan?language=134>, по состоянию на 19 апреля 2020 г.).
32. Annual Report 2018. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2018 ([https://www.unodc.org/documents/centralasia/2019/AR\\_2018\\_EN\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/centralasia/2019/AR_2018_EN_web.pdf), по состоянию на 26 июля 2020 г.).
33. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>, по состоянию на 31 января 2020 г.).

34. Immunization, measles (% of children ages 12–23 months): Tajikistan. In: Data immunization, measles [online database]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.MEAS?locations=TJ-XC>, по состоянию на 31 января 2020 г.).
35. Immunization, DPT (% of children ages 12–23 months): Tajikistan. In: Data immunization, DPT [online database]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?locations=TJ>, по состоянию на 29 мая 2020 г.).
36. Global health expenditure database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, по состоянию на 6 апреля 2020 г.).
37. Domestic general government health expenditure per capita (current US\$): Tajikistan. In: World Bank open data [online database]. Washington (DC): World Bank; 2019 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=TJ>, по состоянию на 29 мая 2020 г.).
38. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 ([https://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf?ua=1), по состоянию на 19 апреля 2020 г.).
39. Здравоохранение в Республике Таджикистан. Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан; 2019 (<http://stat.wv.tj/publications/C6%20-здрав%20-выпуск%202018-2019.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
40. Bandaev I, Kurbonova R, Tajik MS. Healthcare workers on the move: causes, consequences and responses. *Sah A Centr.* 2018;27:305–330.
41. Национальный план в области устойчивости к противомикробным препаратам в Республике Таджикистан. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН) Республики Таджикистан; 2018 ([http://apps.who.int/datacol/answer\\_upload.asp?survey\\_id=666&view\\_id=722&question\\_id=13164&answer\\_id=19959&respondent\\_id=271781](http://apps.who.int/datacol/answer_upload.asp?survey_id=666&view_id=722&question_id=13164&answer_id=19959&respondent_id=271781), по состоянию на 15 июля 2020 г.).
42. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159): 1736–1788. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7).
43. Таджикистан // Панели данных [веб-сайт]. Декейтер (округ Джорджия). Целевая группа по глобальному здоровью; 2020 (<https://www.globalhep.org/country-progress/tajikistan>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
44. Versporten A, Bolokhovets G, Ghazaryan L, Abilova V, Pyshnik G, Spasojevic T et al. Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *Lancet Infect Dis.* 2014;14(5):381–387. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70071-4.

45. Астанинская декларация по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи. Астана, Казахстан, 25 и 26 октября 2018 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?ua=1>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
46. Всеобщий охват медико-санитарными услугами // Системы здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2020 ([https://www.who.int/healthsystems/universal\\_health\\_coverage/ru/](https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/ru/), по состоянию на 19 мая 2020 г.).
47. Mishra S, DeMuth S, Sabharwal S, Watts HG, Lentz KL, Huber M et al. Disability and rehabilitation in Tajikistan. Development of a multispectral national programme to leave no one behind. Case study. Public Health Panorama. 2018;4(2):147–271.
48. Краткий обзор гражданского общества: Таджикистан. Манила: Азиатский банк развития; 2010 (<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/29494/csb-taj-ru.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
49. Доклад о человеческом развитии 2019. За рамками уровня доходов и средних показателей сегодняшнего дня: неравенство в человеческом развитии в XXI веке. Нью-Йорк: Программа развития Организации Объединенных Наций; 2019 ([http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_ru\\_0.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_ru_0.pdf), по состоянию на 23 августа 2020 г.).
50. Бедность в Таджикистане // Всемирный банк [веб-сайт]. Вашингтон (округ Колумбия): Всемирный банк; 2018 (<https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/infographic/2018/10/26/poverty-in-tajikistan>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
51. Санитария, сельское население // Европейский портал информации здравоохранения [онлайновая база данных]. Копенгаген: Европейский региональный офис ВОЗ; 2020 ([https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/h2020\\_27-sanitation-rural/visualizations/?country=TJK;WHO\\_EURO#id=17110](https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/h2020_27-sanitation-rural/visualizations/?country=TJK;WHO_EURO#id=17110), по состоянию на 19 мая 2020 г.).
52. % населения с жильем, подключенным к центральной системе водоснабжения, село // Европейский портал информации здравоохранения [онлайновая база данных]. Копенгаген: Европейский региональный офис ВОЗ; 2020 ([https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa\\_465-4302-population-with-homes-connected-to-water-supply-system-rural/visualizations/#id=19501](https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/hfa_465-4302-population-with-homes-connected-to-water-supply-system-rural/visualizations/#id=19501), по состоянию на 29 мая 2020 г.).
53. Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ. Резолюция 66-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (EUR/RC66/R6). Копенгаген: Европейский региональный офис ВОЗ; 2016 ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/319119/66rs06r\\_MigrantHealth\\_160765.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/319119/66rs06r_MigrantHealth_160765.pdf), по состоянию на 23 октября 2018 г.).
54. Human development index. In: Human development indicators [online database]. New York: United Nations Development Programme; 2019 (<http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/TJK>, по состоянию на 29 мая 2020 г.).



55. Protsyk O, Azizova N, Sattorov J, Jalilov D. Women's representation in local government in Tajikistan. New York: UN Women; 2017 (<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/country/tajikistan/women-representation%20undp%20un%20women%20brochure%20june%202017%20english%20version.pdf?la=en&vs=4543>, accessed 19 May 2020).
56. Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region. Tajikistan: country gender assessment. Washington (DC): World Bank; 2013 (Report No. 77920-TJ; <http://documents.worldbank.org/curated/en/270271468113655525/pdf/77920WP0P14330sessment0Jun1302013.pdf>, accessed 19 May 2020).
57. Таджикистан: Страновая гендерная оценка. Манила: Азиатский банк развития; 2016 (<https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/212096/tajikistan-cga-ru.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
58. Labour force survey 2009. Tajikistan. Dushanbe: Statistical Agency under President of the Republic of Tajikistan; 2009 (<https://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/3543>, accessed 19 May 2020).



## Приложение 1. Деятельность агентств Организации Объединенных Наций в Таджикистане в соответствии с областями факторов ускорения

Таблица А11. Обзор доноров, оказывающих поддержку здравоохранению в Таджикистане

Агентство / организация, доноры, партнеры	Связанные со здоровьем проекты / мероприятия	Наращивание потенциала: развитие кадров здравоохранения в 2018–2019 гг.
ВОЗ в Таджикистане	Внедрение перинатального аудита на национальном уровне	Ориентационный семинар для ключевых акушеров, гинекологов и неонатологов по основным принципам и методам конфиденциального аудита случаев смерти (август 2019 г.)
ВОЗ в Таджикистане	Школа здоровья в Европе и школы, продвигающие здоровье	Ориентационные и технические семинары для представителей школьных медицинских работников, центров здорового образа жизни, сектора семейной медицины по использованию оздоровительных инструментов для школ и общеобразовательного подхода к здоровью (сентябрь – ноябрь 2019 г.)
ЮНФПА в Таджикистане	Совместный проект по укреплению национальных услуг планирования семьи на 2017–2020 гг.	Наращивание потенциала поставщиков медицинских услуг (акушеров) из отдельных учреждений первичной медико-санитарной помощи по вопросам консультирования и предоставления услуг по методам планирования семьи краткосрочного и длительного действия, обучению инструкторов по добровольной хирургической стерилизации на основе прав для акушеров-гинекологов в отдельных родильных домах на национальном и региональном уровне
ЮНФПА в Таджикистане	Проект по профилактике рака шейки матки в двух пилотных районах Согдийской и Хатлонской областей	Внедрение пилотной модели организованного скрининга на рак шейки матки и ведения до рака с помощью наращивания потенциала и полевых упражнений; в целом 93% женщин из целевой группы прошли скрининг с помощью пилотного проекта (2018 г.)
ВПП в Таджикистане; донор – ЮСАИД; партнер – Министерство здравоохранения и социальной защиты Таджикистана	Профилактика и лечение умеренного острого недоедания	Тренинг по комплексному ведению протокола по острой недостаточности питания (IMAM) и мониторингу роста для персонала первичной медико-санитарной помощи в целевых районах (май и ноябрь 2018 г.)

Таблица А1.1 – продолжение

Агентство / организация, доноры, партнеры	Связанные со здоровьем проекты / мероприятия	Наращивание потенциала: развитие кадров здравоохранения в 2018–2019 гг.
ВПП в Таджикистане; донор – ЮСАИД; партнер – Министерство здравоохранения и социальной защиты Таджикистана	Цифровизация лечения острого недоедания средней степени (программа SCOPE CODA)	Обучение без отрыва от работы по вопросам цифровизации лечения острого недоедания средней степени для сотрудников первичной медицинской помощи в районе Балхи (ноябрь 2018 г., сентябрь 2019 г.)
ЮНИСЕФ	Профилактика и лечение недоедания	Укрепление потенциала консультативных навыков медицинских работников по вопросам материнского питания и практики кормления детей грудного и раннего возраста; наращивание потенциала медицинского персонала в области комплексного лечения острого недоедания
JICA	Проект по улучшению системы охраны здоровья матери и ребенка в Хатлонской области. Фаза II	Укрепление потенциала медицинских работников в области эффективной перинатальной помощи (неонатальная помощь, дородовая и послеродовая помощь; ультразвуковые навыки в акушерстве, кровотечение) и техническое обслуживание оборудования в учреждениях здравоохранения первичного и второго уровня; укрепление потенциала национальных и областных надзорных органов в области поддерживающего надзора
JICA	Профилактика и лечение недоедания	Наращивание потенциала работников здравоохранения и государственных служащих в следующих областях: (i) перинатальное медицинское обслуживание новорожденных, (ii) управление больницами, (iii) управление и обслуживание медицинского оборудования, (iv) руководство по охране здоровья матери и ребенка, (v) руководство и управление системами здравоохранения
JICA	Последующее сотрудничество в управлении и обслуживании медицинского оборудования	Наращивание потенциала медицинских работников, инженеров, техников и учителей в области управления и обслуживания медицинского оборудования

Примечание: ЮНФПА – Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения; ВПП – Всемирная продовольственная программа. ВОЗ, ВПП и ЮНИСЕФ совместно осуществляют программу «Интегрированное ведение случаев острой недостаточности питания».

**Таблица А1.2. Проекты и партнеры в Таджикистане**

Названия проектов	Партнерские организации
Программа поддержки человеческого развития	Европейский союз
Реформа медицинского образования	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
Улучшение услуг ПМСП	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
Комплексный проект в области здравоохранения и среды обитания в Раштской долине	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
Проект охраны здоровья матери и новорожденного в Кулябской области	GIZ
Здоровье матери и ребенка / Неотложная помощь	KfW
Программа по борьбе с туберкулезом	KfW
Лечение и профилактика полиомиелита	KfW
Раннее развитие ребенка	Всемирный банк
Проект по улучшению медицинского обслуживания	Всемирный банк
Оптима Нутришн	Всемирный банк
Профилактика и лечение острого недоедания средней степени	ЮСАИД, Всемирная продовольственная программа
Цифровизация данных по острому недоеданию средней степени	ЮСАИД, Всемирная продовольственная программа
Деятельность в сфере здравоохранения и питания в Таджикистане	ЮСАИД
Контроль сердечно-сосудистых заболеваний и диабета	Швейцарский институт тропической медицины и общественного здравоохранения, ВОЗ, Всемирный банк
Национальная стратегия безопасности дорожного движения	Азиатский банк развития, ВОЗ
План повышения безопасности воды и эффективный мониторинг качества воды в сельской местности Таджикистана	ВОЗ

Таблица А1.2 – продолжение

Названия проектов	Партнерские организации
Непрерывное улучшение качества	ЮНИСЕФ
Эффективный перинатальный и неонатальный уход	ЮНИСЕФ
Управление данными цепочки поставок иммунизации	ЮНИСЕФ
Психическое здоровье подростков	ЮНИСЕФ
Молодежные службы здравоохранения	ЮНИСЕФ
Улучшение системы охраны здоровья матери и ребенка	JICA
Программа создания Knowledge-Co	JICA
Управление и обслуживание медицинского оборудования	JICA
Укрепление национальных служб планирования семьи	Фонд народонаселения ООН
Проект по профилактике рака шейки матки в двух пилотных районах	Фонд народонаселения ООН
Внедрение перинатального аудита на национальном уровне	ВОЗ
Проект «Школы за здоровье в Европе» (SHE) и охрана здоровья в школах	ВОЗ
Распространение на уровне ПМСП нового стандарта ВОЗ по оказанию дородовой помощи	ВОЗ
Осуществление проекта «Исследование поведения детей школьного возраста в отношении здоровья»	Организация развития Ага-хана, Европейский союз, ЮНИСЕФ, Фонд ООН по народонаселению, ВОЗ
Укрепление системы здравоохранения Таджикистана при содействии ГАВИ	ЮНИСЕФ, Программа развития ООН, ВОЗ
Проект «Движение к ВОУЗ»	Европейский союз, ВОЗ

## **Приложение 2. Действующие законы и нормативные документы, в разбивке по связанным со здоровьем задачам в рамках ЦУР**

### **Право на охрану здоровья, охват услугами здравоохранения и медицинское страхование**

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 4 марта 2002 года № 94 «Об утверждении концепции реформы здравоохранения в Республике Таджикистан»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 июля 2005 года № 237 «Об утверждении базового пакета льгот для граждан Республики Таджикистан и руководства по оказанию медико-санитарных услуг государством»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 апреля 2006 года № 140 «О сохранении в бюджете сектора здравоохранения средств, сэкономленных в процессе реформирования» (все еще действует)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 декабря 2008 года № 600 «О Порядке оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения»

Закон Республики Таджикистан от 26 марта 2009 года № 504 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан «О частной медицинской деятельности»

Закон Республики Таджикистан от 18 июня 2008 года № 408 «О медицинском страховании в Республике Таджикистан»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 12 февраля 2010 года № 52 «Об утверждении Программы государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью для пилотных районов Республики Таджикистан на 2010–2011 годы» (NB: новое постановление находится в стадии разработки)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 29 мая 2010 года № 269 «О Национальной стратегии активизации роли женщин в Республике Таджикистан на 2011–2020 годы» (примечание: новое постановление находится в стадии разработки)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 года № 374 «О проекте Закона Республики Таджикистан “О внесении изменений в Закон Республики Таджикистан о медицинском страховании в Республике Таджикистан”» (этот Закон вступит в силу 1 января 2022 года)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 августа 2010 года № 368 «Об утверждении Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010–2020 годов»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2015 года № 801 «О концепции развития семьи в Республике Таджикистан»

Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года. Душанбе; 2016

Постановление Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 15 марта 2017 года, № 712 «О принятии Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан», утвержденное Постановлением ММ МОРТ от 18 мая 2017 года № 374

### **Борьба с инфекционными болезнями**

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 11 марта 2000 года № 100 «О Национальной программе по борьбе с гепатитом В и его профилактике в Республике Таджикистан на 2000–2007 годы» (примечание: новое постановление находится в стадии разработки)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 1 июля 2011 года № 331 «Об утверждении Перечня работ, выполнение которых связано с риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»

Закон Республики Таджикистан от 22 июля 2013 года № 1010 «О внесении изменений в Закон Республики Таджикистан “Об обеспечении санитарно-эпидемиологической безопасности населения”» (примечание: в него внесены изменения, но действует)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28 октября 2016 года № 456 «О Национальной программе иммунопрофилактики в Республике Таджикистан на 2016–2020 годы»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 25 февраля 2017 года, № 89 «О Национальной программе по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека в Республике Таджикистан на 2017–2020 годы».

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 октября 2010 года, № 562 «Об утверждении Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годов» (примечание: новое постановление находится в стадии разработки)

### **Регулирование лекарств**

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 апреля 2009 года № 204 «О Правилах ввоза и вывоза лекарственных средств, медицинских товаров, а также наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, применяемых в медицине в Республике Таджикистан»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2009 года № 600 «Об утверждении Программы подготовки медицинских кадров на 2010–2020 годы»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 мая 2010 года, № 210 «Об утверждении Порядка сертификации лекарственных средств и медицинских товаров»

Закон Республики Таджикистан от 3 июля 2012 года, № 861 «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан “О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности”»

Другие законы Республики Таджикистан о лекарственной и фармацевтической деятельности. (Bull Majlisi Oli. 2001; 7: 499; 2003; 12: 700; 2007; 5: 375; 2008; 6: 467

## **Инфраструктура и государственные инвестиции**

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 1 апреля 2011 года № 168 «Об утверждении концепции Республики Таджикистан о реструктуризации учреждений здравоохранения на 2011–2020 годы»

## **Социальная защита**

Распоряжение Правительства Республики Таджикистан от 29 декабря 2006 года № 783 «Об утверждении Концепции социальной защиты населения Республики Таджикистан» (примечание: обновленный документ находится в стадии разработки)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 мая 2007 года № 244 «О выплате пособий малообеспеченным семьям, имеющим детей, обучающихся в общеобразовательных школах Республики Таджикистан»

Закон Республики Таджикистан от 5 января 2008 года № 358 «О внесении изменений в Закон Республики Таджикистан «О социальной защищенности инвалидов в Республике Таджикистан»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 1 августа 2008 года № 379 «Об усилении социальной помощи малоимущим семьям и гражданам»

Указ Президента Республики Таджикистан от 20 июня 2009 года № 671 «О мерах по усилению социальной защищенности и увеличению действующих должностных окладов работников организаций и учреждений социальной сферы»

Закон Республики Таджикистан от 28 июня 2011 года № 737 «О внесении изменения в Закон Республики Таджикистан “О негосударственных пенсионных фондах”»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2011 года № 651 «О проекте Закона Республики Таджикистан “О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан “О государственном социальном страховании”»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 марта 2013 года, № 91 «О Порядке выплаты пенсий детям, находящимся на полном государственном обеспечении»



Постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 августа 2013 года № 345 «О вопросах обязательного пенсионного страхования»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 25 сентября 2015 года № 588 «О порядке индексации пенсий и условного пенсионного капитала»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 23 августа 2016 года, № 368 «О Плане мероприятий по реализации Концепции развития системы социального обслуживания в Республике Таджикистан»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28 октября 2016 года, № 455 «О Национальной программе реабилитации инвалидов на 2017–2020 годы»

### **Борьба с НИЗ**

Закон Республики Таджикистан от 28 февраля 2004 года № 22 «О внесении изменений в Закон Республики Таджикистан о психиатрической помощи» (NB: все еще действует)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2010 года № 702 «Об утверждении Списка профессиональных заболеваний и Перечня вредных веществ и производственных факторов, выполнение которых связано с воздействием вредных условий труда, а также Перечня вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов, при работе с которыми обязательны предварительные и периодические медицинские осмотры работников»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 июня 2012 года, № 340 «Об утверждении Порядка организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях» (с изменениями, внесенными Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 сентября 2019 года № 453)

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 3 декабря 2012 года, № 676 «О Перспективах профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2014 года, № 808 «Об утверждении Стратегии питания и физической активности в Республике Таджикистан на 2015–2024 годы»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2 октября 2019 года, № 463 «О Программе профилактики ожирения и формирования здорового питания в Республике Таджикистан на 2019–2024 годы»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 декабря 2019 года № 463 «О Национальной программе здорового образа жизни в Республике Таджикистан на 2011–2020 годы»

## **Наращивание институционально-кадрового потенциала для здравоохранения**

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 ноября 2009 года № 600 «О развитии кадровых ресурсов здравоохранения на 2010–2020 годы»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 11 ноября 2011 года «О концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан»

Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2011 года № 643 «О Концепции формирования электронного правительства в Республике Таджикистан (2012–2020 годы)»

## **Другие секторы, имеющие отношение к ЦУР 3**

Закон Республики Таджикистан от 1 марта 2005 года № 89 «О государственных гарантиях равноправия мужчин и женщин и равных возможностей их реализации»

Распоряжение Правительства Республики Таджикистан от 1 августа 2008 года № 377 «Об обеспечении защиты прав ребенка»

Распоряжение Правительства Республики Таджикистан от 31 октября 2008 года № 532 «О Комиссии при Правительстве Республики Таджикистан по правам ребенка»

Распоряжение Правительства Республики Таджикистан от 27 февраля 2010 года № 94 «О среднесрочном плане реализации Концепции охраны окружающей среды в Республике Таджикистан на 2010–2012 годы».

Закон Республики Таджикистан от 19 марта 2013 года № 954 «О предупреждении насилия в семье»

## Приложение 3. Детальный анализ показателей и тенденций в отношении ЦУР

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
<b>ЦУР 2. Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства</b>			
2.2 К 2030 году покончить со всеми формами недоедания, в том числе достичь к 2025 году согласованных на международном уровне целевых показателей, касающихся борьбы с задержкой роста и истощением у детей в возрасте до пяти лет, и удовлетворять потребности в питании девочек подросткового возраста, беременных и кормящих женщин и пожилых людей	2.2.1 Распространенность задержки роста (рост для возраста <-2 стандартного отклонения от медианы Стандартов роста детей ВОЗ) среди детей в возрасте до 5 лет	17%	МДИ 2017 (1)
	2.2.2 Распространенность неполноценного питания среди детей в возрасте до пяти лет в разбивке по виду (истощение или ожирение) (среднеквадратичное отклонение от медианного показателя веса к возрасту в соответствии с нормами роста детей, установленными ВОЗ, >+2 или <-2)	6%	МДИ 2017 (1)
<b>ЦУР 3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте</b>			
3.1 К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 на 100 000 живорождений	3.1.1 Коэффициент материнской смертности	32 на 100 000 живорожденных	Данные Министерства здравоохранения и социальной защиты населения
	3.1.2 Доля родов, принятых квалифицированными медицинскими работниками	94,8%	МДИ 2017 (1)
3.2 К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет, при этом все страны должны стремиться уменьшить неонатальную смертность до не более 12 случаев на 1000 живорождений, а смертность в возрасте до пяти лет – до не более 25 случаев на 1000 живорождений	3.2.1 Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет	33 на 1000 живорожденных	МДИ 2017 (1)
	3.2.2 Коэффициент неонатальной смертности	2 на 1000 живорожденных	МДИ 2017 (1)

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
3.3 К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями	3.3.1 Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных в разбивке по полу, возрасту и принадлежности к ключевым группам населения	6,0	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.3.2 Заболеваемость туберкулезом на 100 000 чел. населения	107,7 (возрастной стандартизированный показатель, новые случаи)	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.3.3 Заболеваемость малярией на 1000 чел. населения	0	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.3.4 Заболеваемость гепатитом В на 100 000 чел. населения	2320	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.3.5 Число людей, которым требуется вмешательство против забытых тропических болезней	13,6%	ИПОЗ, 2019 (2)
3.4 К 2030 году снизить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний за счет профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия	3.4.1 Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний	34,0 на 100 000 (возрастной стандартизированный показатель)	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.4.2 Смертность от самоубийств	5,6 смертей на 100 000	ИПОЗ, 2019 (2)
3.5 Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем	3.5.1 Охват лечебными вмешательствами (фармакологическими, психосоциальными, реабилитационными и реабилитационными услугами) при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ	Нет точных количественных данных по охвату; данные об абсолютном количестве пролеченных пациентов с проблемами зависимости можно получить в специализированных медицинских службах по лечению наркозависимости	
	3.5.2 Употребление алкоголя на душу населения (в возрасте 15 лет и старше) в литрах чистого спирта в календарный год.	Примерно 0,9 литра на душу населения (точных данных нет, поскольку потребление домашнего алкоголя трудно оценить)	

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
3.6 К 2020 году вдвое сократить во всем мире число случаев смерти и травм в результате дорожно-транспортных происшествий	3.6.1 Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий	21 на 100 000 (в среднем по стране за 2017 г.; неопубликованные дезагрегированные данные указывают на более высокие показатели для городских районов)	WHO, 2019 (3)
3.7 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах	3.7.1 Доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами	52,5% (2017 г.)	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.7.2 Показатель рождаемости среди девушек-подростков (в возрасте от 10 до 14 лет; в возрасте от 15 до 19 лет) на 1000 девушек-подростков в той же возрастной группе	27,5 живорождений на 1000 женщин (10–19 лет)  24 аборта на 1000 живорождений (в возрасте до 20 лет)	ИПОЗ, 2019 (2)
3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, включая защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медицинским услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарствам и вакцинам для всех	3.8.1 Охват основными услугами здравоохранения (определяется как средний охват основными услугами на основе контрольных вмешательств, которые включают репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей, инфекционные болезни, неинфекционные заболевания, а также возможности и доступ к услугам, среди общего и наиболее обездоленного населения)	Индикатор: охват вакцинацией против кори 98%	WHO, 2019 (4)
	3.8.2 Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств	Индекс охвата услугами ВОУЗ (прокси-индикатор): 60,6%	ИПОЗ, 2019 (2)

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
3.9 К 2030 году существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ и загрязнения и отравления воздуха, воды и почв	3.9.1 Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха	81,1 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.9.2 Смертность от отсутствия безопасной воды, безопасной санитарии и гигиены (от отсутствия безопасных услуг в области водоснабжения, санитарии и гигиены (ВСГ) для всех)	15,3	ИПОЗ, 2019 (2)
	3.9.3 Смертность от неумышленного отравления	0,7 на 100 000	ИПОЗ, 2019 (2)
3.a Активизировать выполнение Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах, в зависимости от обстоятельств	3.a.1 Стандартизованная по возрасту распространенность употребления табака среди лиц в возрасте 15 лет и старше	9,6%	ИПОЗ, 2019 (2)
3.b Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение», в которой подтверждается право развивающихся стран в полном объеме использовать положения Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности в отношении проявления гибкости для целей охраны здоровья населения и, в частности, обеспечения доступа к лекарственным средствам для всех	3.b.1 Доля населения, имеющего доступ к недорогим лекарствам и вакцинам на постоянной основе.	Нет количественного показателя; доступность вакцины покрывается международными донорскими программами (см. текст)	
	3.b.2 Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования и в основные отрасли здравоохранения	Н/Д	
3.c Существенно увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров в развивающихся странах, особенно в наименее развитых странах и малых островных развивающихся государствах	3.c.1 Число медицинских работников на душу населения и их распределение	7,6 на 1000 (2017 г.)	ИПОЗ, 2019 (2)

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
3.d Нарастивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья	3.d.1 Способность соблюдать Международные медико-санитарные правила (ММСП) и готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения	Потенциал в области ММСП и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения создается в рамках программы ВОЗ по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям	WHO, 2020 (5)
<b>ЦУР 4. Обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможностей для обучения на протяжении всей жизни для всех</b>			
4.2 К 2030 году обеспечить всем девочкам и мальчикам доступ к качественным системам развития, ухода и дошкольного обучения детей младшего возраста, с тем чтобы они были готовы к получению начального образования	4.2.1 Доля детей в возрасте от 24 до 59 месяцев, развивающихся без отклонений в плане здоровья, обучения и психосоциального благополучия, в разбивке по полу	Индикатор недоступен; однако 0,8% детей не посещают начальную школу (2017 г.)	Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020 г. (6)
<b>ЦУР 5. Достижение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек</b>			
5.2 Ликвидировать все формы насилия в отношении всех женщин и девочек в публичной и частной сферах, включая торговлю людьми, сексуальную и другие виды эксплуатации.	5.2.1 Доля когда-либо имевших партнеров женщин и девочек в возрасте 15 лет и старше, подвергавшихся физическому, сексуальному или психологическому насилию со стороны нынешнего или бывшего интимного партнера в течение предыдущих 12 месяцев, в разбивке по форме насилия и возрасту	24,1% (сексуальные 1,4%; психологические 13,3%; физические 18,7%)	Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан
	5.2.2 Доля женщин и девочек в возрасте 15 лет и старше, подвергавшихся сексуальному насилию со стороны лиц, не являющихся сексуальными партнерами, в течение предыдущих 12 месяцев, в разбивке по возрасту и месту происшествия	0	ИПОЗ, 2019 (2)

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
5.3 Ликвидировать все вредные виды практики, такие как детские, ранние и принудительные браки и калечащие операции на женских половых органах.	5.3.1 Доля женщин в возрасте 20–24 лет, состоявших в браке или союзе до 15 лет и до 18 лет	0,1% до 15 лет; 8,7% до 18 лет	Азиатский банк развития, 2016 (7)
	5.3.2 Доля девочек и женщин в возрасте от 15 до 49 лет, подвергшихся калечащим операциям на женских половых органах / обрезанию, в разбивке по возрасту	Н/Д	
<b>ЦУР 6. Обеспечение доступности и устойчивого управления водными ресурсами и санитарией для всех</b>			
6.1 К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к безопасной и недорогой питьевой воде для всех.	6.1.1 Доля населения, пользующегося услугами водоснабжения, организованного с соблюдением требований безопасности	23,6% (распространенность использования небезопасной воды с учетом риска)	ИПОЗ, 2019 (2)
6.2 К 2030 году обеспечить всеобщий и равноправный доступ к надлежащим санитарно-гигиеническим средствам и положить конец открытой дефекации, уделяя особое внимание потребностям женщин и девочек и лиц, находящихся в уязвимом положении	6.2.1 Доля населения, использующего а) организованные с соблюдением требований безопасности услуги санитарии и б) устройства для мытья рук с мылом и водой	63% (распространенность применения небезопасной санитарии с учетом риска)	ИПОЗ, 2019 (2)
6.3 К 2030 году повысить качество воды посредством уменьшения загрязнения, ликвидации сброса отходов и сведения к минимуму выбросов опасных химических веществ и материалов, сокращения вдвое доли неочищенных сточных вод и значительного увеличения масштабов рециркуляции и безопасного повторного использования сточных вод во всем мире	6.3.1 Доля безопасно очищаемых хозяйственно-бытовых и промышленных сточных вод	Н/Д	
<b>ЦУР 8. Содействие поступательному, всеохватному и устойчивому экономическому росту, полной и производительной занятости и достойной работе для всех</b>			
8.7 Принять срочные и эффективные меры для того, чтобы искоренить принудительный труд, покончить с современным рабством и торговлей людьми и обеспечить запрет и ликвидацию наихудших форм детского труда, включая вербовку и использование детей-солдат, а к 2025 году покончить с детским трудом во всех его формах	8.7.1 Доля и число детей в возрасте от 5 до 17 лет, занятых детским трудом, в разбивке по полу и возрасту	Н/Д; однако 22,6% сообщили в опросе 2013 г.	International Labour Organization, 2014 (8)



Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
8.8 Защищать трудовые права и содействовать обеспечению надежных и безопасных условий работы для всех трудящихся, включая трудящихся-мигрантов, особенно женщин-мигрантов, и лиц, не имеющих стабильной занятости	8.8.1 Уровень производственного травматизма со смертельным и несмертельным исходом на 100 000 работников в разбивке по полу и миграционному статусу	773,9 лет жизни с поправкой на инвалидность по любой причине, относящихся к профессиональным рискам, на 100 000	ИПОЗ, 2019 (2)
	8.8.2 Уровень соблюдения государством трудовых прав (свободы объединений и заключения коллективных трудовых договоров) на основе документальных источников Международной организации труда (МОТ) и национального законодательства в разбивке по полу и миграционному статусу	Н/д	
<b>Цель 10. Сокращение неравенства внутри стран и между ними</b>			
10.2 К 2030 году поддерживать законодательным путем и поощрять активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни независимо от их возраста, пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса	10.2.1 Доля людей с доходом ниже 50 процентов медианного дохода в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности	4,8% населения живут за чертой бедности (1,90 долл. США в день)	UNDP, 2019 (9)
10.3 Обеспечить равенство возможностей и уменьшить неравенство результатов, в том числе путем отмены дискриминационных законов, политики и практики и содействия принятию соответствующего законодательства, политики и мер в этом направлении	10.3.1 Доля лиц, сообщивших о том, что в последние 12 месяцев они лично подвергались дискриминации или преследованиям на основаниях, дискриминация по которым запрещена в соответствии с международными стандартами в области прав человека	Н/д	

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
<b>ЦУР 11. Обеспечение открытости, безопасности, жизнестойкости и экологической устойчивости городов и населенных пунктов</b>			
11.2 К 2030 году обеспечить, чтобы все могли пользоваться безопасными, недорогими, доступными и экологически устойчивыми транспортными системами, на основе повышения безопасности дорожного движения, в частности расширения использования общественного транспорта, уделяя особое внимание нуждам тех, кто находится в уязвимом положении, женщин, детей, инвалидов и пожилых лиц	11.2.1 Доля населения, имеющего удобный доступ к общественному транспорту, в разбивке по полу, возрасту и признаку инвалидности	Н/Д	
11.5 К 2030 году существенно сократить число погибших и пострадавших и значительно уменьшить прямой экономический ущерб в виде потерь мирового валового внутреннего продукта в результате бедствий, в том числе связанных с водой, уделяя особое внимание защите малоимущих и уязвимых групп населения	11.5.1 Число погибших, пропавших без вести и пострадавших непосредственно в результате бедствий на 100 000 человек	13 погибших в 2017 г. в результате стихийных бедствий	Our World in Data, 2020 (10)
	11.5.2 Прямые экономические потери в процентном отношении к общемировому ВВП, ущерб важнейшим объектам инфраструктуры и число обусловленных бедствиями сбоев в работе основных служб	Н/Д	
<b>ЦУР 12. Обеспечение перехода к рациональным моделям потребления и производства</b>			
12.4 К 2020 году добиться экологически рационального использования химических веществ и всех отходов на протяжении всего их жизненного цикла в соответствии с согласованными международными принципами и существенно сократить их попадание в воздух, воду и почву, чтобы свести к минимуму их негативное воздействие на здоровье людей и окружающую среду	12.4.1 Число сторон международных многосторонних экологических соглашений по опасным и иным химическим веществам и отходам, выполняющих свои обязательства и обязанности по передаче информации в соответствии с требованиями каждого соглашения	Н/Д	
	12.4.2 а) Образование опасных отходов на душу населения и б) доля обрабатываемых опасных отходов в разбивке по видам обработки	Н/Д	

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
<b>ЦУР 13. Принятие срочных мер по борьбе с изменением климата и его последствиями</b>			
13.1 Повысить сопротивляемость и способность адаптироваться к опасным климатическим явлениям и стихийным бедствиям во всех странах	13.1.1 Число погибших, пропавших без вести и пострадавших непосредственно в результате бедствий на 100 000 человек	Н/Д	
	13.1.2 Число стран, принявших и осуществляющих национальные стратегии снижения риска бедствий в соответствии с Сендайской рамочной программой по снижению риска бедствий на 2015–2030 гг.	0,14 (2017 г.)	Our World in Data, 2020 (11)
<b>ЦУР 16. Содействие построению миролюбивого и открытого общества в интересах устойчивого развития, обеспечение доступа к правосудию для всех и создание эффективных, подотчетных и основанных на широком участии учреждений на всех уровнях</b>			
16.1 Значительно сократить распространенность всех форм насилия и уменьшить показатели смертности от этого явления во всем мире	16.1.1 Число жертв умышленных убийств на 100 000 человек, в разбивке по полу и возрасту	3	ИПОЗ, 2019 (2)
	16.1.2 Число связанных с конфликтами смертей на 100 000 человек, в разбивке по полу, возрасту и причине	0 (2017 г.)	ИПОЗ, 2019 (2)
	16.1.3 Доля населения, в последние 12 месяцев подвергшегося а) физическому, б) психологическому и с) сексуальному насилию	Физическое насилие (16.1.3а): 6,7% Сексуальное насилие (16.1.3с): 1,2%	ИПОЗ, 2019 (2)
	16.1.4 Доля лиц, которые считают, что в их районе находиться на улице в одиночестве безопасно	Н/Д	

Цели и задачи	Показатели ЦУР	Таджикистан	
		Показатель	Источник
16.2 Положить конец наругательствам, эксплуатации, торговле и всем формам насилия и пыток в отношении детей	16.2.1 Доля детей в возрасте от 1 года до 17 лет, в последний месяц подвергшихся любому физическому наказанию и/или психологической агрессии со стороны тех, кто обеспечивает уход за ними	Недоступно. Вместо этого используется: процент детей в возрасте от 2 до 14 лет, которые, по самоотчетам воспитателей, подвергались насилию дома в течение последнего месяца 78% (2005 г.)	Our World in Data, 2020 (12)
	16.2.2 Число жертв торговли людьми на 100 000 человек, в разбивке по полу, возрасту и форме эксплуатации	Жен 2; муж 4	Our World in Data, 2020 (13)
	16.2.3 Доля молодых женщин и мужчин в возрасте от 18 до 29 лет, подвергшихся сексуальному насилию до достижения ими 18-летнего возраста	1,5%	ИПОЗ, 2019 (2)

Примечание: Н/Д – нет данных.

## Библиография к приложению 3

1. Таджикистан. Медико-демографическое исследование. 2017. Атлас ключевых показателей. Роквилл (округ Мэриленд): Программа МДИ и МКФ; 2018 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/ATR18/ATR18.R.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
2. Health-related SDGs. In: Viz Hub [website]. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<https://vizhub.healthdata.org/sdg/>, accessed 20 May 2020).
3. Road traffic deaths data by country. In: Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.A997>, accessed 29 May 2020).
4. Tajikistan: WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage, 2018 revision. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/tjk.pdf](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/tjk.pdf), accessed 29 May 2020).
5. Supporting national implementation of International Health Regulations. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/activities/supporting-national-implementation-of-international-health-regulations>, accessed 29 May 2020).
6. Таджикистан // Европейский портал информации здравоохранения [онлайн база данных]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 (<https://gateway.euro.who.int/ru/country-profiles/tajikistan/>, по состоянию на 29 мая 2020 г.).
7. Таджикистан: Страновая гендерная оценка. Манила: Азиатский банк развития; 2016 (<https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/212096/tajikistan-cga-ru.pdf>, по состоянию на 19 мая 2020 г.).
8. Работающие дети в Республике Таджикистан: Результаты обследования детского труда 2012–2013. Женева: Международная организация труда; 2014 ([https://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS\\_IPEC\\_PUB\\_27876/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS_IPEC_PUB_27876/lang--en/index.htm), по состоянию на 19 мая 2020 г.).
9. Доклад о человеческом развитии 2019. За рамками уровня доходов и средних показателей сегодняшнего дня: неравенство в человеческом развитии в XXI веке. Нью-Йорк: Программа развития Организации Объединенных Наций; 2019 ([http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_ru\\_0.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_ru_0.pdf), по состоянию на 23 августа 2020 г.).
10. Number of deaths from natural disasters, 1990 to 2017. Oxford: Our World in Data, Oxford Martin Programme on Global Development; 2020 (<https://ourworldindata.org/grapher/deaths-natural-disasters-ihme?tab=chart&country=TJK>, accessed 19 May 2020).
11. Number of deaths from natural disasters, 1990 to 2017 (annual number of deaths from all forms of natural disaster per 100 000 people). Oxford: Our World in Data, Oxford Martin Programme on Global Development; 2020 (<https://ourworldindata.org/grapher/death-rates-from-disasters?tab=chart&country=TJK>, accessed 19 May 2020).
12. Ortiz-Ospina E, Roser M. Violence against children and children's rights. Oxford: Our World in Data, Oxford Martin Programme on Global Development; 2020 (<https://ourworldindata.org/violence-against-rights-for-children>, accessed 19 May 2020).
13. Victims of human trafficking over 18 years old per 100 000, male vs. female, 2017. Oxford: Our World in Data, Oxford Martin Programme on Global Development; 2020 (<https://ourworldindata.org/grapher/human-trafficking-over-18-by-sex?country=TJK>, accessed 19 May 2020).





Настенная роспись  
© Assia Brandrup-Lukanow

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

**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: [eurocontact@who.int](mailto:eurocontact@who.int)

Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)