

Системы здравоохранения: время перемен

Том 12 № 2 2010

Таджикистан

Обзор системы здравоохранения

Гафур Ходжамуродов • Бернд Речел

Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Ответственными за подготовку настоящего обзора являются Бернд Речел (редактор) и Мартин Мак-Ки (редактор серии)

Редакционная коллегия

Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство

Редакторы

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия

Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Ричард Солтман, Университет Эмори, США

Редакционный коллектив

Сара Аллин, Университет Торонто, Канада

Мэтью Гаскинс, Берлинский технический университет, Германия

Кристина Хернандес Кеведо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Филипа Младовски, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Иваут ван Гиннекен, Берлинский технический университет, Германия

Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения

Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания

Рифат Атун, Глобальный фонд, Швейцария

Йохан Каллторп, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция

Армин Фидлер, Всемирный банк

Коллин Флад, Университет Торонто, Канада

Петер Гаал, Университет Земмельвейса, Венгрия

Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия

Уильям Хсюэ, Гарвардский университет, США

Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания

Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ

Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Республика Корея

Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада

Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия

Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада

Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Ната Менабде, Европейское региональное бюро ВОЗ

Эллен Нолте, Корпорация Rand, Соединенное Королевство

Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия

Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США

Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция

София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия

Питер К. Смит, Королевский колледж, Соединенное Королевство

Уайнанд П. М. М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды

Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

Системы здравоохранения: время перемен

Гафур Ходжамуродов, Государственная служба по контролю
за медицинской деятельностью, Министерство здравоохранения

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения

В сотрудничестве с:

Сантино Северони, офис ВОЗ в Таджикистане

Бенуа Мативе, офис ВОЗ в Таджикистане

Таджикистан:

Обзор системы здравоохранения
2010



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация и управление ТАДЖИКИСТАН

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/en/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района, или их органов власти, или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные

границы, относительно которых полного согласия пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

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

Ссылка на исходный документ:

Khodjamurodov G., Rechel B. Tajikistan: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12 (2): 1–154.

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Список сокращений	ix
Список таблиц и рисунков	xi
Аннотация	xiii
Основные положения	xv
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	4
1.3 Политика	9
1.4 Состояние здоровья населения	13
2. Организационная структура	33
2.1 Обзор системы здравоохранения	33
2.2 Обзор организационной структуры	34
2.3 Децентрализация и централизация	45
2.4 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения	46
3. Финансирование	53
3.1 Расходы на здравоохранение	53
3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание	60
3.3 Сбор и источники финансовых средств	69
3.4 Объединение финансовых средств	78
3.5 Закупка медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками	79
3.6 Механизмы оплаты	81
4. Планирование и регулирование	87
4.1 Регулирование	87
4.2 Планирование и управление медицинской информацией	95

5. Материальные и трудовые ресурсы	101
5.1 Материальные ресурсы	101
5.2 Трудовые ресурсы	105
6. Предоставление медицинских услуг	117
6.1 Общественное здравоохранение	117
6.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения	122
6.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь	122
6.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь	128
6.5 Скорая и неотложная помощь	133
6.6 Фармацевтическая помощь	133
6.7 Долговременная помощь	138
6.8 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными	139
6.9 Паллиативная помощь	139
6.10 Охрана психического здоровья	140
6.11 Стоматологическая помощь	141
6.12 Дополнительная и альтернативная медицина	141
7. Основные реформы в области здравоохранения	143
7.1 Анализ последних реформ	143
7.2 Перспективы развития	153
8. Оценка системы здравоохранения	155
8.1 Задачи системы здравоохранения	155
8.2 Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения	156
8.3 Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения	161
8.4 Экономическая эффективность системы здравоохранения	163
8.5 Качество медицинской помощи	163
8.6 Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения	166
9. Заключение	169
10. Приложения	173
10.1 Библиография	173
10.2 Полезные интернет-ссылки	179
10.3 Основные законодательные акты	180
10.4 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»	186
10.5 Проверка и рецензирование обзоров	189
10.6 Сведения об авторах	189

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те разделы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ.
- помощь другим исследователям и разработчикам в проведении более глубокого сравнительного анализа в сфере управления здравоохранением.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и о результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других источников, которые авторы посчитали релевантными. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: info@obs.euro.who.int

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: www.healthobservatory.eu

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Таджикистану составили Гафур Ходжамуродов (Министерство здравоохранения) и Берндт Речел (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) в сотрудничестве с Сантино Северони и Бенуа Мативе (офис ВОЗ в Таджикистане). Редактором обзора является Берндт Речел. Научным руководителем, ответственным за подготовку обзора от Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, является Мартин Мак-Ки (Лондонская школа гигиены и тропической медицины).

Авторы выражают благодарность за оказанную поддержку Салохиддину Миралиеву (руководитель отдела анализа политики здравоохранения в Министерстве здравоохранения) и Октаму Бобоходжаеву (Министерство здравоохранения). Особая благодарность выражается г-ну министру здравоохранения Республики Таджикистан Нусратулло Файзуллоевичу Салимову за его поддержку и помощь в получении данных и полезные критические комментарии ко всей рукописи.

В проверке и рецензировании обзора приняли участие следующие специалисты, которым Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает большую благодарность за проделанную работу: Рудольф Шоч (Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству), Моузамма Джамалова (Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству), Жоао Коста (Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству), Мариан Шеридан (ЮСЭЙД/ЗдравПлюс), Шейла О'Догерти (ЮСЭЙД/ЗдравПлюс), Пиа Шнейдер (Всемирный банк), Геральд Рокеншауб (ВОЗ), Хильде Круз (ВОЗ), Рожер Артгиртс (ВОЗ), Франческа Рачиоппи (ВОЗ), Урсула Труэбсвассер (ВОЗ), Сайохат Хасанова (ВОЗ) и Динеш Сети (ВОЗ).

Данная серия публикаций «Системы здравоохранения: время перемен» была подготовлена сотрудниками Европейской обсерватории по

системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллектив Обсерватории, работающий над обзорами «Системы здравоохранения: время перемен», возглавляют Джозеп Фигерас – директор, и Элиас Моссиалос – содиректор, а также руководители научных центров Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе.

Производство и редактирование данного обзора координировалось Джонатаном Нортон, при поддержке Джейн Уард (редактор), Пэт Хинсли (наборщик) и Аки Хедиган (корректор). Административными и производственными вопросами по подготовке обзора по Таджикистану занималась Кэролайн Уайт.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений из Европейской базы данных «Здоровье для всех», Организации экономического сотрудничества и развития – за предоставление данных по Западной Европе, а также Всемирному банку – за данные по странам Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных. Данный обзор характеризует ситуацию, сложившуюся в феврале 2010 года.

Список сокращений

ВБ	Всемирный банк
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБАО	Горно-Бадахшанская автономная область
ДОТС	Краткий курс лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением
ЕС	Европейский союз
ЕС-15	Страны, ставшие членами ЕС до мая 2004 г.
ЕС-25	Страны, входящие в Европейский союз после мая 2004 г.
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
ИМТ	Индекс массы тела
МВФ	Международный валютный фонд
НПО	Неправительственная организация
ОБСЕ	Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе
ООН	Организация Объединенных Наций
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦАРК	Центральноазиатские республики (Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан) и Казахстан
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮСЭЙД	Агентство США по международному развитию
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД

Список таблиц и рисунков

Таблицы

Таблица 1.1	Демографические показатели, 1990–2007 гг. (выборочные годы)	3
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1990–2007 гг. (выборочные годы)	7
Таблица 1.3	Показатели смертности и здоровья, 1970, 1980, 1990, 2000 и 2007 гг.	14
Таблица 1.4	Основные причины смерти, стандартизированный по возрасту показатель, на 100 000 населения, 1990–2005 гг. (выборочные годы)	15
Таблица 1.5	Продолжительность жизни, скорректированная с учетом нетрудоспособности (DALE), 1990–2002 гг.	18
Таблица 1.6	Охват вакцинацией против кори, 1990 и 2005 гг.	26
Таблица 1.7	Доступ к безопасной воде, 2000 г.	29
Таблица 1.8	Источники водоснабжения в домохозяйствах по областям, 2003 г.	29
Таблица 3.1	Тенденции в изменении расходов на здравоохранение, 2002–2007 гг.	55
Таблица 3.2	Гарантированный пакет услуг в 2007 г.	66
Таблица 3.3	Число внешних доноров в Таджикистане, 1992–2006 гг.	76
Таблица 3.4	Число внедряемых проектов, 1997–2007 гг. (выборочные годы)	76
Таблица 3.5	Средняя месячная зарплата (в сомони) сотрудников здравоохранения в 2 районах, 2005 г.	84
Таблица 5.1	Численность коек в больницах интенсивной терапии, психиатрических клиниках и в домах медсестринского ухода и ухода за престарелыми, на 100 000 населения, 1990–2006 гг. (выборочные годы)	102
Таблица 5.2	Амбулаторные и стационарные учреждения, 2007 г.	102
Таблица 5.3	Медицинский персонал (физические лица), на 100 000 населения, 1990–2007 гг. (выборочные годы)	105
Таблица 7.1	Показатели и цели Стратегии снижения бедности	146
Таблица 7.2	Цели Стратегического плана по репродуктивному здоровью	151
Таблица 8.1	Распределение заболевших, обратившихся за медицинской помощью в 1999 и 2003 гг., в процентах, по квинтилям потребления домашних хозяйств	159

Рисунки

Рис. 1.1	Карта Таджикистана	2
Рис. 2.1	Организационная схема системы здравоохранения	35
Рис. 2.2	Структура Министерства здравоохранения	38

Рис. 3.1	Схема финансовых потоков	54
Рис. 3.2	Государственные расходы как % всех расходов на здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ, 2005 г., по оценкам ВОЗ	56
Рис. 3.3	Расходы на здравоохранение, доля ВВП (%), Европейский регион, ВОЗ, 2005 г., по оценкам ВОЗ	57
Рис. 3.4	Тенденции в затратах на здравоохранение, доля ВВП (%), в Таджикистане, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1998–2005 гг. (по оценкам ВОЗ)	58
Рис. 3.5	Расходы на здравоохранение в долларах ППС на душу населения в Европейском регионе ВОЗ, 2005 г., по оценкам ВОЗ	59
Рис. 3.6	Регулярные государственные расходы в секторе здравоохранения	60
Рис. 3.7	Процент общих расходов на здравоохранение, в соответствии с источником доходов, 1999 и 2003 гг.	70
Рис. 3.8	Общий объем двусторонней помощи Таджикистану, все сектора 1992–2008 гг. (в млн долл. США)	75
Рис. 3.9	Доля грантов и займов в секторе здравоохранения Таджикистана, 2003–2006 гг.	75
Рис. 3.10	Бюджет на душу населения, учреждения первичной медицинской помощи, пилотные районы (в сомони)	82
Рис. 5.1	Количество коек в больницах интенсивной терапии, на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.	103
Рис. 5.2	Количество врачей (физических лиц), на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.	105
Рис. 5.3	Количество медсестер (физических лиц), на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.	106
Рис. 5.4	Количество врачей и медсестер (физических лиц) на 1000 населения, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. (или самый последний год).	107
Рис. 5.5	Количество стоматологов на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.	108
Рис. 5.6	Плотность распределения работников здравоохранения на 1000 населения, по регионам, 2004 г.	109
Рис. 5.7	Количество фармацевтов на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.	116
Рис. 6.1	Типичный маршрут пациентов	123
Рис. 6.2	Амбулаторные обращения на душу населения в год, европейский регион ВОЗ, 2008 г. (или самый последний год)	127
Рис. 8.1	Оценка опыта 15 месяцев сооплаты пациентами в пилотных районах: где пациенты предпочитают платить?	162
Рис. 8.2	Оценка опыта 15 месяцев сооплаты пациентами в пилотных районах: видят ли пациенты изменения в качестве оказанной медицинской помощи?	166

Аннотация

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роль основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процессы подготовки и реализации реформ здравоохранения и содержание этих реформ, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

Таджикистан проходит ряд комплексных изменений, связанных с переходом от системы здравоохранения, унаследованной от советского периода к новым формам управления, финансирования и предоставления услуг. Вслед за обретением независимости и в результате гражданской войны финансирование здравоохранения прекратилось. Основным источником доходов стали неформальные платежи, что привело к особенно серьезным последствиям для бедных. С целью создания условий для гарантированного равного доступа к здравоохранению и для формализации оплаты медицинских услуг за счет пациентов Министерством здравоохранения была разработана программа, которая включает основной страховой пакет для нуждающихся слоев населения и официальные совыплаты, взимаемые с других слоев населения.

Одной из основных сложностей в будущем станет переориентация системы здравоохранения на первичную медицинскую помощь и общественное здравоохранение, а не на стационарное лечение вторичного и третичного уровня оказания медицинской помощи. Пилотные проекты по реформированию служб первичной медицинской помощи, включаю-

щие подушевое финансирование, осуществляются в трех областях страны. Отмечается географический дисбаланс в распределении ресурсов и финансировании здравоохранения: предпочтение отдается столичным и региональным центрам, а не сельской местности. Также отмечается значительное неравенство в расходах на здравоохранение в регионах. Другой причиной для беспокойства является качество медицинских услуг, на которое влияют недостаточное инвестирование в медицинские учреждения и медицинские технологии, недостаточное снабжение фармацевтическими препаратами, низкая квалификация сотрудников здравоохранения, отсутствие медицинских протоколов и систем по улучшению качества.

Основные положения

Введение

Таджикистан – одна из беднейших бывших советских республик. Он провозгласил независимость 9 сентября 1991 г. и до сих пор не оправился от гражданской войны 1990-х. В 2007 г. 74% его 6,7-миллионного населения проживало в сельской местности. Население Таджикистана очень молодое. В 2007 г. 38% населения составляли лица, не достигшие 15 лет. Внешняя миграция значительна: предположительно 2 млн таджикских граждан на данный момент работают за рубежом, в основном в Российской Федерации.

Несмотря на то что Таджикистан всегда был одной из беднейших республик Советского Союза, страна значительно пострадала от экономического спада и ухудшения социальной инфраструктуры после распада Советского Союза, за которым последовала гражданская война, длившаяся несколько лет. Таджикистан – одна из немногих стран, которые быстро перешли от гражданской войны к внутренней стабильности и экономическому росту. Так же как и в советский период, производство хлопка и алюминия остается доминирующими отраслями таджикской экономики. Уровень бедности остается высоким.

Население Таджикистана страдает от двойного бремени большого количества инфекционных и неинфекционных заболеваний. Уровни детской и материнской смертности – среди самых высоких в странах Европейского региона ВОЗ, недостаточное питание остается основной проблемой общественного здравоохранения. На поздних стадиях реформы здравоохранения правительство одобрило многие политические документы в контексте уменьшения бедности и с целью достижения целей развития тысячелетия.

Организационная структура

Система здравоохранения Таджикистана появилась на основе советской модели здравоохранения и с очень небольшими структурными изменениями сохранилась и по сию пору. Министерство здравоохранения несет ответственность за национальную политику здравоохранения, но не контролирует общего бюджета здравоохранения и непосредственно управляет только учреждениями здравоохранения на национальном уровне (что составляет большинство учреждений). Местные власти несут ответственность за большую часть социальных услуг, включая здравоохранение и образование. Областные управления здравоохранения (Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО), Хатлон и Сугд) несут ответственность за предоставление услуг по оказанию медицинской помощи в областных медицинских учреждениях совместно с местными органами государственной власти (хукуматами) городов и районов, а также за деятельность городских и районных медицинских учреждений в пределах соответствующей области. Хотя профессиональные ассоциации не играют важной роли в принятии политических решений, врачи все же оказывают влияние на формирование национальной политики здравоохранения другими, неформальными путями. Несмотря на растущую численность, количество частных медицинских провайдеров до сих пор небольшое.

Финансирование

В настоящее время государство остается основным общественным органом, финансирующим и предоставляющим услуги по оказанию медицинской помощи в Таджикистане. Однако частные платежи за счет пациентов предположительно превышают общественные источники доходов, составляя приблизительно 76,2% общих расходов на здравоохранение в 2007 г. Это один из самых высоких показателей в Европейском регионе ВОЗ. В 2008 г. общественный бюджет в секторе здравоохранения составлял всего лишь 10,6 долл. США на душу населения. Внешние источники финансирования добавили около 10% к общему бюджету в 2007 г.

Распределение средств на здравоохранение традиционно пристрастно и отдает преимущество больничным службам. Реформа финансирования системы здравоохранения началась в 2005 г. Реформа фокусируется на диверсификации источников финансирования, например через внедрение формальных доплат, определение гарантированного пакета

медицинских услуг, чтобы совместить обязательства по бесплатному здравоохранению с имеющимися ресурсами, а также внедрение формирования бюджета на основе количества населения и видов услуг. Первый базовый гарантированный пакет медицинских услуг был внедрен в 2005 г., но по истечении двух месяцев был приостановлен. В 2007 г. новый базовый гарантированный пакет был внедрен в четырех пилотных районах и в дальнейшем распространен на восемь районов. В 2009 г. средняя месячная зарплата работников здравоохранения составляла 38 долл. США, для сравнения – средняя заработная плата в стране составляла 65 долл. США.

Планирование и регулирование

С момента провозглашения Таджикистаном независимости в 1991 г. таджикское правительство взяло на себя ответственность за разработку и внедрение национальной политики здравоохранения. Несмотря на то что была разрешена частная медицинская практика, рост частного сектора происходит довольно медленно и в основном ограничивается аптеками, стоматологией и рядом небольших диагностических учреждений. В то время как государство остается основным поставщиком медицинских услуг, большая часть расходов покрывается за счет оплаты за личный счет граждан.

Система здравоохранения Таджикистана имеет управленческую структуру, ориентированную на больничную помощь, и центральное управление большинством медицинских служб находится в больницах. Тем не менее в пилотных районах правительство передало административные функции поставщикам первичной медицинской помощи и учредило новые каналы финансирования.

Планирование здравоохранения в Таджикистане все еще ориентировано на бюджетный процес. Процесс формирования бюджета в Таджикистане продолжает следовать механизмам, унаследованным от советского периода, где особое значение придается общим и кадровым ресурсам, а не качеству и результатам деятельности.

Материальные и трудовые ресурсы

Таджикистан унаследовал систему здравоохранения бывшего Советского Союза, которая является всесторонней, но неэффективной. Она высо-

коспециализирована, особое значение придается лечению и стационарному уходу, в то время как первичной помощи до недавних пор не было уделено должного внимания. Существует серьезный дисбаланс в распределении учреждений здравоохранения и ассигновании бюджетных средств на первичное звено и стационарное лечение, когда большая часть финансирования выделяется на вторичный уровень медицинской помощи, в то время как предоставляемые там услуги дорогостоящи и не доступны бедным. Показатель обеспеченности койками интенсивной терапии сократился с момента провозглашения независимости, но все еще остается выше уровня Западной Европы. Большая часть медицинских учреждений в Таджикистане была построена в 1940–1980-х гг., и их состояние резко ухудшилось с момента провозглашения страной независимости, ввиду практически полного отсутствия инвестирования в ремонтные работы или покупку нового оборудования.

В Таджикистане насчитывается меньше работников здравоохранения на душу населения, чем в других странах Центральной Азии. Врачи в основном имеют узкую специализацию, но все больше и больше врачей проходят переподготовку по семейной медицине. Существует намерение улучшить и расширить подготовку медсестер. Отмечается серьезная утечка кадров, многие работники здравоохранения уезжают за границу. Распределение кадров не равномерное, как с точки зрения функциональности, так и географически. Большая часть врачей работают в столице – Душанбе, в то время как наименьшая плотность медицинских работников всех категорий (за исключением фельдшеров) в Хатлонской области и районах республиканского подчинения.

Предоставление медицинских услуг

В Таджикистане начата реструктуризация предоставления первичной медицинской помощи. Концепция реформы здравоохранения 2002 г. предусматривает новую структуру первичной медицинской помощи, ориентированной на трансформацию последней из многослойной системы в сельской местности в двухуровневую систему. Предусматривается, что дома здоровья будут выполнять функции оказания первой помощи в сельской местности. Они подчиняются сельским центрам здоровья, вторичному уровню системы здравоохранения. В сельских центрах (ранее известных как сельские врачебные клиники или сельские больницы) в дополнение к среднему и младшему медицинскому персоналу работают и

врачи. В городских районах поликлиники должны оставаться местом первичного медицинского контакта.

Наряду с большинством стран бывшего СССР, Таджикистан унаследовал экстенсивную систему, ориентированную на оказание больничной помощи, функционирование которой становится все сложнее поддерживать. Финансирование больничных услуг на основании количества коек привело к созданию излишнего коечного потенциала. С момента получения независимости система сохранилась практически без изменений, имели место лишь незначительная модернизация или капиталовложения и некоторые организационные перестановки. В 2007 г. в Таджикистане все еще насчитывалось 426 больниц, 153 из которых относились к сельским больницам, зачастую расположенных в отдаленных горных районах и функционирующих только в летние месяцы года.

Основные реформы в секторе здравоохранения

Реформа здравоохранения в Таджикистане отстает от схожих реформ в других странах Центральной Азии. Страна приняла комплексную программу реформирования, направленную на усиление системы первичной медицинской помощи, реформирование системы финансирования здравоохранения, развитие кадрового потенциала, рациональное использование больничного сектора, улучшение качества предоставляемых услуг, укрепление потенциала управления и принятие принципа личностной ответственности за здоровье. Для достижения вышеуказанных целей необходимы значительные финансовые, структурные и институциональные изменения.

Внедрение пакета госгарантий и сооплаты со стороны населения указывает на переход с системы финансирования, основанной на затратных методах, к финансовому механизму, основанному на принципе капитации и на оплате за пролеченный случай. В трех областях страны проходят пилотные проекты по реформированию системы первичной медицинской помощи, включающие компонент финансирования на душу населения.

Оценка системы здравоохранения

В системе здравоохранения Таджикистана отмечаются серьезные неравенства в отношении как финансирования, так и распределения услуг и

ресурсов. Стоимость услуг здравоохранения накладывает значительные экономические издержки на население, а бедность остается серьезным барьером в доступе к услугам здравоохранения. Физические барьеры играют важную роль в обеспечении доступности медицинских услуг в отдаленных горных районах, где плохие дороги, недостаточно транспортных средств и многие поселения в зимнее время отрезаны от остального мира в течение нескольких месяцев.

Существует серьезный дисбаланс в распределении материальной базы и бюджетных средств между медицинскими службами первичного уровня здравоохранения и больничными службами, в результате чего большая часть финансирования все еще поступает в больницы. Реализация планов по увеличению бюджетных ассигнований в секторе первичной медицинской помощи все еще остается делом будущего. Качество услуг – также одна из причин для беспокойства, ввиду отсутствия инвестирования в медицинские учреждения и технологии, недостаточной поставки фармацевтических средств, плохо обученного медицинского персонала и отсутствия медицинских протоколов и систем улучшения качества.

1. Введение

1.1 География и социодемография

Таджикистан – беднейшая из бывших советских республик. Таджикистан провозгласил независимость 9 сентября 1991 г. и до сих пор не оправился от последствий гражданского конфликта 1990-х. Эта внутриконтинентальная страна граничит с Узбекистаном на западе, Кыргызстаном на севере, Китаем на востоке и Афганистаном на юге (рис. 1.1). Большая часть территории Таджикистана (143 100 км²), покрыта горами, с высокими горными хребтами Памира, расположенными на юге, и долинами на западе. Большая часть населения живет в долинах на севере и юго-западе. В зимний период дороги часто непроходимы, и добраться до некоторых районов можно только через Узбекистан и Кыргызстан. Климат значительно меняется в зависимости от высоты над уровнем моря, отличается очень жарким летом в долинах, в то время как зимой температура в городах горной местности падает ниже нуля. Развитие страны после провозглашения независимости было заторможено гражданской войной, сбоями в международной торговле, а также расположением в политически нестабильном регионе.

В 2007 г. около 74% из 6,7-миллионного населения страны проживало в сельской местности (табл. 1.1). В отличие от тенденций, наблюдаемых в большинстве других стран, в период между 1990 и 2007 гг. увеличилась доля сельского населения. В 2007 г. плотность населения Таджикистана составляла 48,2 человека на квадратный километр (табл. 1.1), однако ввиду того, что большая часть территории страны покрыта горами и не орошается, плотность населения Таджикистана на квадратный километр орошаемых земель составляет 488 человек на квадратный километр. Это один из самых высоких показателей плотности населения в мире (EIU 2006). В 2007 г. население столицы, Душанбе (с 1929 по 1961 г. – Сталинабад), составляло 760 000 человек.

Рис. 1.1

Карта Таджикистана



Map No. 3765 Rev. 11 UNITED NATIONS
October 2009
Russian Translation 2011 (Non-official)

Department of Field Support
Cartographic Section

Источник: United Nations, 2009.

Население Таджикистана очень молодое. В 2007 г. 38% населения составляли лица, не достигшие 15 лет, этот показатель снизился по сравнению с 43,2% в 1990 г. (World Bank, 2009a). Показатель плодovitости, несмотря на спад с 5,1 в 1990 г. до 3,3 в 2007 г., остается высоким, показатель ежегодного прироста населения в 2007 г. составлял 1,5% (World Bank, 2009a). Средний возраст вступления женщины в первый брак увеличился с 21,5 в 1989 г. до 23 лет в 2005 г. (UNICEF, 2007a).

Система образования, финансируемая государством, ухудшилась в результате значительного уменьшения имеющихся ресурсов и гражданской войны, в ходе которой была разрушена пятая часть всех школ Таджикистана (UNICEF, 2007b). В первые годы росле распада Советского Союза снизился доступ к образованию. В 2002 г. охват средним образованием подростков 15–18 лет сократился до 45,4%, однако в 2007 г. он увеличился до 57,6% (UNICEF, 2009). Охват высшим образованием лиц возрастной группы 19–24 года увеличился с 11,5% в 1990 г. до 15,3% в 2005 г. (UNICEF, 2007a). В наиболее затронутых безработицей сельских

Таблица 1.1

Демографические показатели, 1990–2007 гг. (выборочные годы)

	1990	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Общая численность населения (млн)	5,3	6,3	6,4	6,5	6,6	6,6	6,7
Население в возрасте 0–14 лет (% общей численности)	43,2	41,3	40,7	40,0	39,4	38,7	38,0
Население в возрасте 65 лет и старше (% общей численности)	3,8	3,6	3,7	3,8	3,9	3,9	3,8
Рост населения (ежегодно %)	2,5	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5
Плотность населения (человек на кв. км)	37,9	45,1	45,7	46,2	46,8	47,4	48,2
Показатель общей плодовитости (среднее число детей на 1 женщину)	5,1	3,8	–	–	3,5	3,4	3,3
Общий показатель рождаемости (на 1000 человек)	38,4	29,4	–	–	28,1	27,7	27,3
Общий показатель смертности (на 1000 человек)	8,1	6,6	–	–	6,5	6,5	6,4
Показатель демографической нагрузки (отношение количества материально зависимых лиц к численности работоспособного населения)	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
Сельское население (% от общего)	68,5	73,5	73,6	73,6	73,6	73,6	73,6
Охват образованием в старших классах (% населения в возрасте от 15–18) ^а		45,4	48,9	53,1	53,8	53,4	57,6

Источник: World Bank, 2009а.

Примечание: ^а UNICEF, 2009.

районах, среди молодежи она составляет приблизительно более 60% (EIU, 2006).

Этнический состав населения также претерпел изменения после провозглашения независимости. В ходе гражданской войны многие покинули страну, и процент русского населения, который составлял 8%, значительно сократился. Однако население остается этнически разнообразным, в Таджикистане говорят на разных языках и диалектах. В соответствии с переписью населения 2000 г. население Таджикистана составляют следующие этнические группы: таджики – 79,9%; узбеки – 15,3%; русские – 1,1%; кыргызы – 1,1%; другие – 2,6%.

Высок уровень внешней миграции. Считается, что приблизительно до 2 млн граждан Таджикистана в настоящее время работают за границей, в основном в Российской Федерации. Согласно подсчетам Международного валютного фонда (МВФ), ежегодный доход Таджикистана от денежных переводов составляет от 400 млн до 1 млрд долл. США. Положение мигрантов в Российской Федерации, однако, становится все более неустойчивым, так как большая часть работает без требуемых разрешений на жительство и работу, а правительство Российской Федерации приняло более суровую позицию в этой связи: в 2004–2006 гг. около 50 000 мигрантов были депортированы в Таджикистан, а в январе

2007 г. Российская Федерация отказала в просьбе Таджикистана амнистировать этих рабочих (EIU, 2007).

В соответствии с Конституцией 1994 г. официальным языком Таджикистана является таджикский, а русский (общепринятый язык в Советском Союзе) – языком межнационального общения и диалога (Republic of Tajikistan, 1994; EIU, 2006). Таджикский язык наиболее распространен. В отличие от этнических доминирующих групп других четырех центральноазиатских республик, таджикский язык и культура основаны более на иранских, нежели тюркских корнях, а сам таджикский язык принадлежит к персидской, или фарси, языковой группе. В первые годы после провозглашения независимости русский язык оставался основным языком делопроизводства, однако сейчас он во многих отношениях замещается таджикским языком, но русский язык все еще используется, особенно в городской местности. Узбекский язык является основным примерно для 25% населения. Другие языки, на которых разговаривают соответствующие национальные меньшинства: кыргызский, татарский, туркменский, уйгурский и корейский. Таджикский язык – основной язык, на котором ведется обучение, однако также существуют русские и узбекские школы (EIU, 2006).

Основной религией страны является ислам, который исповедуют около 90% населения, большая часть которого сунниты, однако некоторые памирские таджики относятся к шиитской ветви ислама и являются последователями Ага Хана.

1.2 Экономика

Хотя Таджикистан всегда был одной из самых бедных стран бывшего СССР, после его распада, за которым последовала длительная гражданская война, страна пережила особенно сильный экономический спад и коллапс социальной инфраструктуры. В 1996 г. внутренний валовой продукт (ВВП) составлял всего 34% уровня 1991 г. В 2007 г., Таджикистан оставался самой бедной из бывших советских республик и одной из 20 беднейших стран мира (European Union, 2007).

Еще во время существования Советского Союза ВВП Таджикистана на душу населения был одним из самых низких среди показателей в странах бывшего СССР. По этой причине, до распада Советского Союза, Таджикистан получал самые высокие отчисления из федерального бюджета – до 47% общего государственного дохода республики

(EIU, 2006). Показатели бедности в Таджикистане также были самыми высокими среди всех советских республик в 1989 г., когда 51,2% населения зарабатывали менее 75 рублей в месяц (Pomfret, 2002).

В рамках советского разделения труда между республиками Таджикистан являлся экспортером хлопка-сырца и алюминия и импортером пищевой продукции. Бюджетные переводы и субсидированный импорт прекратились с распадом Советского Союза в 1991 г. Наряду с последствиями гражданской войны эти перемены оказали разрушительное влияние на и без того слабую экономику Таджикистана. С 1991 по 1996 г. сокращение ВВП составляло в среднем 17% в год (EIU, 2006). Общий объем промышленной продукции снизился примерно на 70 % в период с 1990 по 1997 г. (EIU, 2006).

Таджикистан является одной из немногих стран, которые быстро перешли от гражданской войны к внутренней стабильности и экономическому росту (World Bank, 2006). По мере укрепления политической стабильности, с прекращением огня в 1994 г. и заключением мирного соглашения в 1997 г., экономика страны показала значительные признаки восстановления, ежегодный рост ВВП составил 7,5–10,6% в период с 1999 по 2005 г., хотя уровень ВВП все также оставался низким по сравнению с уровнем 1991 г. (табл. 1.2). В этот период инфляция была взята под контроль, обменный курс стабилизировался, объем внешнего долга уменьшился вдвое (World Bank, 2006).

Таджикистан – страна, богатая природными ресурсами, залежами минералов, золота и рубинов, страна также обладает серьезным гидроэнергетическим потенциалом благодаря густой сети рек (EIU, 2006; World Bank, 2006). Но, в отличие от других стран Центральной Азии, в Таджикистане нет таких природных ресурсов, как нефть и газ (European Union, 2007), хотя в 2008 г. в Таджикистане были обнаружены некоторые запасы газа. Так же как и в советский период, хлопковая и алюминиевая промышленность занимали доминирующую позицию в экономике Таджикистана, составляя 80% общей экспортной прибыли в 2004 г., однако с тех пор отмечается снижение этого вклада (World Bank, 2006). До провозглашения независимости в Таджикистане собиралось около 11% общего урожая хлопка в Советском Союзе (EIU, 2006). После провозглашения независимости, однако, производство хлопка снизилось и составляет менее $\frac{2}{3}$ от производства в советский период (EIU, 2006). Несмотря на то что производство хлопка ассоциируется с такими проблемами, как детский труд или неоплачиваемый труд женщин (European Union, 2007), оно остается основным источни-

ком доходов фермеров, основным сельскохозяйственным экспортируемым продуктом и источником занятости сельского населения (EIU, 2007). Однако прибыльность снизилась, и в секторе хлопководства накопился значительный долг. В соответствии с данными Продовольственной и сельскохозяйственной организации Организации Объединенных Наций производство другой сельскохозяйственной продукции, например продуктов питания, могло бы принести стране большую экономическую выгоду (EIU, 2007). Около 60% населения занято в сельском хозяйстве (World Bank, 2006).

Алюминий в Таджикистане является основным источником экспортного дохода. Во время гражданской войны его производство резко снизилось, однако впоследствии начало восстанавливаться, несмотря на то что уровни производства советского периода еще не достигнуты (EIU, 2006) и рыночная цена на алюминий сильно упала во время текущего всемирного экономического кризиса. Несмотря на огромный потенциал в производстве электричества, Таджикистан столкнулся с проблемами бесперебойной подачи электричества в стране. В 2007 г. периодические отключения электроэнергии продолжались практически по всей стране (EIU, 2007). Правительство осуществляет основные гидроэнергетические проекты, крупнейшими из которых являются новая дамба и гидроэнергетический завод в Рогуне – проект, который оставался незаконченным с советского периода (EIU, 2006).

Переводы денег родственниками, работающими за границей, являются важным источником дохода. Полагают, что в среднем по меньшей мере один член каждой семьи работает за границей. В 2007 г. переводы денег предположительно составляли 45,5% ВВП (International Organization for Migration, 2009).

Несмотря на впечатляющий рост ВВП в ходе последних лет, Таджикистан остается одной из самых бедных стран мира (World Bank, 2007). Помимо этого, отмечается значительное неравенство в доходах, квинтиль населения с самыми высокими доходами получает 45% всех доходов, а квинтиль населения с самыми низкими доходами – только 7% (World Bank, 2007). В соответствии с данными Государственного комитета по статистике, доля населения, живущего за национальной чертой бедности, снизилась с 83% в 1999 г. до 53% в 2008 г. Часть населения, живущего на 2,15 долл. США в день (в ППС), сократилась с 64% в 2003 г. до 41% в 2007 г. (World Bank, 2009b) (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Макроэкономические показатели, 1990–2007 гг. (выборочные годы)

	1990	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ВВП (в долл. США по курсу на текущий год, млрд)	2,6	1,2	1,6	2,1	2,3	2,8	3,7
ВВП по ППС (в международных долларах по курсу года, в млрд долл. США)	11,7	6,9	7,7	8,8	9,7	10,7	11,8
ВВП на душу населения, ППС (постоянный курс 2005 г., международный доллар)	3066	1178	1284	1403	1478	1560	1657
ВВП на душу населения, ППС (по курсу года, международный доллар)	2212	1086	1209	1358	1478	1608	1753
Рост ВВП (ежегодный %)	-0,6	9,1	10,2	10,6	6,7	7,0	7,8
Коэффициент Джини	-	-	32,6	33,6	-	-	-
Краткосрочные долги (% общего внешнего долга)	-	5,2	7,0	8,0	7,9	9,2	6,2
Добавленная стоимость на промышленность (% ВВП)	37,6	39,4	37,4	31,8	31,3	27,4	27,5
Добавленная стоимость на сельское хозяйство (% ВВП)	33,3	24,7	27,1	21,6	24,0	24,8	21,4
Добавленная стоимость на услуги (% ВВП)	29,1	35,9	35,5	46,6	44,8	47,8	51,0
Текущий платежный баланс (% ВВП)		-1,2	-0,3	-2,7	-0,8	-0,8	-13,3
Рабочая сила (всего, в млн)	2,4	2,0	2,1	2,2	2,3	2,3	2,6
Официальный обменный курс (местная валюта за доллар США, среднее за период)		2,8	3,1	3,0	3,1	3,3	3,4
Реальная процентная ставка	-	-5,4	-8,9	2,7	12,6	3,4	-3,9
Показатель бедности: число людей, живущих на 2,15 долл. США в день (ППС) (% населения)	-	-	64,0	-	-	-	41,0
Индекс Развития ПРООН ^а	0,66	0,67	0,65	0,65	0,67	-	-

Источник: World Bank, 2009a; ^а World Bank, 2009b; ^б WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010¹.

Резкий экономический спад и нарушение работы государственных организаций привели к спаду в налоговых сборах, которые составляли между 1996 и 2000 гг. от 13 до 14% ВВП. Низкий уровень государственных доходов, выраженный в процентном отношении к ВВП, указывает на то, что система сбора налогов в Таджикистане остается слабой, а также на то, что большая часть экономической деятельности проходит за пределами официальной экономики страны. По некоторым оценкам, неофициальная экономика в Таджикистане может быть в несколько раз больше, чем официальная.

Дефицит бюджета сохранялся на протяжении всех 1990-х гг., что привело к необходимости снизить государственные расходы. В 2002 г. Таджикистан приступил к выполнению программы по экономической стабилизации, осуществлявшейся при поддержке механизма сокраще-

¹ Международный доллар – гипотетическая валютная единица, имеющая такую же покупательную способность, как и доллар США в Соединенных Штатах Америки в определенный момент времени. – Прим. ред.

ния бедности и содействия экономическому росту Международного валютного фонда (МВФ). С этого момента строгая валютная и финансовая политика внесла вклад в увеличение экономического роста и снижение государственного дефицита. Налоговые сборы увеличились, как процент ВВП, отражая тенденцию к устойчивому экономическому росту, а также улучшения в таможенном и налоговом администрировании. Общие государственные расходы контролировались и не были увеличены, а любые дополнительные доходы использовались для снижения бюджетного дефицита.

Несмотря на то что общий объем государственных расходов контролировался и не был увеличен, в соответствии с программой экономической реструктуризации центральная часть рекомендаций МВФ относительно финансовой политики в рамках механизма сокращения бедности и содействия экономическому росту МВФ состояла в постепенном увеличении расходов социального сектора в процентах от ВВП. Правительство признает необходимость увеличить расходы на социальный сектор в рамках стратегии снижения бедности и подтвердило готовность увеличить социальные расходы (включая расходы на здравоохранение и образование) пропорционально полученным доходам.

Выполнение кредитно-денежной политики признано менее эффективным в сравнении с реформами финансовой политики, предпринятыми в рамках программы по экономической стабилизации Таджикистана. Первым шагом по направлению к реформированию денежной политики была перемена национальной валюты 30 октября 2000 г., когда таджикский рубль (введенный в мае 1995 г.) был заменен новой валютой – сомони. Однако правительство продолжает корректировать деятельность рынка обмена валюты, сглаживая результаты реформирования монетарной политики.

Наряду с другими странами Центральной Азии, основные проблемы Таджикистана связаны с неадекватным управлением и коррупцией (EIU, 2006). В 2007 г. Таджикистан занял 150-е место среди 157 стран по показателю коррумпированности «Transparency International» (European Union, 2007). В январе 2007 г. президент Эмомали Рахмон сформировал новое агентство по борьбе с коррупцией.

Глобальный экономический кризис накладывает значительное бремя на Таджикистан. Многие рабочие-мигранты потеряли работу в строительном секторе Российской Федерации, что привело к снижению объема денежных переводов и к возвращению мигрантов в Таджикистан. Государственные доходы страдают от падения цен на алюминий,

и, хотя расходы на социальные нужды были ограждены от падения, предполагаемое увеличение социальных расходов становится сложно выполнимой задачей, в то время как уровень связанных с бедностью заболеваний может вырасти.

1.3 Политика

В результате регионального и идеологического раскола в 1992 г. началась гражданская война, которая продолжалась до 1997 г., когда было подписано мирное соглашение. На одной стороне конфликта был альянс, известный как Народный фронт, который включал в себя последователей коммунистической партии и в основном заручился поддержкой в Сугде на севере и в Кулябе на юге. Другую сторону возглавила Объединенная таджикская оппозиция, которая объединяла исламистов и светских политиков и в основном заручилась поддержкой в южных и восточных регионах (EIU, 2006). В 1994 г. обе стороны договорились о прекращении огня. Переговоры, которые проходили под эгидой Организации Объединенных Наций, отличались сложностью и длительностью и проходили в течение трех лет. Россия и Иран, среди прочих, принимали участие в качестве стран-поручительниц. Мирное соглашение, Общее соглашение о мире и национальном соглашении, было наконец подписано в Москве 27 июня 1997 г. Мирное соглашение предусматривало коалиционное правительство, где Объединенная таджикская оппозиция, в которой доминирующей партией являлась Партия исламского возрождения, получила 30% мест. Соглашение также предусматривало возвращение всех беженцев, демобилизацию групп боевиков и проведение национальных выборов (EIU, 2006).

Гражданская война была одним из самых жестоких внутренних конфликтов в бывшем Советском Союзе. По приблизительным подсчетам, около 50 000–100 000 людей погибли, а около 1 млн были вынуждены покинуть дома и стать внутреннеперемещенными лицами или беженцами (EIU, 2006). Страна также понесла значительный физический ущерб, равный, по приблизительным подсчетам, 7 млрд долл. США (World Bank, 2006). Из 70 000 уехавших в Афганистан в ходе гражданской войны почти все вернулись в Таджикистан. Сотни тысяч беженцев искали приют в других станах Содружества Независимых Государств (СНГ), в основном в Российской Федерации (EIU, 2006).

После проведения национального референдума, 6 ноября 1994 г. в силу вступила новая Конституция, которая заменила Конституцию 1978 г. Конституция определяет Таджикистан как президентскую республику. В ходе национального референдума 1999 г. был одобрен ряд конституционных поправок, которые включали в себя введение двухпалатной парламентской системы и закон о политических партиях, основанных на религиозной идеологии. Последняя поправка позволила Партии исламского возрождения (основная политическая группировка Объединенной таджикской оппозиции) принимать участие в президентских и парламентских выборах. В момент составления настоящего документа Партия исламского возрождения являлась единственной узаконенной исламской партией во всей Центральной Азии. Двухпалатный законодательный орган Таджикистана состоит из нижней палаты – Маджлиси Намояндагон (палата представителей), которая работает на постоянной и профессиональной основе, и верхней палаты – Маджлиси Милли (национальная палата), которая встречается по крайней мере два раза в году.

Первые выборы в палату представителей и в местные советы были проведены 26 февраля 2000 г. Выборы в верхнюю палату парламента проводились месяц спустя, 23 марта 2000 г. Новые выборы в Маджлиси Намояндагон проводились 27 февраля 2005 г. Палата состоит из 63 членов; 22 выбираются через систему пропорционального представительства на основе партийного списка по единому национальному избирательному округу, а 41 выбираются по одномандатному избирательному округу в соответствии с мажоритарной избирательной системой. Партии должны пройти 5%-ный порог, чтобы выиграть места в списках избираемых партий. По одномандатным округам кандидаты должны получить абсолютное большинство голосов, чтобы быть избранными, иначе проводится второй раунд голосования между двумя ведущими кандидатами спустя две недели после проведения первого раунда выборов. По всем выборам количество избирателей должно составлять по меньшей мере 50%, чтобы результаты выборов считались действительными. В Маджлиси Милли входят 34 члена, которые выбираются непрямым голосованием, 26 выбираются местными депутатами, а восемь назначаются непосредственно президентом.

В выборах 2005 г. приняли участие шесть политических партий: правящая Народно-демократическая партия, коммунистическая партия, Партия исламского возрождения, социалистическая партия, демократическая партия и Социально-демократическая партия. Некоторые партии

не были зарегистрированы правительством, поэтому не принимали участия в выборах, что указывает на то, что возможности политических партий в некоторой степени ограничены. Положительной стороной явилось то, что 1 февраля 2005 г. все шесть зарегистрированных партий подписали правила проведения избирательной кампании. На 63 имеющихся места было зарегистрировано около 230 кандидатов, включая некоторых самопровозглашенных кандидатов, не связанных с политическими партиями. Количество кандидатов и партий указывает на политический плюрализм. В ходе выборов 2005 г., которые Организация по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) признала как не соответствующие международным стандартам, правящая Народно-демократическая партия, возглавляемая президентом Эмомали Рахмоном, и ее независимые союзники выиграли все, за исключением шести мест, в Маджлиси Намояндагон (нижняя палата парламента). Партия исламского возрождения выиграла два места в Маджлиси Намояндагон.

В ходе первых прямых президентских выборов, проведенных в ноябре 1991 г., после провозглашения страной независимости в сентябре 1991 г., и не соответствовавших демократическим стандартам, бывший глава коммунистической партии Рахмон Набиев стал первым президентом независимого Таджикистана. Кабинет президента был упразднен в ноябре 1992 г., однако затем де-факто восстановлен в 1994 г. перед проведением конституционного референдума, который юридически одобрил его. В промежутке председатель Верховного Совета Эмомали Рахмон (ранее Рахмонов) был номинальным главой государства. В ходе президентских выборов в ноябре 1994 г. Э. Рахмон был избран президентом. На основании поправок к Конституции, принятых в результате референдума в сентябре 1999 г., срок президентства был продлен с пяти до семи лет. Новый референдум 2003 г. позволил президенту выставлять свою кандидатуру на два последующих семилетних срока. В ходе президентских выборов в ноябре 2006 г. Э. Рахмон был переизбран на третий срок, набрав 79,3% голосов, при общем участии в выборах 90%. ОБСЕ отметила улучшения по сравнению с президентскими выборами 1999 г., но все еще обнаружила, что выборы 2006 г. не соответствовали демократическим стандартам (EIU, 2007).

Центральное правительство включает в себя администрацию президента, министерства, госкомитеты и агентства. Совет Министров несет ответственность за управление деятельностью правительства в соответствии с законами и указами Верховной ассамблеи и указами президента. Президент назначает премьер-министра и других членов Совета,

заручившись номинальным одобрением Верховной ассамблеи. Как в других странах Центральной Азии, политическая власть и принятие решения централизованы на уровне президента.

Конституцией предусмотрена независимая судебная власть, которая включает на национальном уровне Верховный суд, Конституционный суд, Высший экономический суд и Военный суд. В Горно-Бадахшанской автономной области (ГБАО) есть региональный суд, а суды подчиненной инстанции существуют по всей стране на региональном, районном и муниципальном уровнях. Судьи назначаются сроком на пять лет. Они формально подчиняются только Конституции и находятся вне сферы влияния избранных должностных лиц. Однако президент сохраняет полномочия увольнять судей, и на практике, после принятия Конституции 1994 г., в Таджикистане все еще не было независимой судебной власти. В июне 1993 г. Верховный суд, действуя от имени правительства Рахмона, запретил все четыре оппозиционные партии и все организации, связанные с коалиционным правительством 1992 г. Запрет был основан на обвинении в соучастии в попытке насильственного свержения правительства.

Так же как и при советской власти, Генеральная прокуратура в Таджикистане обладает полномочиями как для проведения расследования, так и для судебного преследования преступлений в пределах широкого конституционного мандата, который предусматривает соблюдение законов в республике. Генеральный прокурор избирается сроком на пять лет и наделен верховными полномочиями по отношению к соответствующим чиновникам регионального уровня по всей стране.

В Таджикистане существует четыре уровня управления: национальный, областной (региональный), районный и кишлаки (деревни). Конституция 1994 г. определяет административные обязанности территориальных органов управления и их взаимоотношения с центральным правительством. На каждом уровне есть исполнительный орган (хукумат) и выборный консультативный орган (маджлис). Существуют областные/городские и районные уровни администрации (хукуматы), а также деревенские администрации (джамоаты). Главы областей и районов назначаются исполнительным органом власти, как правило президентом. Районные администрации и джамоаты играют важную роль в предоставлении медицинских услуг своим жителям.

Региональные и местные административные зоны Таджикистана менялись несколько раз с 1992 г. Страна на данный момент разделена на пять основных административных зон. Три области – Хатлон (главный

город Курган-Тюбе), Сугд (главный город Худжанд) и Горно-Бадахшанская автономная область (главный город Хорог). Этот последний регион географически недоступен, в связи с чем обладает большей автономностью. Город Душанбе также имеет статус области. Кроме того, существует 13 специальных районов (районы республиканского подчинения, или РРП), которые независимы от областей и отчитываются непосредственно перед центральным правительством. Страна насчитывает 22 города, 58 районов и 367 джамоатов.

В Таджикистане находится крупнейшая заграничная военная база России (EIU, 2006). Россия также вкладывает значительные инвестиции в сектор энергетики (EIU, 2007). Российские военные контролировали пограничную службу Таджикистана до 2004 г., передача ее под контроль Таджикистана была завершена в сентябре 2005 г. (EIU, 2006) с началом большого проекта по управлению границами, финансируемого в основном Европейским союзом, Департаментом по международному развитию Соединенного Королевства и Соединенными Штатами Америки и осуществленного при содействии Программы развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). Таджикистан также поддерживает близкие отношения с Китаем и Соединенными Штатами Америки. На территории Таджикистана размещается военная база НАТО, позволяющая предоставлять поддержку операциям НАТО в Афганистане.

Таджикистан является членом ряда международных или региональных организаций, связанных с сектором здравоохранения. Эти организации включают в себя Организацию Объединенных Наций, Содружество Независимых Государств, Организацию Исламская конференция, Евразийское экономическое сообщество и Шанхайскую организацию сотрудничества. Таджикистан также присоединился к ряду международных конвенций, включая Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах и Конвенцию о правах ребенка. Таджикистан готовится присоединиться к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, однако еще не присоединился к крупнейшим международным конвенциям по воде.

1.4 Состояние здоровья населения

Первые годы независимости сопровождались повсеместным ухудшением состояния здоровья населения из-за роста некоторых инфекционных и неинфекционных болезней и усложнившегося доступа к медицинско-

му обслуживанию, особенно для бедных групп населения. Отмечалось существенное увеличение инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, а также болезней, вызванных дефицитом микроэлементов. Одним из главных факторов, влияющих на состояние здоровья населения, является существующая социально-экономическая ситуация, характеризующаяся широко распространенной бедностью.

В соответствии с подсчетами Всемирного банка, в 2007 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляла 69,4 года для женщин и 64,1 года для мужчин (табл. 1.3). Младенческая и детская смертность показывают тенденции к снижению, но их уровень до сих пор остается намного выше, чем в большинстве других странах Европейского региона ВОЗ.

Таблица 1.3

Показатели смертности и здоровья, 1970, 1980, 1990, 2000 и 2007 гг.

	1970	1980	1990	2000	2007
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (годы)	62,6	64,9	66,1	67,9	69,4
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (годы)	57,8	59,9	60,9	62,7	64,1
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, общее население (годы)	60,1	62,3	63,4	65,3	66,7
Показатель смертности, взрослые, женщины (на 1000 взрослых женщин)	153	129	106	147	139
Показатель смертности, взрослые, мужчины (на 1000 взрослых мужчин)	217	190	168	219	211
Показатель младенческой смертности, (на 1000 живорожденных)	106	98	91	75	57
Показатель смертности, дети в возрасте до пяти лет (на 1000 детей в возрасте до 5 лет)	138	127	117	94	67

Источник: World Bank, 2009a.

В течение 1990-х и в начале 2000-х гг. болезни системы кровообращения, болезни дыхательных путей и злокачественные опухоли (рак) были основными причинами смерти (табл. 1.4). Среди факторов, вызывающих распространение острых респираторных инфекций, отмечаются высокая плотность населения, загрязнение воздуха и плохие жилищные условия. В 2001 г. средняя жилая площадь на человека составляла 8,5 м², по сравнению с 9,5 м² в 1991 г., в 2001 г. в сельских районах эта цифра снизилась с 8,0 м² в 1991 до 6,7 м².

Стандартизованный по возрасту показатель смертности от внешних причин, насилия и отравлений составил 33 умерших на 100 000 населения (2005 г.), что значительно ниже, чем в среднем по СНГ (159) и Центральной Азии (81), и даже несколько ниже среднего значения по

Таблица 1.4

Основные причины смерти, стандартизированный по возрасту показатель, на 100 000 населения, 1990–2005 гг. (выборочные годы)

	1990	1995	2000	2005
Заболевания кровеносной системы	480	628	601	561
Заболевания респираторной системы	139	188	116	79
Злокачественные новообразования (рак)	113	69	78	73
Заболевания пищеварительного тракта	39	50	47	46
Внешние причины, травмы и отравления	57	59	36	33
Инфекционные и паразитарные заболевания	43	62	36	29
Психические расстройства и заболевания нервной системы и органов чувств	7	14	10	11

Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

15 странам ЕС (35) в том же году (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Основными причинами этого может быть более низкое потребление алкоголя, чем в большинстве других стран бывшего Советского Союза, и низкий уровень автомобилизации. Однако количество машин увеличивается, и ввиду плохого состояния многих дорог необходимо принять меры по обеспечению безопасности дорожного движения. Также необходимо создать потенциал для предотвращения насилия и травматизма, включая насилие в семье.

Младенческая, детская и материнская смертность – основные индикаторы Целей развития тысячелетия (World Bank, 2003). Однако оценки младенческой и материнской смертности в Таджикистане значительно варьируют в зависимости от источника и методологии расчета, таким образом, сложно получить точные данные. Определение живорождения советских времен продолжает использоваться в Таджикистане как для медицинской регистрации, так и для записи актов гражданского состояния, однако приказом Министерства здравоохранения № 202 от 28 апреля 2008 г. принято решение о переходе к определению ВОЗ. На показатели младенческой смертности также оказывает влияние неадекватная регистрация рождений и смертей. В Таджикистане регистрация рождений снизилась до только 45% среди детей младше 6-месячного возраста, хотя, согласно Кластерному исследованию с множественными показателями, проведенному в 2005 г., регистрация рождений снова увеличилась до 88,3% среди детей младше пятилетнего возраста (State Committee on Statistics, 2006). Среди тех семей, которые не зарегистрировали рождение детей, основной причиной названа стоимость регистрации, которая привела к тому, что 42% родившихся не были зарегистрированы (State Committee on Statistics, 2006).

В соответствии с официальной статистикой, младенческая смертность сократилась за период с 1990 по 2005 г. с 40,4 до 14,1 на 1000 живорожденных (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Результаты различных исследований, проведенных в домохозяйствах, однако, указывают на значительно более высокий уровень младенческой смертности. Исследование демографической ситуации и состояния здоровья, проводившееся в 2002 г., оценило уровень младенческой смертности примерно в 86,9 умерших на 1000 живорожденных в период 1997–2001 гг., а обследование уровня жизни в Таджикистане 1999 г. указывало на уровень младенческой смертности в примерно 78 на 1000 живорожденных в период 1994–1998 гг. Уровень младенческой смертности значительно варьирует по районам. В соответствии с Кластерным исследованием со множественными показателями, проведенным Детским фондом Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) в 2000 г., в некоторых районах страны уровень младенческой смертности составлял в 1993 г. 95 умерших на 1000 живорожденных (UNICEF, 2000). Кластерное исследование со множественными показателями в 2005 г. оценивало младенческую смертность на уровне 65 умерших на 1000 живорожденных (State Committee on Statistics, 2006). Несмотря на то что эти показатели, как правило, связаны со значительными доверительными интервалами, они предполагают, что действительный уровень младенческой смертности значительно выше, чем отраженный в официальной статистике. По оценкам ВОЗ, младенческая смертность в Таджикистане в 2004 г. составляла 91 на 1000 живорожденных и была выше, чем в любой другой стране Европейского региона ВОЗ (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ 2010).

Официально зарегистрированные данные также занижают уровень смертности в возрасте от одного года до четырех лет. В соответствии с данными, полученными в ходе вербальной аутопсии, проведенной совместно с ЮНИСЕФ в 2003 г. (Guerra et al., 2003), уровень смертности детей в возрасте до пяти лет составлял 95 на 1000 живорожденных, по сравнению с официальными данными в 17,3 в 2003 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Кластерное исследование со множественными показателями в 2005 г. оценивало показатель смертности детей в возрасте до 5 лет в 79 смертей на 1000 живорожденных (State Committee on Statistics, 2006).

Занижение цифр младенческой и детской смертности означает, что реальная продолжительность жизни в стране намного ниже, чем указывает официальная статистика. Перерасчет таблиц продолжительности

жизни с учетом показателей Всемирного банка по младенческой и детской смертности указывает на то, что действительная продолжительность жизни в Таджикистане может быть на 13,4 года меньше, чем указывает официальная статистика (Rechel et al., 2005). Согласно докладу ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, в 2004 г. ожидаемая продолжительность жизни в Таджикистане составляла 63 года, что примерно на 10 лет меньше, чем 73,3 года, согласно официальным данным (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Острые респираторные заболевания, диарея и внутриутробная патология являются основными зарегистрированными причинами младенческой смертности. Однако число смертей в результате неустановленных причин за последние годы увеличилось, что указывает на недостатки, допускаемые при сертификации смерти. Основные причины смерти в первые годы жизни полностью предотвратимы: менингит/энцефалит (20%), острая диарея (17%), острое истощение (16%), пневмония (14,4%), острая анемия (12,6%), бактериемия /сепсис (9,9%) и корь (9,9%). Согласно недавнему исследованию, финансируемому ЮНИСЕФ (Guegga et al., 2003), инфекционные заболевания продолжают оставаться основной причиной младенческой и детской смертности. Большая часть младенческих смертей (71%) приходится на первую неделю жизни. Министерство здравоохранения и организации-доноры пытаются решить проблему высокой младенческой смертности через выполнение программ, направленных на первопричины младенческой смертности. Согласно исследованию ЮНИСЕФ, инфекционные заболевания являются причиной 58%, а истощение – 42% постнеонатальных смертей, и работа в этих двух направлениях входит в сферу приоритетов Министерства здравоохранения .

Здоровье матери также остается серьезной проблемой. Как и в случае с уровнем младенческой смертности, оценки уровней материнской смертности в Таджикистане отличаются от данных официальной статистики, в то же время оба источника указывают на тенденцию к ее снижению. Согласно официальным данным, показатели материнской смертности снизились более чем наполовину от своего максимального значения в 124,4 на 100 000 рожденных в 1993 г. до 43,4 на 100 000 рожденных в 2006 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Вероятно, данные показатели занижены в связи с тем, что значительное количество родов происходит в домашних условиях. По оценкам, в 1995 г. действительный уровень материнской смертности составлял 123 на 100 000 живорожденных (Hill et al., 2001), в то время

как по официальным данным – 97,7 на 100 000 (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Согласно ЮНИСЕФ, материнская смертность в Таджикистане может быть обусловлена плохим уровнем оказания услуг в дородовой период, неадекватным ведением родов и проблемами с транспортировкой, особенно в сельской местности (Guegta et al., 2003). В 2008 г. 40,2% всех родов прошли в домашних условиях, достигая в некоторых отдаленных районах 80% (State Committee on Statistics, 2006). Причины большого количества небезопасных родов на дому включают в себя бедную инфраструктуру здравоохранения и отсутствие телефонной связи и надежных транспортных средств. Более 60% всех родов на дому проходят без медицинской помощи, что приводит к значительному риску для здоровья матери и ребенка. Высокий уровень материнской и перинатальной смертности также имеет непосредственное отношение к качеству дородовой помощи и родовспоможения, которое страдает от отсутствия материалов и оборудования и неадекватной подготовки персонала (Guegta et al., 2003).

Таблица 1.5

Продолжительность жизни, скорректированная с учетом нетрудоспособности (DALE), 1999–2002 гг.

	1999	2000	2001	2002
Общая	57,3	49,4	50,1	54,7
Мужчины	55,1	46,4	47	53,1
Женщины	59,4	52,4	53,2	56,4

Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

По данным ВОЗ, продолжительность жизни, скорректированная с учетом нетрудоспособности (DALE), в 2002 г. составляла 53,1 года для мужчин и 56,4 года для женщин (табл. 1.5), это один из самых низких показателей в Европейском регионе ВОЗ (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных причин столь большой разницы в показателях смертности в промышленно развитых странах и в Центральной Азии, где эти показатели приблизительно в пять раз выше, чем в Западной Европе (McKee and Chenet, 2002; Figueras et al., 2004). Причины такого отличия кроются в различных факторах жизненного уклада, например таких, как курение и богатая жирами диета с чрезвычайно низким уровнем антиоксидантов, а также в неадекватном выявлении и лечении гипертонии. Продовольственное

снабжение домохозяйств ограничено недостаточным доступом к земле и рынкам, однако нездоровая диета обусловлена также традиционным предпочтением жирных продуктов и продуктов животного происхождения фруктам и овощам. В переходный период обострились проблемы, связанные со здоровым образом жизни. Высокие показатели инфекционной и неинфекционной заболеваемости обусловлены во многом нездоровым образом жизни, например злоупотреблением наркотиками или рискованным сексуальным поведением. Несмотря на то что потребление алкоголя и курение играют меньшую роль, чем до провозглашения независимости, они становятся все более распространенными среди подростков и молодых людей, увеличилось также использование запрещенных наркотиков.

Данные по ВИЧ/СПИД, заболеваниям, передающимся половым путем, сексуальному поведению и потреблению наркотиков доступны лишь в минимальном объеме, однако они указывают на тревожащие тенденции. Потребление алкоголя, равное 0,25 литра на человека в год, в 2003 г. было ниже, чем в других странах Европейского региона ВОЗ, равного в среднем 8,78 литра чистого алкоголя в год в 2003 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Хотя количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции все еще сравнительно мало – в 2008 г. было зарегистрировано 373 новых случая, – по оценкам Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), реальное количество людей, живущих с ВИЧ, в Таджикистане в конце 2007 г. составляло от 5000 до 23 000 человек (UNAIDS, 2008).

Основным источником передачи ВИЧ считается внутривенное употребление наркотиков. По данным опросного исследования, в некоторых районах Таджикистана в 2008 г. распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составила 19,4%, при этом в различных регионах этот показатель варьировал от 7,6 до 30%. Данные Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) предполагают, что 79% из 5341 зарегистрированного потребителя наркотиков в Таджикистане в 2005 г. использовали героин и 70% – инъекционные наркотики (UNODC, 2006). К 2007 г. число официально зарегистрированных потребителей наркотиков выросло до 8000, хотя можно предположить, что реальные цифры во много раз выше (IRIN, 2007). В 2006 г. 718 потребителей наркотиков были госпитализированы для реабилитации (IRIN, 2007).

Протяженность границы между Таджикистаном и Афганистаном, являющимся крупнейшим производителем опиума в мире, составляет

1344 км. Более 85% наркотиков из Афганистана, задержанных на территории Центральной Азии, конфискованы в Таджикистане (IRIN, 2007). Существенное увеличение притока наркотиков из Афганистана представляет серьезные социально-экономические и моральные проблемы для отдельных семей и таджикского общества в целом. Согласно отчету о ВИЧ/СПИД и туберкулезе в Центральной Азии (Godinho et al., 2004), торговля наркотиками, являющаяся ключевым фактором, влияющим на увеличение употребления наркотиков в стране и распространение ВИЧ/СПИД, связана с 30–50% экономической деятельности Таджикистана. В отчете отмечено, что «некоторые иностранные эксперты в Таджикистане утверждают, что прекращение экономической деятельности, связанной с торговлей наркотиками окажет серьезное влияние на уровень жизни в этой и без того очень бедной стране» (Godinho et al., 2004). Доза героина стоит очень дешево, 5 сомони (1,45 долл. США) (IRIN, 2007), использование общей иглы довольно распространено. Несмотря на введение для потребителей инъекционных наркотиков программ по обмену игл, охват этими программами на национальном уровне ограничен, и неясно, насколько они способствовали сокращению передачи ВИЧ/СПИД. Согласно данным дозорного эпиднадзора 2008 г., программами профилактики ВИЧ/СПИД было охвачено только 64% потребителей инъекционных наркотиков (Sentinal Surveillance Survey, 2008).

Другие группы с повышенным риском заражения ВИЧ/СПИД включают в себя большое количество трудовых мигрантов и растущее число работников коммерческого секса. По некоторым оценкам, в стране насчитывается около 8000 работников коммерческого секса. Согласно данным дозорного эпиднадзора 2008 г., распространенность ВИЧ составляла 2,8%, варьируя в местах исследования от 0,7 до 6% (Sentinal Surveillance Survey, 2008).

Проведенное в 2006 г. поведенческое исследование показало, что в 30% случаев сексуальное поведение трудовых мигрантов в РФ является рискованным, как и поведение 9% из тех, кто вернулся в Таджикистан. Только 16,5% трудовых мигрантов знали о путях передачи и профилактики ВИЧ/СПИД и только 13% использовали презервативы во время сексуальных контактов с нерегулярными сексуальными партнерами (GIU et al., 2006). По данным Республиканского центра СПИД, трудовые мигранты составляли 11% от 1045 человек, зарегистрированных в 2007 г. как ВИЧ-положительные.

Молодые люди также подвержены риску заражения ВИЧ/СПИД. Уровень знаний подростков относительно использования презервативов

с целью предохранения от ВИЧ-инфекции в Таджикистане самый низкий по сравнению с другими странами Центральной Азии. В 2004 г. менее одной четверти (24%) людей в возрасте 14–17 лет в Таджикистане знали об этом способе профилактики (Godinho et al., 2004). Существует значительный риск распространения эпидемии ВИЧ, если проводимая в настоящее время работа по профилактике ВИЧ не будет улучшена.

Профилактика, выявление и лечение ВИЧ/СПИД и других заболеваний, передающихся половым путем, так же как использование алкоголя и других наркотических средств, ограничены культурными барьерами, высоким уровнем стигматизации и дискриминации и невысоким потенциалом системы здравоохранения. Последняя причина достаточно серьезна: в стране нет адекватных лабораторных служб, отсутствуют обученные медицинские работники и существующая система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией не является надежной. В 2006 г. предположительно только 4% людей с поздней стадией заболевания ВИЧ-инфекцией получали антиретровирусную терапию (UNAIDS, 2008). Однако доступ к средствам для безопасных инъекций представляется адекватным. Согласно репрезентативному национальному опросу 2000 респондентов в возрасте 15–24 лет, более 97% респондентов сообщили, что для любой инъекции они используют одноразовые шприцы, 96% – что могут найти одноразовые шприцы в аптеке, когда это необходимо (Centre for Strategic Studies, 2007).

Правительство Таджикистана целенаправленно движется в направлении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу за ВИЧ-инфицированными, что отражено в национальных стратегических документах страны. В 2007 г. Таджикистан разработал свой первый национальный план по мониторингу и оценке ВИЧ, он имеет подробный бюджет и сфокусирован на национальных показателях, согласованных всеми национальными партнерами (UNAIDS, 2008). Межсекторальная национальная стратегия по борьбе с ВИЧ/СПИД определила приоритеты и направления работы с ВИЧ на 2007–2010 гг. Национальный координационный комитет по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией играет важную роль в координации деятельности заинтересованных сторон и в укреплении национального отклика на проблемы ВИЧ/СПИД в Таджикистане (WHO, 2008).

Таджикистан представил несколько успешных грантовых заявок Глобальному фонду по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Первое успешное предложение, по которому был получен грант на 2,4 млн долл. США, было представлено в 2002 г. В настоящее время в

Таджикистане при поддержке Глобального фонда внедряются три проекта. Первый проект («Снижение бремени ВИЧ/СПИД в Таджикистане»), поддерживается в рамках 4-го раунда заявок Глобального фонда на 2005–2009 гг. и имеет бюджет 8 млн долл. США. Второй проект («Поддержка национального отклика для укрепления профилактики и лечения ВИЧ/СПИД в Таджикистане») осуществляется на средства, полученные в рамках 6-го раунда заявок Глобального фонда, и получил 12 млн долл. США на период 2007–2011 гг. Третий проект, в рамках 8-го раунда на 2009–2013 гг., имеет внешнее финансирование в 49,4 млн долл. США.

Малярия как массовое заболевание была уничтожена в Таджикистане еще до получения независимости, однако в 1992 г. случаи болезни возобновились. К 2002 г. предполагалось, что в стране было 400 000 случаев малярии, включая учащающиеся случаи *Plasmodium falciparum* – тропической малярии. Рост заболеваемости малярией может быть связан как с миграцией населения и возвращением таджикских беженцев из Афганистана по окончании гражданской войны, так и с размножением москитов вблизи населенных пунктов в результате выращивания риса и заблокированности оросительных каналов. С 1993 г. малярия стала в Таджикистане одной из самых серьезных проблем, связанных со здоровьем населения. Уровень заболеваемости возрос с 3,3 заболевших на 100 000 человек в 1990 г. до 512 на 100 000 человек в 1997 г. В результате согласованных действий правительства Таджикистана и международных агентств (включая правительства Италии, Норвегии и Японии, а также ВОЗ, Агентство США по международному развитию (ЮСЭЙД), ЮНИСЕФ и Глобальный фонд) в последние годы ситуация начала улучшаться, и к 2007 г. уровень заболеваемости уменьшился до 9,5 случаев на 100 000 человек (Matthys et al., 2008; WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

В 2005 г. Таджикистан получил от Глобального фонда грант на борьбу с малярией в 5,4 млн долл. США, а в 2008 г. – грант на ее ликвидацию в 13,4 млн долл. США. Национальная стратегия направлена на ликвидацию малярии, вызываемой *P. falciparum*, к 2010 г. В 2008 г. было зарегистрировано только два автохтонных (приобретенных локально) случая малярии *P. falciparum* в южной части страны, и ожидается, что в 2010 г. с распространением этого вида малярии будет покончено. В 2009 г. национальная стратегия по борьбе с малярией была пересмотрена с учетом новых задач, направленных на прекращение распространения малярии *Plasmodium vivax* к 2015 г.

В 1990-х гг. туберкулез вновь стал основной угрозой общественному здоровью. Согласно данным Министерства здравоохранения, показатели первичной заболеваемости резко увеличились с 11,7 на 100 000 человек в 1993 г. до 94,3 в 2007 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Тем не менее считается, что реальные показатели должны быть гораздо выше. По оценкам ВОЗ, в 2007 г. в Таджикистане показатель первичной заболеваемости туберкулезом составлял 231 на 100 000 населения и был с большим отрывом самым высоким по уровню показателем в Европейском регионе ВОЗ. Стандартизованный по возрасту показатель смертности от туберкулеза составил 14,7 в 2005 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). В 2007 г. число впервые зарегистрированных случаев заболевания туберкулезом было особенно велико среди мужчин (60%) и лиц в возрасте 20–54 лет (70%). Задача борьбы с туберкулезом является особенно актуальной в тюрьмах, где показатель первичной заболеваемости в 35 раз выше (WHO и UNDP, 2009).

Кроме того, отмечается быстрый рост туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью. Анализ историй болезни 500 пациентов показал, что множественная лекарственная устойчивость наблюдалась у 16,8% больных, которые ранее не проходили курс лечения, и у 61,5% тех, кто был пролечен в прошлом (Blondal, 2009).

Министерство здравоохранения занимается осуществлением программы регистрации и лечения туберкулеза, применяя рекомендации ВОЗ, включая использование новых учетных форм и стратегий ДОТС (краткий курс лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением), свидетельством чего является реализация национальных программ по борьбе с туберкулезом 1992–2005 и 2003–2010 гг. Однако эффективности этих программ препятствует то, что продолжает использоваться советский подход по регистрации случаев туберкулеза, а также неадекватным финансированием программы ДОТС. Кроме того, ухудшает ситуацию нехватка квалифицированного медицинского персонала и эффективных фармацевтических, медицинских и диагностических средств, а также то, что госпитализация больных туберкулезом продолжает оставаться распространенным явлением (Thierfelder et al., 2008).

Между 2001 и 2007 гг. охват стратегией ДОТС был расширен до 100% во всех районах страны. Бесперебойные поставки лекарств организованы при поддержке ВОЗ, Глобальной сети по обеспечению лекарственными средствами (GDF), Глобального фонда и других организаций (WHO и UNDP, 2009). Лечение туберкулеза со множественной

лекарственной устойчивостью в настоящее время осуществляется только в Душанбе и в районе Вахдат (Blondal, 2009).

Министерство здравоохранения выполняет национальную программу по борьбе с туберкулезом в сотрудничестве с международными организациями, такими как Немецкий банк реконструкции и развития, Проект ХОУП, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, GDF, ЮСЭЙД; Фонд Ага Хана, Каритас Люксембург, СПИД Фонд Восток-Запад, Международная федерация Красного Креста и Красного Полумесяца, Международная организация по миграции, Всемирная продовольственная программа, Общество Красного Креста Таджикистана и Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству. В настоящее время в стране внедряются три проекта по борьбе с туберкулезом, поддерживаемые Глобальным фондом: проект в рамках 4-го раунда с объемом в 8 млн долл. США на период 2005–2009 гг., проект 6-го раунда на период 2007–2011 гг. с бюджетом 13,4 млн долл. США и проект 8-го раунда с объемом в 25 млн долл. США на 2009–2013 гг.

К середине 1990-х гг. начались эпидемические вспышки некоторых других инфекционных болезней, которые на протяжении ряда лет считались уничтоженными или сведенными до минимума. Плохое качество воды как результат плохого обеспечения деятельности системы водоснабжения, а также недостаточный уровень образованности населения в вопросах здоровья и его укрепления являются основными причинами возникновения периодических вспышек брюшного тифа и лептоспироза.

Министерство здравоохранения инициировало работу по созданию национальной стратегии, ориентированной на детей и подростков, на период до 2015 г. В советский период система иммунизации в Таджикистане охватывала большую часть населения, однако в 1990-х гг. службы, обеспечивающие иммунизацию, испытали существенные трудности из-за финансовых ограничений и нестабильной политической ситуации. Развал системы вакцинации в начале 1990-х гг. привел в 1995 г. к эпидемической вспышке дифтерии, когда количество случаев заболевания увеличилось с 0,3 случая на 100 000 человек в 1992 г. до 77,0 случая на 100 000 человек в 1995 г. Серьезную угрозу для здоровья населения представляет появление и ряда других инфекционных болезней, например регулярные вспышки сибирской язвы и бруцеллеза, как среди рогатого скота, так и среди людей, и вспышка холеры в 2004–2005 гг. Каждый год регистрируются отдельные вспышки редкого и зачастую смертельного заболевания – конго-крымской геморрагической лихорадки. Последняя такая вспышка была зарегистрирована весной и летом

2009 г. Она закончилась тремя летальными исходами, один из умерших был директором инфекционной больницы г. Турсунзаде. К июлю 2009 г. в стране еще не было зарегистрировано ни одного случая птичьего гриппа.

В стране была принята Национальная программа иммунизации и в 1994 г. был введен новый календарь прививок, основанный на принципах расширенной программы иммунизации. Новая система иммунизации была сформирована в 1995 и 1997 гг. при поддержке ЮНИСЕФ и ВОЗ, также была проведена кампания по массовой иммунизации населения. В результате начиная с 1996 г. заболеваемость дифтерией постоянно снижалась, достигнув в 2001 г. 0,05 случая на 100 000 человек (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Национальная программа иммунизации направлена на управление системой иммунизации, укрепление ее потенциала, на обеспечение безопасности инъекций и переход к стабильной системе финансирования служб иммунизации. Программа включает целевые показатели по управляемым инфекциям и по охвату прививками. Целью программы являлось уничтожение полиомиелита к 2003 г. и кори – к 2007 г., а также включение вакцины от гепатита В в рутинную программу иммунизации (UNICEF, 2007b). Первая вакцинация против гепатита В началась в январе 2002 г. при поддержке Глобального альянса по вакцинации и иммунизации (ГАВИ). Календарь рутинной иммунизации Таджикистана в настоящее время включает противотуберкулезную вакцину БЦЖ (Бациллу Кальмета-Герена), вакцины против дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС), дифтерии и столбняка (DT), кори, пероральную полиомиелитную вакцину (ОПВ), гемофильной инфекции типа b (Hib), вакцину против гепатита В и краснухи. Большинство вакцин поставляется с помощью внешнего финансирования. В настоящее время правительство Таджикистана финансирует примерно 4,5% стоимости вакцин, в основном для закупки антигенов дифтерии и столбняка.

Согласно официальным отчетам, в 1999 г. показатель охвата программой рутинной вакцинации в рамках расширенной программы иммунизации детей в возрасте до 1 года был более 90% , показатель вакцинации против кори – несколько ниже ввиду нерегулярной поставки вакцины. Однако Кластерное исследование со множественными показателями, проведенное ЮНИСЕФ и Государственным комитетом по статистике в июне 2000 г., показало намного более низкие показатели охвата (табл. 1.6). В 2005 г. Кластерное исследование со множественными показателями выявило, что этот показатель составляет 85,6% (State

Commettee on Statistics, 2006), что отличается от официального показателя 94% детей, привитых против кори в 2005 г. (WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Таблица 1.6

Охват вакцинацией против кори, 1999 и 2005 гг.

	1999	2005
Данные, представленные в ЮНИСЕФ/ВОЗ	89,9%	94,0%
Данные исследования	61%	85,6%

Источник: Republic of Tajikistan, 2000; State Committee on Statistics, 2006; WHO EURO, 2010 /Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

После проведения в 2000 г. Кластерного исследования с множественными показателями в 2001 г. в расширенную программу иммунизации была включена вторая доза вакцины против кори для детей 6-летнего возраста, однако охват вакцинацией остается низким ввиду нехватки средств и отсутствия информированности сотрудников здравоохранения и родителей. В результате продолжающихся проблем с обеспечением надлежащего функционирования холодовой цепи вакцины, вводимые детям в некоторых областях, не эффективны. Несмотря на это, в сентябре и октябре 2004 г. была успешно проведена национальная кампания против кори, показатель охвата в которой составил 97,7% от планируемых 2,96 млн детей (UNICEF, 2007b). В 2007 г. показатель заболеваемости корью снизился до 0,03 на 100 000 населения (WHO EURO, 2010 /Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Таджикистан стал последней страной в Европейском регионе ВОЗ, включившей вакцинацию от краснухи в свою программу рутинной иммунизации детей.

Массовая кампания по иммунизации против кори и краснухи среди населения в возрасте 1–14 лет была проведена в Таджикистане в период с 28 сентября по 12 октября 2009 г., она охватила целевое население – около 3,5 млн человек. Эта кампания была важной частью общей стратегии ликвидации кори и краснухи в стране.

В ходе 1990-х гг. энергичные меры по уничтожению полиомиелита привели к ликвидации болезни в Таджикистане. В июне 2002 г. страна получила сертификат ВОЗ как государство, свободное от полиомиелита.

После провозглашения независимости распространенность болезней, вызванных дефицитом микроэлементов (железодефицитная анемия, йододефицитные заболевания, дефицит витамина А), увеличилась из-за ухудшения доступа к качественным продуктам питания и к йодированной

соли, особенно для уязвимых групп населения. Несбалансированная диета, богатая животными жирами, и высокий уровень инфекций, приводящих к диарее, особенно в летний период, являются главными причинами нарушений питания. Плохое питание – результат нехватки продуктов в некоторых домашних хозяйствах, особенно в сельских и горных районах, а также неправильного подхода к питанию младенцев и маленьких детей.

Согласно исследованию по питанию, воде и санитарии, проведенному в 2003 г., 8,3% детей в возрасте от 6 до 29 месяцев и 1% детей в возрасте 30–59 месяцев, включенных в исследование, недоедали, а 36,2% детей в возрасте 6–59 месяцев страдали от хронического нарушения питания (остановка роста) (Baronina et al., 2003). Исследование, проведенное в 2002 г., выявило истощение у 5% детей, 0,8% были сильно истощены, а 31% детей имели остановки в росте (Galloway, 2003). Кластерное исследование со множественными показателями, проведенное в 2005 г., выявило, что 7,2% детей были истощены, а 26,9% имели остановки в росте (State Committee on Statistics, 2006 г.).

Согласно исследованию 2003 г., общий риск заболеваемости среди плохо питающихся детей был выше в 1,4 раза по сравнению с заболеваемостью детей, питающихся хорошо (Baronina et al., 2003). Повышение уязвимости плохо питающихся детей увеличивает бремя затрат на медицинскую помощь для семей, которые часто уже и так сталкиваются с серьезными экономическими трудностями. Нарушения питания, в частности дефицит железа, также приводят к преждевременным родам и низкому весу при рождении, что является главной причиной ранней неонатальной смертности. Согласно профинансированному ЮНИСЕФ в 2002 г. исследованию неонатальной смертности методом вербальной аутопсии, серьезное нарушение питания и анемия занимают 42% в структуре неонатальной смертности в Таджикистане. Как умеренная, так и серьезная форма нарушений питания также вероятно способствует смерти детей от инфекционных заболеваний в позднем неонатальном периоде. Показатели витаминoproфилактики с помощью витамина А среди родивших женщин довольно низкий.

Одной из серьезных проблем здравоохранения в Таджикистане является нехватка йода, распространенная во многих областях страны, особенно на юге и в горных районах. Согласно Исследованию со множественными показателями (UNICEF, 2000), 20% населения использовали йодированную соль, более высокий процент отмечен среди городского населения (32%), в сельских районах – гораздо ниже (16%). Заболевания

щитовидной железы составляют в среднем приблизительно 10–15% по всей стране, но в некоторых областях страны достигают высокой отметки в 40% у детей и 65% беременных и кормящих женщин. Низкое выделение йода с мочой наблюдалось у 57% женщин и 64% детей почти повсеместно, с небольшими различиями по областям. Исследование со множественными показателями 2005 г. выявило, что потребление йодированной соли среди детей увеличилось до 46,4% (State Committee on Statistics, 2006).

Обследование статуса питания и микроэлементов в 2003 г. выявило высокую общую распространенность анемии среди женщин – 41%, и среди детей – 37,6% (Branca and Tazhibayev, 2004). Низкий индекс массы тела наблюдался у 9 % женщин, включенных в опрос. Самая высокая распространенность женского недоедания была выявлена в ГБАО (20%), далее в Хатлоне (10%), Сугде (8%) и районах республиканского подчинения (6%) (Branca and Tazhibayev, 2004). В то же самое время более четверти опрошенных женщин (26%) отличаются весом, превышающим норму, или страдают ожирением (ИМТ > 25 кг/м²), с более высокой распространенностью этого явления в районах республиканского подчинения (36%) и Сугде (25%), чем в Хатлоне (16%) и ГБАО (12%) (Branca and Tazhibayev, 2004).

Нарушение питания среди сельского населения в Таджикистане стало еще большей проблемой в 2007–2008 гг., в результате глобального продовольственного кризиса и связанного с ним увеличения стоимости продовольствия, а с 2008 г. – глобального финансового и экономического кризиса. По некоторым оценкам, около 30 000 людей в отдаленных сельских районах были вынуждены сократить прием пищи до одного раза в день. После обращения международного сообщества с чрезвычайным призывом Всемирная продовольственная программа организовала распределение продуктов питания в сельских и горных районах, и в партнерстве с ЮНИСЕФ и ВОЗ была учреждена Национальная программа по контролю за нарушением питания и ценами на продовольствие.

Проблемы с зубами среди детей также широко распространены. Исследование, проведенное в Центральном Таджикистане (Душанбе и близлежащая Гиссарская долина), выявило, что в 2003 г. 12-летние дети в среднем имели 2,9 гнилых, выпавших или запломбированных зуба и что у 53% детей этой возрастной группы обнаружен кариес (Тоиров, 2003 [из личного общения]; Zohidova, 2003).

Министерство мелиорации и водных ресурсов отвечает за обеспечение городов питьевой водой и удаление сточных вод. В настоящий мо-

мент системы водоснабжения и санитарии в Таджикистане не являются безопасными и адекватными. Показатели ежегодного производства воды, равные свыше 13 000 кубических метров воды на душу населения, делают Таджикистан одной из богатейших стран мира в отношении водоснабжения (UNDP, 2003), он занимает третье место в мире по водным ресурсам на душу населения (EIU, 2006), однако в 2000 г. страна смогла предоставить безопасную питьевую воду только 59% своего населения (см. табл. 1.7).

Таблица 1.7
Доступ к безопасной воде, 2000 г.

Доступ	Процент населения		
	Общее	Городское	Сельское
Безопасная	59,0	92,9	46,9
Проведенная по трубам в жилища	19,2	49,7	8,3
Проведенная по трубам во двор или на участок	21,6	32,3	17,7
Общественный кран	7,6	5,0	8,6
Скважина с ручным насосом	6,0	3,6	6,8
Охраняемый родник	3,0	0,9	3,7
Охраняемый вырытый колодец	1,7	1,4	1,8
Водосборник дождевой воды	0,0	0,0	0,0
Небезопасная	40,9	7,1	53,0
Вода в бутылках	0,1	0,1	0,1
Неохраняемый родник	3,4	0,9	4,3
Неохраняемый вырытый колодец	0,6	0,6	0,6
Река или ручей	31,6	4,1	41,5
Поставка воды в цистернах	3,0	0,2	4,0
Прорезь в казенной трубе	0,0	0,0	0,0
Другие	2,2	1,2	2,5
Не знаю	0,0	0,0	0,0

Источник: UNICEF, 2000.

Доступ к безопасной воде значительно варьирует по регионам страны (см. табл. 1.8).

Таблица 1.8
Источники водоснабжения в домохозяйствах по областям, 2003 г.

Тип водоснабжения	%					Районы республиканского подчинения	
	ГБАО	Согд	Хатлон	Душанбе		Общее	
Водопровод или общественный кран	41	36	58	99		55	54
Вода из цистерн	1	7	2	0		0	3
Источник или колодец	18	18	4	0		16	12
Река, озеро, пруд и т. д.	41	29	34	0		27	29
Другие	0	1	2	1		2	2

Источник: World Bank, 2005a.

В городской местности системы водоснабжения сильно обветшали и часто выходят из строя. В сельских районах, где только половина насе-

ления имеет доступ к улучшенным источникам водоснабжения, большая часть населения берет воду из прудов, каналов, рек и других небезопасных источников. Почти во всех хозяйствах имеются выгребные ямы, однако зачастую они находятся в плохом состоянии и представляют риск для общественного здоровья (Baronina et al., 2003). Из 390 проб воды, взятых в процессе Национального обследования питания, воды и санитарии в 2003 г., 41% были оценены как неприемлемые для питья и сильно загрязненные (Baronina et al., 2003).

Большая часть школ и медицинских заведений в сельской местности не имеет доступа к адекватному водоснабжению и санитарии. В районах, куда не подведен водопровод, сбором воды занимаются женщины, треть из 1500 человек, участвовавших в фокусных группах в 2003 г., указали, что им нужно пройти более 500 м, чтобы набрать воду (Baronina et al., 2003). Хрупкая система водоснабжения в Таджикистане была сильно повреждена в результате сильных холодов, обрушившихся на страну в период с ноября 2007 г. по февраль 2008 г. Среднесуточная температура упала до минус 25–27° С, что привело к замерзанию водопроводных труб. Около 50% больниц в Таджикистане оставались без водоснабжения и электричества больше чем два месяца.

Плохое качество питьевой воды является основным источником болезней, передающихся через воду. Согласно отчету 2004 г., заболеваемость болезнями, передающимися через воду, продолжала расти. Вспышки тифа были зарегистрированы в 1997 и 2002 гг. и привели в 2002 г. к 383 смертям среди 29 738 заболевших, в 1997 г. была зарегистрирована вспышка сальмонеллеза. В соответствии с оценкой ВОЗ и ЮНИСЕФ, проведенной в 2003 г., только 39,7% линий водоснабжения адекватно хлорировались, 30,2% образцов воды не отвечали соответствующим стандартам безопасности, а 41,4% линий водоснабжения не отвечали требованиям санитарии и гигиены (United Nations, 2004). В 1996–1997 гг. количество зарегистрированных случаев тифа значительно увеличилось, произошли эпидемические вспышки в нескольких крупных городах, и заболеваемость почти достигла 500 случаев на 100 000 населения в 1997 г. Основной причиной эпидемии был сбой в работе системы контроля качества водопроводной воды и системы канализации, что привело к ухудшению доступа к качественной питьевой воде. В результате мер, предпринятых правительством при поддержке ряда международных агентств, с 1998 г. ситуация начала постепенно улучшаться, и к 2002 г. заболеваемость тифом снизилась до 52,2 на 100 000 населения (Republic of Tajikistan, 2003).

Существует ряд причин, по которым системы водоснабжения и санитарии Таджикистана находятся в удручающем состоянии. Так же как и в других секторах экономики, гражданская война и трудности, сопряженные с постсоветским экономическим переходом, сыграли свою роль в ослаблении инфраструктуры водоснабжения. Низкие отчисления из бюджетных средств и сложности при сборе платы за услуги значительно ограничили внутреннее финансирование, которое и без того было недостаточным, чтобы обеспечить капитальные инвестиции. Даже при наличии увеличенного финансирования вероятность того, что службы водоснабжения смогут распределить их для решения столь большого количества важных проблем, связанных с водоснабжением, сомнительна. Кроме увеличения инвестиций, необходимо также проведение структурных реформ по улучшению предоставления услуг, а также по увеличению стимулирования рационального использования (UNDP, 2005).

Проблема безопасности продуктов питания связана с качеством воды, например при ирригации или когда фрукты и овощи моют небезопасной для питья водой. Безопасность продуктов питания продолжает оставаться на низком уровне развития и в основном базируется на советских стандартах. В проблему вовлечены многие министерства и ведомства, однако в настоящее время не существует ни координационного механизма, ни диалога с населением о проблеме безопасности продуктов питания.

Страна также сталкивается с рядом проблем, связанных с состоянием окружающей среды. Интенсивное хлопководство в советский период привело к высоким уровням загрязнения и развитию оросительной сети, что в свою очередь – к нехватке воды и повсеместному засолению почвы (EIU, 2006). Еще одной проблемой с неясными последствиями для здоровья населения является наличие радиоактивных отходов в сельских районах Сугд и Хатлон и повсеместное использование асбеста при строительстве крыш.

Страна также подвергается широкому спектру природных катаклизмов, включая землетрясения, наводнения, оползни, сели, лавины и другие экстренные ситуации. Количество природных стихийных бедствий очень велико и обусловлено географической структурой и климатом страны. Каждый год природные катастрофы ведут к потерям среди населения, разрушению собственности и огромным экономическим убыткам. Министерство по чрезвычайным ситуациям и гражданской обороне Республики Таджикистан является национальным агентством,

которое несет ответственность за управление и координацию всей деятельности, связанной с катастрофами (United Nations Disaster Assessment and Coordination, 2006).

2. Организационная структура

2.1 Обзор системы здравоохранения

Система здравоохранения Таджикистана развивалась на основе советской системы здравоохранения и с немногими структурными изменениями сохранилась и по сию пору. Советская система здравоохранения в целом была всеобъемлющей, но высокоцентрализованной и неэффективной. Население имело право на доступ к широкому ряду услуг, предоставляемых государством и финансируемых в основном государственным бюджетом. Частные платежи были ограничены несколькими неосновными медицинскими службами, в то время как некоторые неофициальные выплаты предоставлялись медицинским работникам государственных структур с целью получения льгот по лечению. Однако многие протоколы и процедуры лечения не соответствовали современным стандартам, система управления была основана на иерархии, а потребительский выбор значительно ограничен.

Система здравоохранения Таджикистана претерпевает ряд комплексных перемен, направленных на переход к новой системе здравоохранения, которая включает в себя иные механизмы управления, финансирования и функционирования. На данный момент государство остается основным финансирующим органом и поставщиком услуг здравоохранения в Таджикистане. Однако считается, что частные платежи за счет пациентов являются источником гораздо больших доходов, чем государственное финансирование.

Министерство здравоохранения управляет службами здравоохранения на национальном уровне, в то время как местные власти (на областном и районном уровнях) руководят большей частью региональных областных и периферийных служб здравоохранения. Организация служб здравоохранения совпадает с административной структурой страны, службы организованы в соответствии с горизонтальными ярусами администрирования, а национальные программы администрируются по вертикальной схеме (рис. 2.1). Управление здравоохранением,

таким образом, организовано в соответствии со следующими четырьмя уровнями администрации:

- республиканский уровень: Министерство здравоохранения;
- областной и городской уровни (г. Душанбе): управления здравоохранения в областях и при отделах исполнительной власти города Душанбе (хукуматы);
- районный или городской уровень: центральные, районные или городские больницы, которые также выполняют функции районных или городских отделов здравоохранения;
- уровень джамоатов (деревни): первичная служба здравоохранения на периферии.

Система здравоохранения Таджикистана сталкивается с рядом серьезных проблем, таких как:

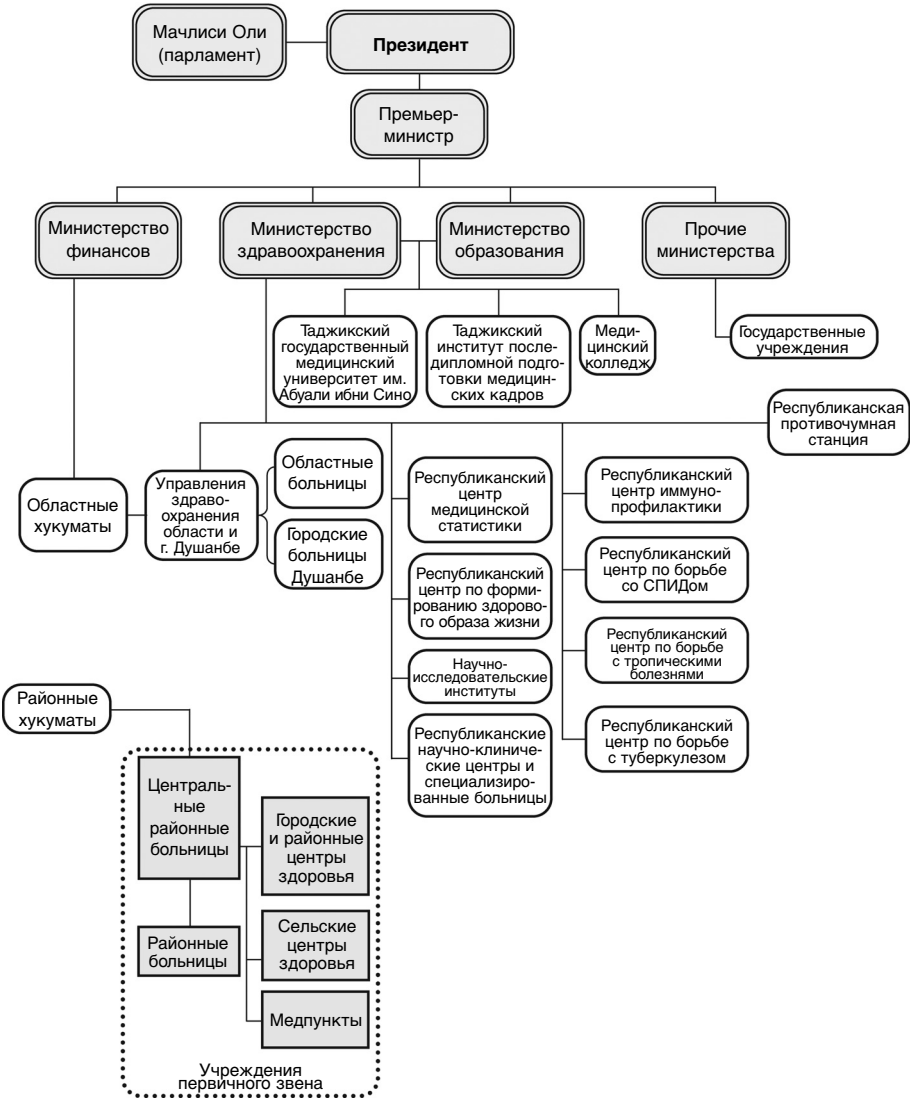
- неадекватные фонды для оплаты деятельности сотрудников здравоохранения, поддержания учреждений здравоохранения или для закупки достаточного запаса медикаментов и медицинских материалов (несмотря на определенную гуманитарную помощь);
- износ зданий и оборудования, разрушение многих зданий и другой инфраструктуры во время войны и неэффективная техническая эксплуатация впоследствии;
- снижение показателей использования больничных услуг, несмотря на высокую среднюю продолжительность пребывания в больницах;
- коллапс системы направлений к специалистам и тенденция пациентов откладывать или оттягивать обращение за медицинской помощью и/или полагаться на самолечение;
- нехватка человеческих ресурсов, частично как результат значительных потерь медицинских работников в следствие иммиграции или работы за пределами сектора здравоохранения;
- практика неформальных платежей;
- неравномерное распределение кадров и ресурсов, в основном приоритет отдается столице – Душанбе.

2.2 Обзор организационной структуры

В соответствии с Законом о защите здоровья от 1997 г. исполнительные органы стран несут ответственность за охрану здоровья населения.

Рис. 2.1

Организационная схема системы здравоохранения



Несмотря на то что Министерство здравоохранения формирует политику здравоохранения, в основном районная и областная администрации несут ответственность за предоставление услуг здравоохранения.

2.2.1 Министерство здравоохранения

Министерство здравоохранения несет ответственность за разработку, выполнение, мониторинг, оценку и координацию единой государственной политики в секторе здравоохранения. На нем лежит ответственность по контролю качества, безопасности и эффективности услуг здравоохранения, фармацевтических препаратов и медицинского оборудования. Министерство здравоохранения также несет административную и финансовую ответственность за специализированные медицинские учреждения республиканского значения и учреждения третичного уровня здравоохранения в г. Душанбе, также как за закупку и распределение медицинских материалов и оборудования на приоритетные программы. Оно непосредственно занимается контролем ограниченного количества медицинских учреждений, которые оно финансирует. К таким учреждениям относятся республиканские больницы, Государственный медицинский университет и службы общественного здравоохранения. Все остальные учреждения здравоохранения финансируются через местные правительства и не подлежат прямому контролю со стороны Министерства здравоохранения.

В 2001 г., в соответствии с Указом Президента «О мерах по улучшению ряда правительственных структур», правительство пересмотрело устав, регулирующий деятельность Министерства здравоохранения, его центральную административную структуру и систему управления. Постановление правительства № 321 о Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан от 29 июня 2001 г. закрепило максимальное количество сотрудников центральной администрации министерства (60 человек) и разрешило функционирование трех заместителей. 31 января 2002 г. правительство внесло ряд изменений в это постановление и устав Министерства здравоохранения, установив максимальное количество сотрудников, работающих в министерстве, в 55 человек. 30 мая 2008 г. министерство утвердило новую структуру (см. рис. 2.2). Его возглавляет министр, которому помогают первый заместитель министра и два заместителя министра. В 2008 г. контингент Министерства здравоохранения составляли 84 сотрудника.

В 2008 г. в рамках финансируемого Всемирным банком/Шведским агентством по международному развитию «Проекта по общинному и ба-

зовому здравоохранению» в министерстве был создан отдел по анализу политики здравоохранения. Создание этого отдела имело целью укрепление потенциала Министерства здравоохранения в части анализа политики здравоохранения, а также обеспечение вклада в процесс внедрения реформ здравоохранения. В 2009 г. отдел провел 15-месячное исследование с последующим отслеживанием по результатам введения гарантированного пакета услуг, опросное исследование результатов госпитализации и опросное исследование влияния подушевого финансирования в первичном звене здравоохранения. Отдел также играл основную роль в разработке Национальной стратегии сектора здравоохранения (см. подраздел 7.1.3 «Стратегия здравоохранения к 2010» (2002)).

Структура управления Министерства здравоохранения включает в себя центральную администрацию, структурные подразделения по управлению местными управлениями здравоохранения (в рамках хукуматов), Горно-Бадахшанскую автономную область, Хатлон, Сугд и Душанбе.

Министерство здравоохранения несет ответственность за национальную политику здравоохранения, но не контролирует общий бюджет здравоохранения и управляет непосредственно только учреждениями здравоохранения на национальном уровне. Несмотря на то что не все функции, указанные в Законе о защите здоровья, который был принят в 1997 г. и обновлен в 2002 г., полностью внедрены в деятельность министерства, в его обязанности входит:

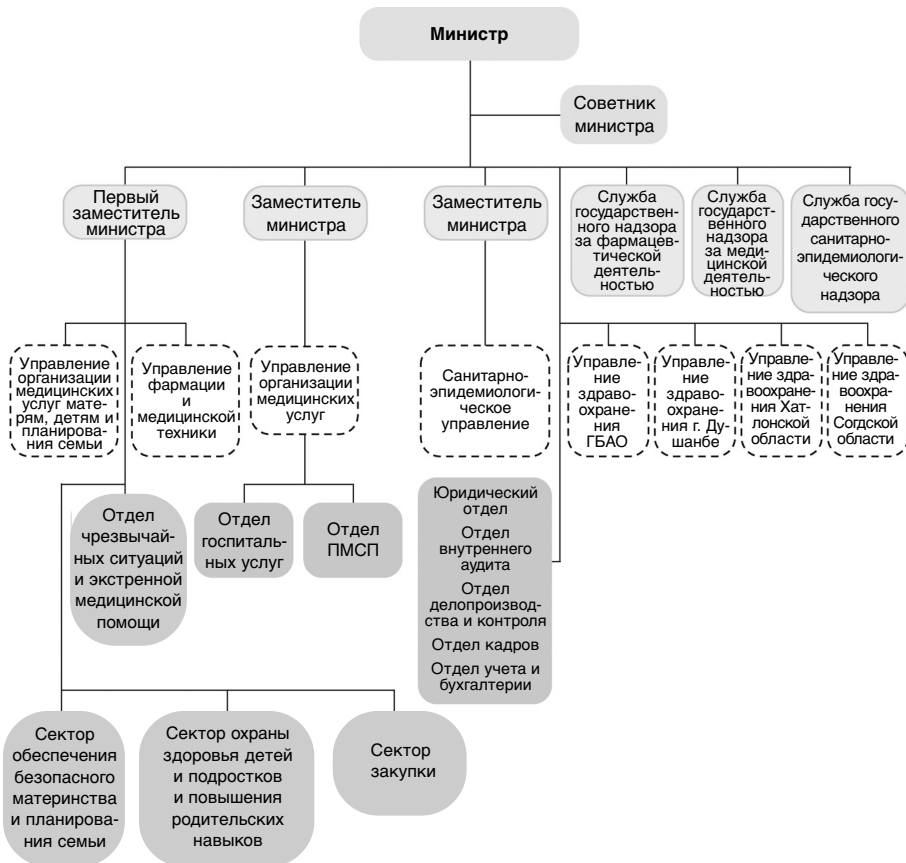
- разработка национальной политики здравоохранения и определение приоритетов сектора здравоохранения;
- внедрение национальных программ, направленных на контроль заболеваний;
- координация системы здравоохранения страны;
- непосредственное управление учреждениями здравоохранения республиканского уровня, научно-исследовательскими институтами и образовательными учреждениями по профессиональной подготовке работников здравоохранения;
- формирование политики по регулированию, лицензированию, производству и продаже фармацевтических и других медицинских продуктов;
- учреждение стандартов качества лечения в общественных и частных учреждениях здравоохранения;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического обслуживания населения;

- развитие человеческих ресурсов и разработка политики профессиональной подготовки сотрудников здравоохранения;
- лицензирование и сертификация лиц и учреждений, занятых предоставлением услуг здравоохранения;
- обеспечение международного сотрудничества в секторе здравоохранения.

Консультативный комитет, коллегия, оказывает содействие министру здравоохранения. В составе коллегии: министр здравоохранения, три заместителя министра, глава Управления здравоохранением города, ректор Таджикского государственного медицинского университета и руководитель службы санитарно-эпидемиологического надзора.

Рис. 2.2

Структура Министерства здравоохранения



Существуют также неофициальные координационные структуры, в состав которых входят международные агентства, например Координационный совет доноров (см. раздел 3.3).

На рис. 2.2 показана структура Министерства здравоохранения, принятая в соответствии с постановлением № 282 Правительства Республики Таджикистан от 30.05.2008 г.

Под непосредственным контролем Министерства здравоохранения находятся 73 организации, в их число входят: Таджикский государственный медицинский университет, Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров, 14 республиканских, областных и районных медицинских колледжа, 2 научно-исследовательских института (Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии и Научно-исследовательский институт профилактической медицины), 14 специализированных клинических больниц и центров, Республиканский центр медицинской статистики и информатики, 15 национальных и республиканских служб общественного здравоохранения, 5 республиканских санаториев и реабилитационных центров и национальная медицинская библиотека. Создание Академии медицинских наук – недавнее событие, которое, как ожидается, станет основным стимулом в развитии медицинской науки и инноваций в Таджикистане.

2.2.2 Министерство финансов

Министерство финансов несет ответственность за государственный бюджет, включая все финансовые распределения в сектор здравоохранения. Министерство здравоохранения играет исключительно подчиненную роль в отношении бюджетных решений. Средства из бюджета центрального правительства в сектор здравоохранения распределяются Министерством финансов в областные администрации (хукуматы), далее распределяются областными и районными управлениями финансов.

2.2.3 Областная и районная администрация

Местные власти несут ответственность за большую часть социальных услуг, включая здравоохранение и образование. В функции каждой местной администрации (хукумата) входит деятельность, распределенная между отделами по надзору (такими как финансовый отдел) и линейными отделами (такими как здравоохранение). Областной отдел здраво-

охранения управляет учреждениями здравоохранения на областном уровне, такими как крупные больницы и поликлиники, он также подотчетен как Министерству здравоохранения (в плане профессиональной деятельности), так и областной администрации.

Областные управления здравоохранения (ГБАО, Хатлон и Сугд) несут ответственность за предоставление медицинских услуг в областных учреждениях и совместно с местными органами государственной власти (хукуматами) районов или городов – за деятельность городских и районных учреждений в пределах соответствующей области. Управление здравоохранения хукумата Душанбе совместно с городскими районными администрациями координирует деятельность городских медицинских учреждений. Совместно с джамоатами (органами управления деревень) учреждения первичного здравоохранения формируют сеть первичной медицинской помощи и являются самым периферическим уровнем администрации здравоохранения.

Областные управления здравоохранения имеют непосредственные управленческие и финансовые обязанности по управлению специализированными медицинскими учреждениями третичного уровня, а также по закупке и распределению медицинских материалов и оборудования в подведомственные учреждения. Финансовые ресурсы отделов ограничены предоставлением помощи медицинским учреждениям областного уровня, они не оказывают финансовой поддержки районным отделам здравоохранения, однако они предоставляют им консультативную поддержку по всем вопросам, связанным со здравоохранением, и являются представителями Министерства здравоохранения в регионе. Бюджет областных управлений не включает средства на здравоохранение, за исключением тех учреждений, которые находятся в непосредственном ведении области, но консолидированные областные бюджеты включают плановые расходы на сектор здравоохранения в районах. Областные управления здравоохранения ограничены в количестве сотрудников и в основном несут ответственность за инспектирование.

Районные учреждения здравоохранения управляются центральными районными больницами, а в некоторых районах республиканского подчинения и областных городах – непосредственно центральными городскими больницами. Главный врач центральной районной больницы и центральной городской больницы выполняет функции главы районного/городского отдела здравоохранения и руководит службами здравоохранения в соответствующем районе или городе. Главному вра-

чу помогают заместители, несущие ответственность за сельские клиники, поликлиники, профилактику болезней, и службы материнства и детства. У них есть собственная бухгалтерия, но по финансовым и бухгалтерским вопросам они тесно взаимодействуют с районным отделом финансов. В результате такого подхода к управлению медицинскими службами бюджет был ранее ориентирован на больницы, хотя в контексте текущих реформ в здравоохранении приоритетом становится первичная медицинская помощь. Министерство здравоохранения планирует учредить новую управленческую структуру, которая будет руководить как службами первичного здравоохранения, так и больницами, с разделенным бюджетом, при этом приоритет будет отдан первичной медицинской помощи.

До недавнего времени главы областных/районных отделов здравоохранения назначались и снимались главами областной/районной администрации после получения согласия Министерства здравоохранения, с последующим направлением решения на одобрение в Маджлис. В рамках постановления парламента Республики Таджикистан № 652 от 18 мая 2009 г. «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан об общественном здравоохранении в Таджикистане» главы областных/районных администраций назначаются Министерством здравоохранения. Главы областных управлений здравоохранения и отделов в городе Душанбе отчитываются перед Министерством здравоохранения об организации предоставления медицинских услуг и выполнении национальной политики здравоохранения, по вопросам профилактики и лечения, протоколам лечения и статистическим данным. В то же время они должны отчитываться также и перед главами местной администрации, в основном по административным вопросам, таким как финансирование, кадровые и хозяйственные вопросы.

2.2.4 Параллельные службы здравоохранения

Помимо учреждений здравоохранения, которыми руководит Министерство здравоохранения, ряд учреждений здравоохранения (больницы и поликлиники) также находится в ведении других министерств или государственных агентств. В 2010 г. насчитывалось 163 таких учреждения здравоохранения, находящихся в ведении других министерств (Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Министерства юстиции, Министерства транспорта и коммуникаций, Министерства легкой промышленности) или государственных комитетов и агентств. В это число входят 8 больших больниц, например для военных и заклю-

ченных. Медицинские учреждения параллельных служб здравоохранения финансируются непосредственно соответствующими министерствами или компаниями, и, как следствие, их расходы не отражаются в правительственной статистике по затратам на здравоохранение. Министерство здравоохранения координирует деятельность параллельных учреждений здравоохранения в отношении их участия в национальных программах и реформах здравоохранения, однако вследствие различий в управленческой структуре внедрение большинства директив Министерства здравоохранения проходит с задержками, особенно в отношении развития семейной медицины. В большинстве случаев параллельные службы здравоохранения дублируют существующие структуры Министерства здравоохранения, что вызывает необходимость их рационализации.

2.2.5 Профессиональные ассоциации и союзы

Профессиональные ассоциации врачей или медсестер существовали и в советский период, однако они действовали только как научные общества под руководством федерального Министерства здравоохранения. За последние несколько лет был учрежден ряд ассоциаций, включая национальную ассоциацию медсестер, ассоциацию врачей и ассоциацию семейных врачей. Однако они пока еще не играют формальной роли в аккредитации или управлении и имеют незначительное влияние на политику здравоохранения (Wyss and Schild, 2006), в то же время, несмотря на это, врачи участвуют в лоббировании политических изменений.

После принятия соответствующего закона в 1992 г. профессиональные союзы стали формально независимыми от государства, но до сих пор тесно связаны с правительством. Федерация профессиональных союзов Таджикистана является организацией, которая включает в себя профессиональные союзы по всей стране. Существует национальный профессиональный союз сотрудников здравоохранения с рядом филиалов на региональном и местном уровне, который ведет переговоры с правительством относительно уровня заработной платы и достиг нескольких ее повышений, последнее из которых предусматривало 8%-ный рост заработной платы в 2010 г.

2.2.6 Частные медицинские услуги

Все действия правительства и президента нацелены на поддержку развития частного сектора здравоохранения. Они постепенно легализовали

частную собственность на медицинские учреждения, предложили предоставление частных источников для покрытия расходов на здравоохранение и позволили предоставление частных медицинских услуг. Закон Республики Таджикистан «О частной медицинской практике» был принят в 2002 г. В рамках Министерства здравоохранения был сформирован специальный комитет по лицензированию для открывающихся структур частной медицинской практики.

«Стратегия развития частного сектора» была разработана в 2007 г. как часть «Стратегии сокращения бедности» (Republic of Tajikistan, 2007a). Частные услуги здравоохранения регулируются Законом об охране здоровья от 1997 г., статья 14 которого позволяет врачам заниматься частной медицинской практикой, оплачиваемой за счет сборов с пользователей, взносов работодателей или медицинских страховых компаний. Недавно правительство упростило лицензирование частных поставщиков услуг и снизило регистрационный сбор до примерно 60 долл. США.

Тем не менее развитие частного сектора в системе оказания медицинской помощи остается медленным и ограничивается в основном аптеками и стоматологией. Большая часть услуг стоматологии предоставляется врачами частной практики, особенно в крупных городах и областных или районных центрах. В Душанбе и других больших городах открылись новые частные консультации и диагностические центры, в частности с 2007 г., которые нацелены на конкуренцию с государственными поликлиническими центрами (поликлиниками) и больницами, предоставляя лучшее оборудование и услуги. В 2010 г. в стране предоставляли свои услуги 14 частных больниц. Тем не менее, доля медицинских услуг, оказываемых частными медицинскими центрами, остается низкой в сравнении с общим объемом услуг, оказываемых в бюджетных учреждениях здравоохранения.

Задержку развития частной практики в Таджикистане вызвали многие факторы. Главное, что большая часть населения имеет очень ограниченные ресурсы, доступные для оплаты медицинских услуг. Поэтому инвестиции в частные учреждения здравоохранения экономически нежизнеспособны, к тому же чрезвычайно мало стимулов, которые могли бы побудить врачей открывать частные практики. Кроме этого, врачи не имеют необходимых средств и опыта, к тому же стандарты обслуживания очень низки.

2.2.7 Добровольные/неправительственные организации или ассоциации гражданского общества

За годы после провозглашения независимости в Таджикистане появился ряд неправительственных организаций (НПО), однако большинство организаций продолжает опираться в своей деятельности на финансирование со стороны международных агентств. Роль местных неправительственных организаций в оказании услуг здравоохранения и социальных услуг постепенно начала расширяться в Таджикистане с 1992 г. (World Bank, 2005a), и несколько международных агентств поддерживают вовлечение общества в охрану здоровья.

Многие НПО, которые работают в секторе здравоохранения в стране, занимаются вопросами общественного здоровья на местном уровне и профилактикой ВИЧ/СПИД и пытаются заполнить пробелы, которые образуются вследствие ограниченных кадровых и финансовых ресурсов в государственных медицинских учреждениях. Исследование программ здравоохранения на местном уровне, проведенное Фондом Ага Хана, выявило, что проекты по здравоохранению поддерживались 23 международными и 84 национальными НПО (Helmming, 2004).

Самой распространенной целью деятельности НПО является улучшение знаний населения, в частности о здоровье и грамотном питании, однако деятельность НПО также направлена на улучшение качества услуг здравоохранения или улучшение доступа населения к таковым (World Bank, 2004a). Целевые группы включают в себя детей и женщин детородного возраста, трудовых мигрантов и их семьи, людей, употребляющих небезопасную воду или живущих в районах риска по инфекционным заболеваниям, молодежь, заключенных и недавно освобожденных заключенных. Деятельность НПО в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний включает в себя такие направления, как репродуктивное здоровье, безопасное материнство, питание, борьба с ВИЧ/СПИД и заболеваниями, передающимися половым путем, психическое здоровье и использование наркотиков. НПО также ведут проекты по воде и санитарии и занимаются мобилизацией финансовых ресурсов на здравоохранение, либо путем мобилизации общин на сбор необходимых средств, либо через объединение фондов чрезвычайной помощи. В последнем случае экстренные средства могут быть использованы на ремонт медицинских учреждений, покрытие стоимости топлива при перевозке в неотложных случаях в отдаленные больницы, для оказания помощи бедным членам общины или для по-

крытия неформальных медицинских платежей для тех, кто не может заплатить (World Bank, 2004a).

Многие общины подготовили своих представителей для выполнения функций волонтеров здравоохранения после прохождения подготовки в НПО. Работники здравоохранения, общинные или религиозные лидеры и женщины были самыми активными членами общин в разработке и выполнении данных проектов (World Bank, 2005b).

Выявленное в ходе исследования в 2002 г. отсутствие доверия к правительству являлось одним из основных барьеров для участия общественности в делах здравоохранения. Другие барьеры, препятствующие вовлечению общественности, включали в себя бедность (либо самих общин, либо отсутствие необходимого финансирования у НПО), традиционную систему верований и влияние консервативных лидеров, которые сопротивлялись переменам. Ряд респондентов отметили, что городские общины в основном более открыты и восприимчивы, чем сельские общины. Несколько национальных НПО сообщали о нехватке знаний и низком уровне образования в качестве препятствующих факторов, а два международных НПО отметили высокий уровень грамотности и образования как факторы, способствующие вовлеченности общественности в дела здравоохранения. Результаты этих исследований, с одной стороны, выявили слабость местного здравоохранения в общинах в Таджикистане, с другой – потенциальные возможности использования таких программ для решения проблем здравоохранения в общине (Hemming, 2004; World Bank, 2005a).

2.3 Децентрализация и централизация

Несмотря на то что, как и в ряде других стран, экономические и этнические особенности и характеристики окружающей среды варьируют по регионам Таджикистана, система здравоохранения остается в основном государственной и управление ведется государством. Как уже было указано, финансовые ресурсы переводятся в сектор здравоохранения из национального государственного бюджета централизованно, через Министерство финансов, с частичным привлечением Министерства здравоохранения. Бюджетные средства центрального правительства затем распределяются по отделам финансов областных администраций. В этом отношении Министерство здравоохранения контролирует только функциональную деятельность медицинских учреждений.

Как правило (хотя и не повсеместно), структура иерархическая. В последние годы правительство начало работу по созданию новой правовой структуры для децентрализации и реформирования местного правительства. Несмотря на то что Таджикистан до сих пор сильно централизован в разработке политики и стратегии здравоохранения, однако с точки зрения финансов, включая финансирование здравоохранения, – это децентрализованная система. Большая часть государственных доходов генерируется на местах, и областной уровень в значительной степени определяет процесс формирования (местного) бюджета здравоохранения.

Ряд политических и административных полномочий был делегирован национальным правительством в областные администрации через закон о местном самоуправлении и местном хозяйстве от 1991 г. и закон о местных органах государственной власти от 1994 г. Эти законы позволяют областям разрабатывать местную политику здравоохранения в соответствии с директивами, выпущенными Министерством здравоохранения, и соответственно распределять ресурсы.

2.4 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения

2.4.1 Информация для пациентов

Население имеет недостаточный доступ к информации, связанной со здоровьем, и не знает о причинах плохого здоровья, особенно в отношении неинфекционных болезней, а также о том, что неправильное питание значительно способствует увеличению бремени болезней. Однако уровень грамотности в Таджикистане выше, чем в других странах с похожим уровнем экономического развития, что способствует распространению информации, связанной со здоровьем. В последние годы местные общины все больше осознают ответственность людей за собственное здоровье, и многие приняли участие в инициативах по повышению информированности общественности о вопросах здоровья матери и ребенка, ВИЧ/СПИД, туберкулеза, важности улучшения санитарных условий в домашних хозяйствах и других вопросах.

Средства массовой информации, включая телевидение, радио, газеты и Интернет, стали независимыми от государства и открыто выступают с критикой ряда вопросов, связанных со здравоохранением, включая ин-

фекционные заболевания, ВИЧ/СПИД, здоровый образ жизни, укрепление здоровья, питание и здоровье матери и ребенка. Освещается также информация для пациентов о здоровом образе жизни, питании и здоровье матери и ребенка. Некоторые продвинутое медицинские учреждения рекламируют свои услуги, таким образом предоставляя информацию пациентам относительно того, где можно получить доступ к определенным услугам. Министерство здравоохранения учредило пресс-центр, который открыл интернет-страницу и публикует новости в обычной прессе.

После того как в 1989 г. был принят Закон о языке, все организации в стране должны проводить свою деятельность на национальном языке – таджикском. Однако закон признает русский язык как второй официальный язык и разрешает русскоговорящим гражданам использовать русский язык для взаимодействия с властями. Более того, как было уже упомянуто выше, Конституцией 1994 г. русский язык был признан «языком межэтнических коммуникаций» (Republic of Tajikistan, 1994). В стране распространяется информация на двух языках, однако в последние годы таджикский язык становится все более употребительным. Другие меньшинства, такие как узбеки или кыргызы, в основном полагаются на государственный язык как основной источник информации. В некоторых селах, однако, в которых традиционно проживают национальные меньшинства, государство предоставляет информацию на их языке. Существуют также села, в частности в районах, граничащих с соседними странами, в которых большая часть сотрудников общеобразовательных школ, организаций или медицинских учреждений являются членами национальных меньшинств.

Информационные технологии не вполне развиты, но расширяются. После многих лет недостаточного инвестирования телефонная сеть находится в плохом состоянии. В период с 1998 по 2003 г. число основных телефонных линий на 100 человек населения оставалось на уровне 3,75, что считается самым низким показателем в мире. Использование мобильных телефонов резко возросло с 5% от общего числа пользователей в 2002 г. до 16% в 2003 г. Интернет-технологии развиваются медленно. В 2004 г. насчитывалось около 14 провайдеров Интернета, предоставляющих услуги в 12 крупных городах и охватывающих приблизительно одну треть населения. В самых больших городах, Душанбе и Худжанде, начали открываться интернет-кафе, однако количество пользователей остается низким (EIU 2006).

2.4.2 Права пациентов

В 1994 г. ВОЗ разработала Декларацию о защите прав пациентов в Европе (WHO, 1994). Эта декларация обосновывает принципы прав человека при оказании медицинской помощи, свободу доступа к информации о здоровье и здравоохранении, необходимость получения согласия пациента на проведение медицинских процедур и раскрытие информации, защиту конфиденциальности и неприкосновенности частной жизни, право пациента на выбор медицинского учреждения и методов лечения.

В Таджикистане было принято законодательство по защите прав пациентов, по предоставлению пациентам права выбора, по процедурам подачи жалоб и возмещения ущерба, а также о предоставлении информации о ценах на медицинские услуги. Несмотря на формальное признание прав пациентов, существует ряд значительных проблем в отношении финансовой доступности медицинских услуг.

Введение пакета медицинских услуг, гарантированного государством в четырех пилотных районах в 2007 г., позволило пациентам требовать определенные льготы и было направлено на организацию более прозрачного формата взимания соплатежей. Для того чтобы расширить права пациентов, необходимо повысить осведомленность общественности о пакетах услуг и возможных механизмах возмещения, включая административную и юридическую ответственность врачей и медицинских учреждений.

2.4.3 Выбор пациента

Пациентам предоставлены различные возможности выбора в зависимости от того, проживают ли они в городской или сельской местности. В сельской местности, где выше уровень бедности, пациентам приходится мириться с более низким стандартом медицинских услуг, предоставляемых в устаревших учреждениях со старым или отсутствующим оборудованием. Если пациенты хотят получить услуги в более современных медицинских учреждениях, с более высокими стандартами лечения, они должны взять на себя дополнительные траты на транспортировку и зачастую должны преодолевать большие расстояния. Помимо более свободного доступа к медицинским учреждениям, городское население лучше информировано относительно имеющихся услуг, в частности через Интернет, телефон и газеты, которые есть в городе, в отличие от телевидения и радио, распространенных в сельской местности.

Помимо ограничений в доступе к медицинской помощи, пациенты в сельской местности больше ограничены в выборе, чем городские пациенты, которые могут с большей легкостью сменить своего лечащего врача, специалиста или врача в больнице. Согласно положению о защите прав потребителя пациенты могут выбирать врачей, специалистов или медицинские учреждения. Если пациент не доволен своим врачом или медицинским учреждением, он может запросить дополнительное мнение другого врача или медицинского учреждения. В городской местности большой спрос на консультативные, диагностические, лабораторные или стоматологические услуги, что повышает конкуренцию и предоставляет пациентам более широкий выбор.

Выбор пациента также связан со стоимостью медицинских услуг, которые становятся более дорогими от сельского до областного уровня, от областного до городского или регионального уровня и от регионального до республиканского уровня, где находятся все специализированные услуги. Амбулаторные услуги значительно дешевле, чем лечение в больнице.

В пилотных районах, в которых были введены пакеты услуг, гарантированные государством, только определенные группы населения имеют право на бесплатные медицинские услуги. Предусматривается оказание большей части услуг на уровне служб первичного здравоохранения, а для получения медицинской помощи более высокого уровня специализации пациентам требуется направление. Иначе они обязаны оплатить получаемые услуги из собственных средств. Ожидается, что введение гарантированного пакета услуг во всей стране увеличит возможность выбора пациентов.

2.4.4 Процедура подачи жалоб

Процедура подачи жалоб была учреждена с вовлечением регулирующих органов в медицинских учреждениях и в Министерстве здравоохранения. В соответствии с положениями, жалобы должны быть подписаны предъ-явителем. Сначала жалобы рассматривают на уровне администрации каждого медицинского учреждения, которое обычно предоставляет в письменном виде ответ о том, какие меры были приняты для решения проблемы. Если жалоба требует вовлечения более высокого административного уровня, ее направляют в таковые из соответствующего медицинского учреждения.

Жалобы, которые направляются в Министерство здравоохранения, как правило, связаны с тяжелыми заболеваниями, которые не поддаются

ся лечению либо требуют направления за пределы страны, доступа к дорогостоящему специализированному лечению или медикаментам, или связаны с медицинскими ошибками или низкими стандартами лечения. В данном случае Министерство здравоохранения под надзором министра несет ответственность за то, чтобы были документально оформлены и предприняты все необходимые меры для разрешения указанных проблем. Кроме того, Министерство здравоохранения проводит еженедельные консультации с представителями общин, на которых рассматриваются конкретные жалобы и проблемы. Предполагается, что создание в недавнем прошлом офиса Омбудсмана предоставит новые возможности пациентам, которые хотят обратиться с жалобой на качество получаемых ими услуг здравоохранения.

2.4.5 Безопасность пациента и компенсация

Каждое осложнение или смерть пациента, происходящие в процессе оказания помощи, регистрируется и оценивается медицинскими специалистами. В каждой больнице существует специальный организационный комитет, «комиссия по расследованию летальных случаев», который оценивает случаи, приведшие к смерти пациентов. Все такие случаи рассматриваются командой врачей, которые приходят к заключению и предоставляют рекомендации по предотвращению нанесения ущерба в связи с лечением в будущем. Организационные меры направлены на обеспечение гарантий того, что врачи и медсестры несут ответственность за каждую клиническую процедуру, которую они предпринимают. К сожалению, страхование ответственности не является широко распространенной практикой и не является обязательной для врачей или медицинских учреждений. В случаях, когда доказано причинение вреда здоровью, поставщик медицинских услуг обязан предоставить полный курс лечения за свой счет.

Медицинские ошибки, как правило, регистрируются и публикуются. Они обсуждаются на конференциях, семинарах и тренингах и разъясняются студентам медицинских образовательных учреждений. Там, где это необходимо, эти случаи доводятся Министерством здравоохранения до сведения Министерства юстиции и прокуратуры. Служба государственного надзора за медицинской деятельностью, созданная в ноябре 2008 г., отвечает за законодательство по безопасности пациентов и приняла ряд необходимых мер для начала процесса аккредитации медицинских учреждений.

Когда врачи отмечают неблагоприятную реакцию на лекарственные средства, они, как правило, немедленно сообщают об этом непосредственно в Министерство здравоохранения и в аптеку, которая предоставила медикаменты. Служба государственного надзора за фармацевтической деятельностью тестирует образец лекарства и докладывает результаты в Министерство здравоохранения. Периодически Служба государственного надзора за фармацевтической деятельностью получает запросы на проведение анализов образца лекарственного препарата непосредственно от поставщика медицинских услуг. Результаты тестов сравнивают с клиническими результатами, и Министерство здравоохранения несет ответственность за принятие соответствующих регулирующих мер.

2.4.6 Участие/вовлечение пациента

Не существует механизмов по вовлечению пациентов и широкой общественности в процесс принятия управленческих решений. К настоящему времени, по-видимому, не было проведено ни одного исследования по удовлетворенности пациентами оказанием медицинской помощи.

Участие общества в здравоохранении было специально отмечено как одна из пяти основных целей правительственной программы реформ в здравоохранении 2002 г. В частности, программой рекомендовано «более активное участие населения в планировании, выполнении и контроле за медицинской и санитарной помощью при использовании местных и других ресурсов и возможностей», а также «...необходимо разработать меры по предоставлению полной, точной и своевременной информации по вопросам, связанным со здоровьем, медицинской и санитарной помощью через разные информационные каналы» (Republic of Tajikistan, 2002c).

Однако механизмы по вовлечению общин в организацию местной системы здравоохранения, проходящие тестирование в пилотных районах, еще не внедрены на национальном уровне. Взаимодействие местных хукуматов с местными НПО помогает усилить вовлеченность населения в решение вопросов, связанных со здравоохранением. Общинные советы (махали) на сельском, районном и городском уровне играют важную роль в мобилизации общин. Но это не регулярные системы, и их эффективность ограничена (Republic of Tajikistan, 2002b; World Bank, 2005a).

3. Финансирование

Финансирование расходов, связанных со здравоохранением, поступает из трех основных источников: общий бюджет, оплата услуг за счет пациентов и международная помощь по развитию. Государственное финансирование, осуществляемое через сбор налогов, взимаемых национальным правительством, составляет относительно небольшой процент общих расходов на здравоохранение, и даже эти ограниченные средства используются неэффективно, большая часть средств направлена на выплату зарплат в больничном секторе (Cashin, 2004a). Ввиду того что общественное финансирование здравоохранения было разрушено в период после провозглашения страной независимости, оплата услуг за счет пациентов стала все в большей степени заполнять образовавшиеся финансовые пробелы (Cashin, 2004a; Falkingham, 2004), составив с 2007 г. приблизительно 76,2% общих расходов на здравоохранение (World Bank, 2009a).

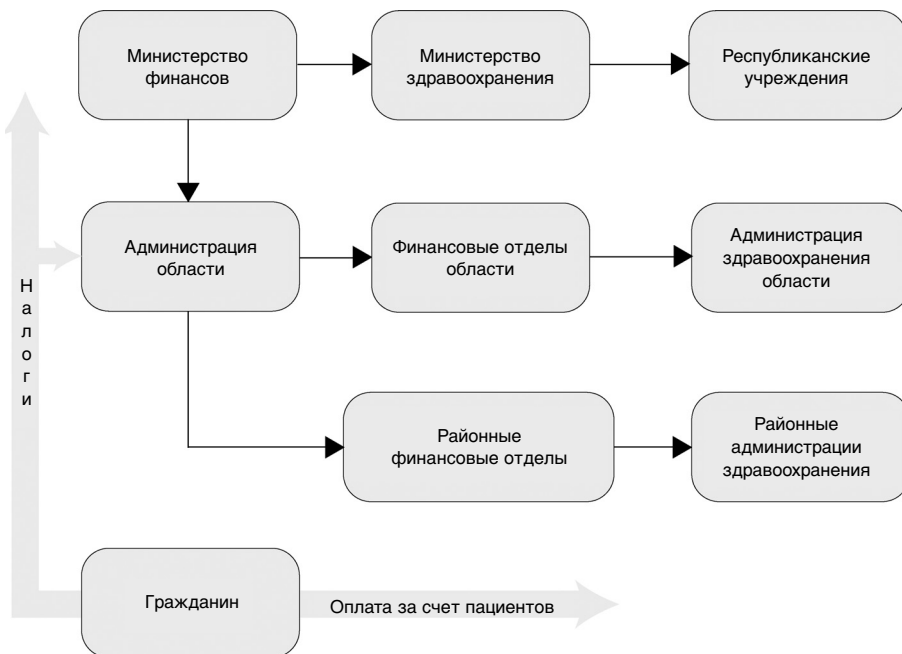
Реформирование системы финансирования здравоохранения было начато в 2005 г. (рис. 3.1 показывает современные потоки финансирования). Основная цель заключалась в диверсификации источников финансирования, например через формальные соплатежи, определение гарантированных пакетов услуг здравоохранения, для того, чтобы привести обязательства по предоставлению бесплатного медицинского обслуживания в соответствие с имеющимися ресурсами, и введении формирования бюджета с учетом потребностей населения и по направлениям деятельности.

3.1 Расходы на здравоохранение

Ввиду того что оплата медицинских услуг за счет пациентов является основным источником расходов на здравоохранение (см. табл. 3.1),

Рис. 3.1

Схема финансовых потоков



Источник: Rahminov, Gedik and Healy, 2000.

общая сумма расходов на здравоохранение не отображается соответствующим образом в государственной статистике. Согласно оценкам Всемирного банка, общие расходы на здравоохранение в пересчете на душу населения (в долларах США по текущему курсу) увеличились с 9 долл. США в 2002 г. до 24,5 долл. США в 2007 г. (World Bank, 2009a). В 2008 г. общий объем бюджетных средств, выделенных на сектор здравоохранения, был равен приблизительно 74 млн долл. США, что составляет 10,6 долл. США на душу населения. Государственный бюджет на здравоохранение составил 1,7% ВВП и 5,7% государственного бюджета.

Таджикистан – одна из стран Европейского региона ВОЗ с самой низкой долей государственных расходов в процентном отношении от всех расходов на здравоохранение (рис. 3.2.) С 2002 по 2007 г. доля государственных расходов на здравоохранение незначительно увеличилась с 20,2 до 23,8% (World Bank, 2009a).

При рассмотрении в контексте Европейского региона ВОЗ, Таджикистан может быть причислен к странам с самыми низкими расходами

Таблица 3.1

Тенденции в изменении расходов на здравоохранение, 2002–2007 гг.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ^a
Расходы на здравоохранение на душу населения (долл. США)	9,0	11,0	14,0	18,0	21,0	24,5
Расходы на здравоохранение, общие (% ВВП)	4,5	4,5	4,4	5,0	5,0	–
Расходы на здравоохранение, государственные (% правительственных затрат)	4,8	4,8	4,6	5,0	5,0	–
Расходы на здравоохранение, государственные (% общих затрат на здравоохранение)	20,2	20,4	21,4	22,7	22,5	23,8
Расходы на здравоохранение, частные (% общих расходов на здравоохранение)	79,8	79,6	78,6	77,3	77,5	76,2
Расходы на здравоохранение, за счет пациентов (% всех частных расходов на здравоохранение)	98,9	97,5	96,8	96,3	96,6	–

Источник: World Bank, 2009a.

Примечание: ^a Данные по выборочным статьям расходов.

на здравоохранение в процентах от ВВП (см. рис. 3.3), несмотря на то что страна находится приблизительно на одном уровне с другими странами Центральной Азии и Содружества Независимых Государств (см. рис. 3.4).

Что касается приблизительных расходов на здравоохранение в пересчете на душу населения, при паритете покупательной способности (ППС), равном 67 долл. США в 2005 г., Таджикистан занимал самое последнее место из всех стран Европейского региона ВОЗ (см. рис. 3.5).

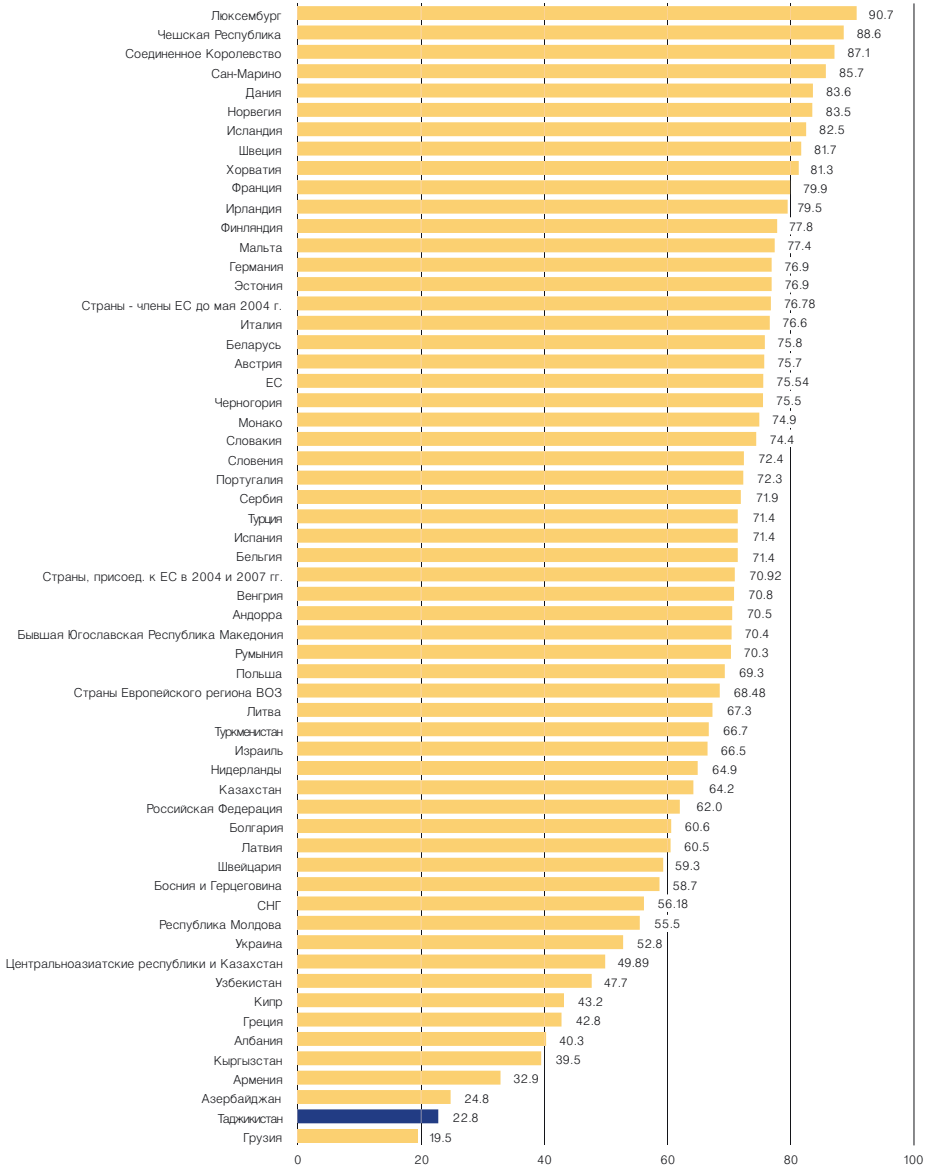
Консолидированный бюджет здравоохранения, который включает в себя все источники общественного финансирования сектора здравоохранения, не доступен в готовом виде. Уровень государственных расходов на душу населения в секторе здравоохранения варьирует в разных районах даже в одной и той же области, что отчасти связано с фрагментированным формированием бюджета как на уровне областей, так и на уровне районов и джамоатов и с различным уровнем налоговых поступлений (рис. 3.6).

При распределении финансов здравоохранения предпочтение традиционно отдавалось больничным службам. В 1999 г. 60% общего финансирования здравоохранения было выделено на больничные службы (больничные услуги и лекарства), в 2003 г. этот показатель снизился до 56% (Cashin, 2004).

Распределение средств между больницами и амбулаторными службами варьирует в зависимости от источника финансирования. В 2003 г. местные административные органы предоставили самую значительную долю финансирования (63%) в секторе здравоохра-

Рис. 3.2

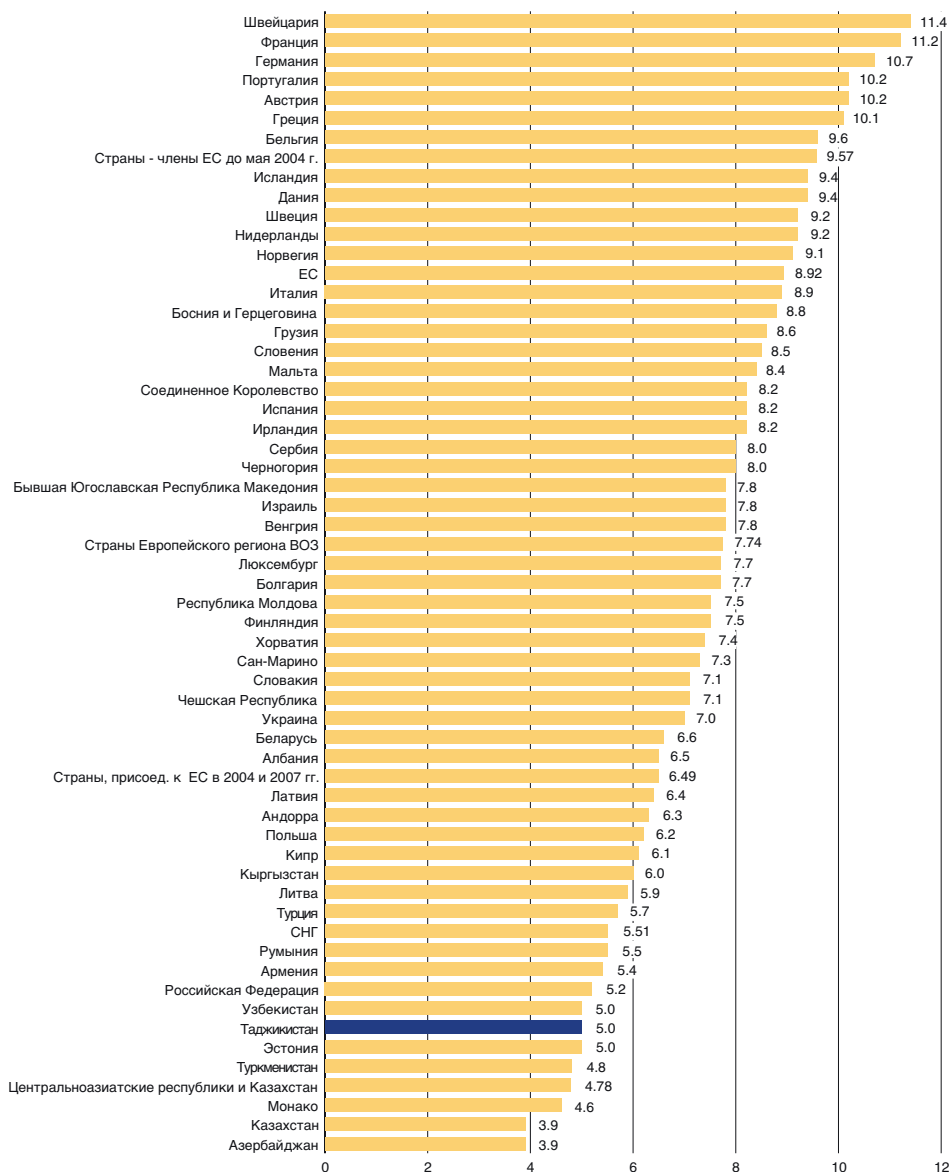
Государственные расходы, как % всех расходов на здравоохранение в европейском регионе ВОЗ, 2005 г., по оценкам ВОЗ



Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Рис. 3.3

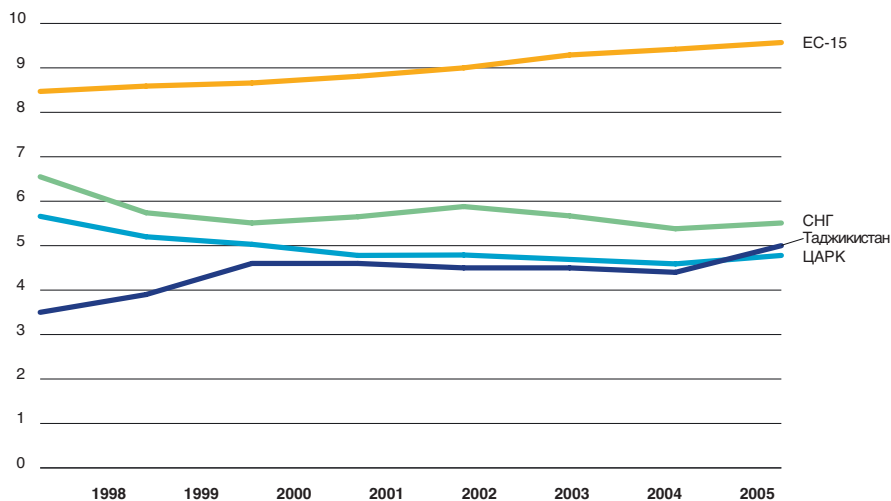
Расходы на здравоохранение, доля от ВВП (%), Европейский регион ВОЗ, 2005 г., по оценкам ВОЗ



Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Рис. 3.4

Тенденции в затратах на здравоохранение, доля ВВП (%)
в Таджикистане, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1998–2005 гг. (по оценкам ВОЗ)



Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

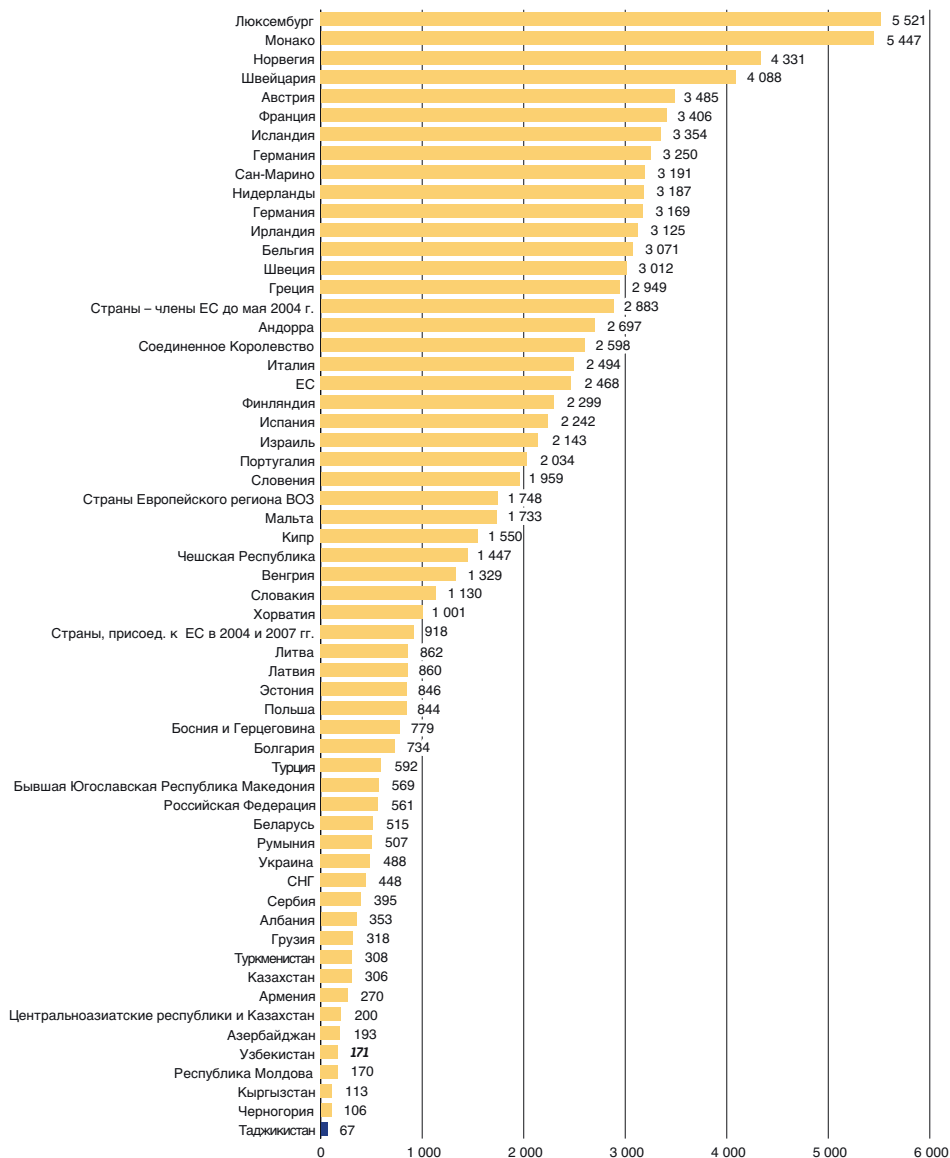
нения больничным службам, в то время как домашние хозяйства предоставили на это только 12% всех своих затрат на здравоохранение. И республиканский бюджет и доноры выделили примерно по 37% своего общего финансирования на больничные службы (Cashin, 2004). Службы общественного здравоохранения получили около 5% средств из государственного бюджета на здравоохранение, и только около 1% всех затрат на здравоохранение (Cashin, 2004).

3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание

Так же как и все страны бывшего Советского Союза, независимый Таджикистан унаследовал политическую приверженность предоставлению почти всех услуг здравоохранения бесплатно. После того как система государственного финансирования была разрушена в ходе переходного периода, пробелы в финансировании стали все больше заполнять плате-

Рис. 3.5

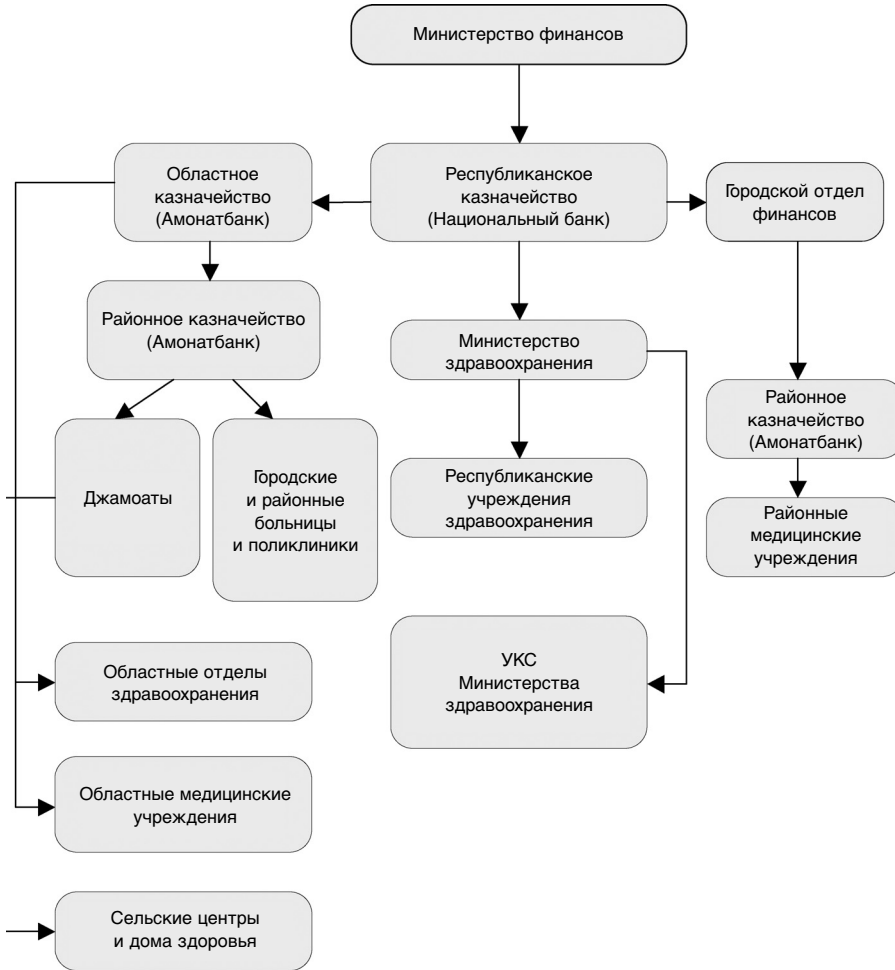
Расходы на здравоохранение в долларах ППС на душу населения в Европейском регионе ВОЗ, 2005 г., по оценкам ВОЗ



Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Рис. 3.6

Регулярные государственные расходы в секторе здравоохранения



жи за счет пациентов. В Таджикистане рост неофициальной оплаты на протяжении длительного периода затруднял выработку правительственной политики по включению их в систему формальной оплаты услуг здравоохранения или по созданию гарантий того, что неофициальные платежи не приведут к катастрофическим тратам на уровне домохозяйств и не усугубят социальное неравенство (Cashin, 2004).

3.2.1 Гарантированный пакет услуг (2005 г.)

Для того чтобы гарантировать равный доступ к услугам здравоохранения и формализовать платежи за счет пациентов, Министерство здравоохранения разработало программу, которая предусматривала пакет базовых услуг (также известный под названием «пакет гарантированных услуг») для нуждающихся лиц и формальные соплатежи для других групп населения. Документ был одобрен постановлением правительства № 237 от 2 июля 2005 г., и 1 августа 2005 г. было начато его выполнение по всей стране (Ministry of Health, 2005a).

В ходе национального референдума в июне 2003 г. была принята поправка к Конституции, отменяющая право на бесплатное медицинское обслуживание, разрешая правительству вводить дополнительные платежи в государственных медицинских учреждениях. Это послужило важным шагом по упразднению прошлой практики и стало свидетельством готовности правительства осуществлять реформы в секторе здравоохранения. Поправка к Конституции позволила правительству расставить приоритеты в распределении ресурсов здравоохранения в соответствии с гарантируемыми государством основными медицинскими услугами, и ввести дополнительные платежи за другие услуги здравоохранения. Эта поправка также повлекла за собой изменение в отношениях между государством и его гражданами: подчеркивая общую ответственность граждан и государства, граждане были признаны равноправными партнерами в развитии системы здравоохранения (World Bank, 2004b).

На предварительной стадии пакет гарантированного государством медицинского обслуживания был протестирован в 2004 и 2005 гг. в двух экспериментальных районах (Варзоб и Дангара) с общим числом населения приблизительно 165 000 человек. Пакет определял тип и объем гарантируемых медицинских услуг, финансируемых государственным бюджетом, но предоставил определенную гибкость местным органам власти в каждом районе в соответствии с имеющимся бюджетом.

Определенные категории населения (включая участников Второй мировой войны, жертв чернобыльской катастрофы, «Героев Таджикистана», детей до 5-летнего возраста, беременных женщин и призывников) и определенные категории пациентов (включая пациентов, страдающих от туберкулеза, расстройств психики, онкологических болезней, бронхиальной астмы, диабета или болезней кровеносной системы)

были освобождены от дополнительных платежей. Иностранцы, туристы, лица, находящиеся в стране с краткосрочным визитом, и беженцы не имели права на льготный пакет и полностью оплачивали доступ к медицинским услугам в государственных учреждениях здравоохранения.

Корзина льготных услуг также предусматривала финансирование долгосрочного ухода, долгосрочный уход за пожилыми и психически больными пациентами, паллиативный уход, профилактику и лечение профессиональных болезней, лечение травм в результате несчастных случаев, транспортировку, уход в нерабочее время, неотложную помощь вне больницы и предоставление информации пациентам. Льготный пакет должен был пересматриваться ежегодно правительством и Министерством здравоохранения в соответствии с имеющимися бюджетными ресурсами на здравоохранение. Медицинское обслуживание по государственным гарантиям предусматривало использование протоколов лечения, которые были разработаны на основе руководств по клинической практике (Ministry of Health, 2004a) и в основном ориентировались на медикаменты, включенные в перечень основных лекарственных средств (Ministry of Health, 2004b).

Ввиду ограничений государственного бюджета, большинство медицинских услуг было включено в схему дополнительной оплаты. При полной оплате медицинских услуг государственный бюджет покрывал бы только 20% услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения. Оставшиеся 80% медицинских услуг должны были бы быть покрыты дополнительными платежами. Такие услуги включали в себя альтернативную терапию или комплементарную медицину, услуги оптика (такие как проверка зрения или выписывание очков), фармацевтические препараты (включая медикаменты из перечня основных лекарственных средств), стоматологическое лечение (осмотр, пломбирование, удаление или зубные протезы) и определенные хирургические вмешательства (такие как диализ или аборт). Размер дополнительных платежей значительно варьировал от небольших платежей за основные и общие услуги до крупных платежей за услуги, которые требуют использования современных технологий, таких как компьютерная томография, ангиография или кардиохирургия. Определенные медицинские услуги, такие как косметическая хирургия или зубное протезирование, не были включены в гарантируемый государством пакет услуг или схемы дополнительных платежей, так же как медицинские услуги с применением высоких технологий, такие как искусственное оплодотворение или трансплантация органов.

Первая попытка введения гарантированного пакета медицинских услуг в 2005 г. имела ряд недостатков в разработке и внедрении, в число которых входили следующие (Saifutdinov et. al, 2009 [из неопубликованной статьи]):

- отсутствовал единый список стоимости услуг льготного пакета, таким образом, каждое учреждение разработало отдельный список стоимости услуг, отличавшийся от других;
- список стоимости лечения разных заболеваний и состояний был слишком пространным и содержал много деталей;
- информация о страховом пакете была недостаточно распространена среди населения и сотрудников здравоохранения;
- были зарегистрированы случаи взимания неофициальных платежей наряду с официальными дополнительными платежами.

Введение гарантированного страхового пакета привело к значительному недовольству населения и было приостановлено спустя всего лишь два месяца, в октябре 2005 г.

3.2.2 Гарантированный пакет услуг (2007)

Новый гарантированный пакет услуг был введен правительственным указом № 199 от 14 апреля 2007 г., выполнение было начато в четырех пилотных районах (Турсун-Заде, Рашт, Дангара и Спитамен) в июне 2007 г. Правительство Таджикистана и международные донорские организации и агентства (включая ВОЗ, Всемирный банк, ЮСЭЙД, Азиатский банк развития и Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству) сделали выводы на основании уроков, полученных в ходе неудачного внедрения гарантированного пакета услуг. Новый пакет услуг характеризовался (Saifutdinov et al., 2009 [из неопубликованной статьи]):

- глубинным анализом и детальным планированием перед началом выполнения пилотных проектов;
- постепенным, поэтапным выполнением в четырех пилотных районах, сопровождаемым мониторингом и оценкой;
- полномасштабными информационными кампаниями, адресованными лицам, принимающим решения, работникам здравоохранения и общественности.

Гарантируемый пакет льгот регулирует права таджикских граждан на получение медицинских услуг через ряд правил по уровням платежей и льгот. Основная цель внедрения пакета состояла в том, чтобы уменьшить неофициальные платежи, установив предсказуемую и прозрачную систему прав и обязанностей пациентов, а также включив их в формальную систему финансирования здравоохранения. В экспериментальных районах при получении дополнительных платежей предоставляются квитанции, и исследования показывают сокращение объема неофициальных платежей и увеличение официальной зарплаты врачей. Однако личные расходы пациентов остаются без изменений.

В ходе вторичного внедрения гарантированного пакета, для обеспечения лучшего понимания населением и упрощения расчетов стоимости, были определены восемь категорий дополнительных платежей. По каждой категории средняя сумма, которую пациент должен оплатить, значительно ниже, чем та сумма, которая обычно неофициально платится за те же самые процедуры. Кроме того, было предложено разграничение в размере дополнительных выплат – 30% (для пациентов, направленных из первичного звена здравоохранения) и 70% при самостоятельном обращении (без направления). Такой подход в различиях объемов софинансирования направлен на усиление роли первичного уровня здравоохранения, чтобы поток пациентов изначально поступал в первичные учреждения здравоохранения, а не в больницы. В 2009 г. соплатежи в этих группах возросли с 30 до 50% и с 70 до 80% соответственно. Ввиду того что одна из целей повторного внедрения гарантированного пакета услуг заключалась в том, чтобы улучшить доступ к услугам здравоохранения для бедных слоев населения, следующие социальные группы были освобождены от дополнительных платежей (приказ № 191 от 14 апреля 2007 г.):

- ветераны Второй мировой войны;
- люди с ограниченными возможностями;
- сироты;
- дети в возрасте до 1 года;
- пенсионеры старше 80 лет;
- пожилые люди на государственном попечении.

Пациенты, имеющие нижеследующие заболевания, также были освобождены от дополнительных платежей (приказ № 191 от 14 апреля 2007 г.):

- инфаркт миокарда (в течение первого месяца после инфаркта);
- туберкулез;
- рак (терминальная стадия);
- диабет;
- шизофрения;
- гемофилия;
- врожденный сифилис;
- проказа;
- ВИЧ/СПИД;
- малярия;
- бешенство;
- эпидемический цереброспинальный менингит;
- дифтерия;
- острые респираторные инфекции и диарея у детей;
- беременные женщины, если они поставлены на учет и наблюдаются до родов.

Однако процент населения, получивший освобождение от со-платежей в пилотных районах, где внедряется гарантированный пакет, очень низок и составляет примерно 4% всего населения района Спитамен (Schneider, 2009). Это остро контрастирует с высоким уровнем бедности, оцененным в 41% в 2007 г., при определении уровня бедности в 2,15 долл. США в день (по паритету покупательной способности) на человека (World Bank, 2009b) (см. раздел 1.2 «Экономика»).

Услуги, предоставляемые на разных уровнях здравоохранения, группы населения, имеющее право на услуги, и обязательные соплатежи указаны в табл. 3.2.

Исследование, проведенное в августе 2008 г. по итогам 15 месяцев внедрения нового пакета, показало, что в целом объем оплаты услуг за счет пациентов несколько сократился. В экспериментальных районах было отмечено увеличение объема официальных платежей и сокращение неофициальных выплат медицинскому персоналу. И в экспериментальных, и в контрольных районах плата за лекарственные средства и лабораторные анализы на уровне больниц сократилась, однако сниже-

Таблица 3.2

Гарантированный пакет услуг в 2007 г.*

Служба	Перечень включенных услуг	Группы населения, правообладатели	Подлежит оплате?
Служба скорой помощи	Неотложная медицинская помощь и медикаменты при угрожающих жизни состояниях	Все население	Бесплатно для всех, если отвечает условиям для предоставления услуг
	В ходе беременности и осложнений при родах (включая медикаменты из перечня основных лекарственных средств)	Все население	Бесплатно для всех, если отвечает условиям для предоставления услуг
Первичный уровень здравоохранения			
Профилактическая служба	Пропаганда здорового образа жизни	Все население	Бесплатно
	Иммунизация детей в соответствии с расширенной программой иммунизации и национальным графиком вакцинации	Дети, подлежащие вакцинации, в соответствии с национальным графиком иммунизации	Бесплатно
	Анонимные консультации по поводу ВИЧ/СПИД и ЗППП	Все население	Бесплатно
	Наблюдение за здоровьем детей	Дети в возрасте до 5 лет	Бесплатно
	Периодические профилактические осмотры школьников	Дети школьного возраста	Бесплатно
	Постоянное наблюдение за пациентами, находящимися под диспансерным наблюдением (без дополнительных диагностических и лабораторных услуг)	Пациенты, находящиеся под диспансерным наблюдением; население, освобожденное от выплат, имеет право также и на дополнительные диагностические и лабораторные услуги	Бесплатно
Диагностические службы	Консультирование пациентов	Все население	Бесплатно
	Основные лабораторные и диагностические услуги: общий анализ крови и общий анализ мочи и микроскопия мочи	Население групп 1 и 2	Бесплатно
	Анализ крови на малярию	Все население	Бесплатно
	Микроскопия мокроты	Все население	Бесплатно
	Анализ крови доноров	Доноры крови	Бесплатно
	Анализ мочи и крови на содержание сахара	По назначению врача	Бесплатно
	ЭКГ	По назначению врача	Бесплатно

	Микроскопия уретрального и вагинального мазка	Беременные женщины, только по медицинским показаниям	Бесплатно
	УЗИ тазовых органов	Беременные женщины, только по медицинским показаниям	Бесплатно
Лечебные службы	Неотложная медицинская помощь	Все население	Бесплатно
	Иммобилизация переломов	Все население	Бесплатно
	Выписка рецептов на медикаменты и назначение диагностических или лечебных вмешательств	Все население	Бесплатно
	Медицинские инъекции (неясно, включена ли стоимость медикаментов)	Все население	Бесплатно
	Лечебные процедуры (физиотерапия, массаж, плевральный дренаж, первичная хирургическая обработка ран, катетеризация вен, наложение швов и т. д.)	Население групп 1 и 2	Бесплатно
Медицинские услуги для призывников	Все необходимые услуги первичной медицинской помощи	Призывники	Бесплатно
Специализированные амбулаторные консультации			
	По направлению учреждений первичного здравоохранения и семейной медицины, включая лабораторные анализы и диагностику	Население групп 1 и 2	Бесплатно
	По направлению учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины; консультации и назначения (не включая предоставление медикаментов)	Все население	Бесплатно
	По направлению учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины: консультации, включая лабораторные анализы и диагностику	Все население	Дополнительный платеж 30%
	Без направления учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины: консультации, включая лабораторные анализы и диагностику	Население без направления учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины	Дополнительный платеж 70%

Больничные услуги			
Неотложная помощь	Предоставляется бесплатно до стабилизации состояния пациента	Все население пилотных районов	Бесплатно
	После стабилизации предоставляемые услуги считаются либо плановой госпитализацией, либо, в случае выписки пациента, амбулаторными услугами; предоставление услуг регулируется правилами соответствующих служб	См. соответствующие правила	–
Плановая госпитализация	По направлению учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины	Население группы 1	Бесплатно
	По направлению учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины по основному заболеванию	Население группы 2	Бесплатно
	По направлению учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины	Остальное население	Дополнительный платеж
	Без направления учреждений первичного уровня здравоохранения и семейной медицины	Остальное население	Дополнительный платеж 70%
	Родовспоможение	Беременные женщины, находящиеся под постоянным наблюдением	Бесплатно
	Родовспоможение	Беременные женщины, не находящиеся под постоянным наблюдением	Бесплатно первые 48 часов, затем дополнительный платеж 70%
Стоматологические услуги	Профилактический осмотр дважды в год	Дети и беременные женщины	Бесплатно
	Неотложная стоматологическая помощь	Все население	Бесплатно
	Гигиена ротовой полости	Дети в возрасте 2–7 лет и беременные женщины	Бесплатно
	Специализированные стоматологические услуги	Все население	Подлежит оплате за оказанные услуги в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения

Примечание: * более темным фоном отмечены услуги, предоставляемые матери и ребенку в рамках гарантированного пакета услуг.

ние было более выраженным в пилотных районах, где возрос уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Тем не менее также стало ясно, что гарантированный пакет не сможет решить все проблемы системы здравоохранения, например оплату персонала или распределения бюджетных средств (Health Policy Analysis Unit, 2009; Bobokhojaeva et al., 2009).

Ситуация резко изменилась в декабре 2008 года, когда правительством был издан указ № 600, представивший программу по оплате за медицинские услуги за личный счет граждан, аналогичную прекращенной в 2005 г. Новая программа предусматривала прайс-лист официальных доплат и сборов за услуги из 1200 позиций, которые должны были быть определены Министерством здравоохранения. Партнеры по международному развитию проявили озабоченность: ими были высказаны опасения, что новая схема на основе ретроспективных платежей не будет прозрачна и приведет к назначению ненужных видов лечения и к увеличению расходов, ею будет сложно управлять и она подорвет усилия по реформированию сектора здравоохранения. После напряженных переговоров была достигнута договоренность о еще одном внесении поправок в нормативно-правовую базу. Совместным Указом Министерства здравоохранения и Министерства финансов от 16 июня 2009 г. были представлены 12 категорий по доплате вместо 1200 ранее предложенных (Rechel и Khodjamurodov, 2010).

3.3 Сбор и источники финансовых средств

В Таджикистане действует обязательная система финансирования здравоохранения, основанная на налогах, но, как было упомянуто выше, оплата услуг за счет пациентов стала основным источником доходов в системе здравоохранения. Международная помощь по развитию является третьим, самым важным источником финансирования здравоохранения.

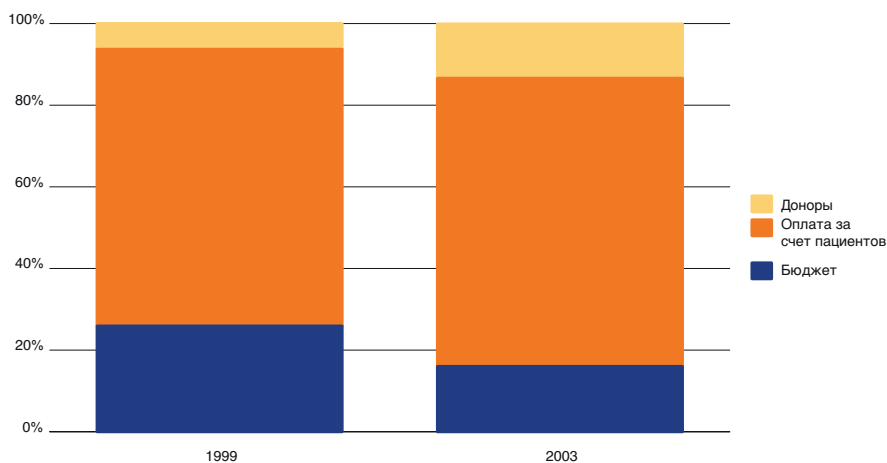
В 2003 г. подавляющее большинство средств на здравоохранение (71%) поступило от частных платежей пациентов, слегка увеличившись с 68% в 1999 г.; большинство этих средств было потрачено на покупку лекарственных средств. Частные платежи были основным источником финансирования всего медицинского обслуживания, кроме больничных услуг (за исключением медикаментов)

и служб общественного здравоохранения. Домашние хозяйства внесли 96% средств для приобретения медикаментов при лечении вне больницы, 61% – на амбулаторные услуги, 52% – на медикаменты в стационарах и 37% – на больничные услуги (Cashin, 2004a). Согласно проекту Национальной стратегии развития 2006 г., частные (в основном неофициальные) платежи составляли 70% общих расходов на здравоохранение, бюджетные средства – 16% и помощь доноров – 14% (Republic of Tajikistan, 2006a) (см. рис. 3.7).

В настоящее время Министерство здравоохранения приступило к разработке национальных счетов здравоохранения с целью оценки расходов здравоохранения во всех секторах и из всех источников финансирования. В соответствии с оценками национальных счетов здравоохранения за 2007 г., вклад пациентов составил примерно 72% общего объема расходов на здравоохранение, государственное финансирование – 18% и внешние доноры предоставили 10% (Schneider, 2009). Картина была несколько иной на районном уровне, где пациенты оплатили около 27% общего числа расходов районов на здравоохранение в 2007 г. Это позволяет предположить, что значительная часть платежей за счет пациентов связана со стационарным лечением (включая лекарственные средства) на уровне области и в Душанбе, а не на базовые услуги первичной медицинской помощи, которая предоставляется на районном уровне (Schneider, 2009).

Рис. 3.7

Процент общих расходов на здравоохранение, в соответствии с источником доходов, 1999 и 2003 гг.



Источник: Cashin, 2004a.

3.3.1 Оплата медицинских услуг за счет пациентов

Наибольшая доля доходов здравоохранения в настоящее время поступает непосредственно от пользователей здравоохранения в форме как официальных, так и неофициальных платежей. Как было упомянуто выше, гарантируемый страховой пакет, введенный в 2005 г. и повторно введенный в 2007 г., был направлен на то, чтобы формализовать неофициальные платежи путем введения официальных дополнительных платежей. Частные платежи были введены во второй половине 1990-х гг. в некоторых государственных так называемых хозрасчетных центрах здравоохранения, что означало, что они получили разрешение взимать плату за услуги. Такие учреждения включают в себя различные высокоспециализированные больницы и центры, главным образом расположенные в Душанбе. Пациенты платят за определенные услуги согласно прейскуранту, разработанному учреждениями здравоохранения и одобренному Министерством здравоохранения и Государственным антимонопольным комитетом.

Несмотря на то что до недавнего времени официальная плата взималась только за предоставление ограниченного спектра услуг в хозрасчетных центрах здравоохранения, более 98% госпитализированных пациентов и более 70% амбулаторных пациентов, опрошенных Общественным фондом «Панорама» в 2007 г., сообщили о платежах наличными деньгами или о подарках (таких как продукты питания и услуги) либо в качестве оплаты за консультацию/назначение, либо за лекарства и медицинское обеспечение. Только 2% опрошенных получили квитанцию за платежи (Public Foundation Panorama, 2007).

Это демонстрирует то, что неофициальная оплата за счет пациентов в Таджикистане очень распространена и преобладает над формальными платежами, взимаемыми в частных и хозрасчетных центрах здравоохранения. Эти платежи производятся непосредственно за счет пациентов. Поскольку государственные расходы на лекарства уменьшились в абсолютных и относительных величинах, частные платежи и вклад доноров значительно возросли, чтобы восполнить этот пробел. Расходы на лекарства представляют собой большую и все увеличивающуюся долю всех расходов на здравоохранение, особенно для частных домохозяйств. Несмотря на то что большая часть дискуссий о частных платежах в Центральной Азии касается неофициальных платежей (за личный счет граждан), расходы на лекарственные средства для внебольничного лечения, которые всегда считались законными и необходимыми, возможно

более важны по своему общему объему и частоте использования, чем неофициальные платежи (Cashin, 2004a).

3.3.2 Обязательные платежи

В структуре государственного финансирования местные бюджеты выделяют большую часть средств для финансирования здравоохранения. В 2003 г. 77% государственного финансирования поступило из местных бюджетов, в то время как республиканский бюджет предоставил только 23 % (Cashin, 2004a). Перебои в работе правительственных учреждений и в выполнении ими своих функций, наряду с тенденциями к бюджетной децентрализации, стали причиной отсутствия стабильности в финансировании общественного здравоохранения на местном уровне. Низкий уровень государственных доходов в процентах от ВВП показывает, что система сбора налогов в Таджикистане остается слабой, кроме того, большая часть экономической активности в стране приходится на неофициальную экономику (Cashin, 2004).

В 2003 г. государственное финансирование составило только 16% общего объема финансирования здравоохранения в 2003 г., снизившись с почти 26% в 1999 г. В 2003 г. государство являлось самым значительным источником финансирования только для больничных служб (41%, за исключением оплаты лекарственных средств в стационарах), служб общественного здравоохранения (86%), управления и научных исследований (100%) (Cashin, 2004a).

Государственная финансовая структура состоит из республиканского бюджета, бюджетов приблизительно 70 местных органов власти (на уровне областей и районов) и двух внебюджетных фондов: Фонда социальной защиты и Дорожного фонда. Ежегодный бюджет определяет налогово-бюджетные отношения между различными уровнями власти. Налогово-бюджетные решения сугубо централизованы и принимаются в Душанбе. Налоги взимаются Государственным налоговым комитетом и управляются Министерством финансов, однако определенная часть доходов перераспределяется местным органам властям. Местные органы власти получают обратно почти весь подоходный налог, собранный у населения своего региона, плюс 85% земельных налогов. Приблизительно 75% общего государственного дохода получается на местном уровне (главным образом за счет подоходных налогов, собранных Государственным налоговым комитетом), а оставшиеся 25% – из различных источников. Экономический коллапс и длительная гражданская война

привели к серьезной финансовой неустойчивости государства, характеризующейся серьезным дефицитом бюджета на протяжении ряда лет, ввиду сокращения источников дохода, неадекватным сбором налогов и управлением расходами.

3.3.3 Внешние источники финансирования

Сектор здравоохранения Таджикистана развивается при поддержке большого числа международных организаций, включая неправительственные организации, а также двусторонние и многосторонние организации. Основными из них являются Всемирный банк, ЕС, ВОЗ, Департамент по международному развитию Соединенного Королевства, Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству, ЮСЭЙД, немецкие агентства по развитию и Фонд Ага Хана. Другие участвующие организации включают ПРООН, ЮНИСЕФ и Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА). Международные неправительственные организации в значительной степени покинули сектор здравоохранения после того, как на смену гуманитарной помощи пришла помощь по развитию. В 2007 г. в секторе здравоохранения Таджикистана работали 44 внешних агентства или партнера.

В 2003 г. финансовый вклад доноров составил около 13% общего объема финансирования здравоохранения в Таджикистане, однако в нескольких подсекторах здравоохранения вклад доноров был более существенным. Например, доноры предоставили 35% объема финансирования на приобретение медикаментов для стационаров, 22% – на больничные службы, включая поставку оборудования и реконструкцию, 25% – на амбулаторные службы, также включая поставку оборудования и реконструкцию, и 14% – на финансирование служб общественного здравоохранения (Cashin, 2004a).

Заявки для получения международной помощи представляются всеми министерствами и организациями в Министерство экономики и торговли. На основании этих заявок Министерство составляет бюджет всех государственных инвестиций и представляет его на одобрение правительству, после чего бюджет принимается парламентом. За координацию этой процедуры отвечает Государственный комитет по инвестициям и управлению государственным имуществом. Министерство финансов контролирует количество внешнего долга всех министерств, включая Министерство здравоохранения. Другим каналом для получения внешней помощи является заключение дву-

сторонних соглашений между правительством Таджикистана и странами-донорами.

За последние годы Таджикистан получил большее количество грантов, но разрывы между существующими инвестиционными потребностями и имеющимися в наличии средствами (грантами и займами) остаются значительными. Национальная программа государственных инвестиций на 2004–2006 гг. (включавшая капиталовложения, финансируемые государственным бюджетом и донорами через займы, кредиты и гранты) включала в себя проекты на сумму более чем 343 млн долл. США (International Development Association and International Monetary Fund, 2002). Однако, даже если бы эта программа была выполнена полностью, этих средств не хватило бы на покрытие потребности во внешнем финансировании, указанной в Стратегии сокращения бедности. Таджикистан за этот период реализовал только часть средств, ассигнованных согласно Программе государственных инвестиций. Например, в течение трех лет, 2001–2003 гг., Таджикистан получил меньше половины средств, обещанных донорами.

В целом объем иностранной помощи значительно вырос – с 12 млн долл. США в 1992 г. до 291 млн долл. США в 2008 г. (см. рис. 3.8). Кроме того, внешняя помощь преобразовалась из (в основном) гуманитарной и продовольственной в финансирование реформ и поддержку национальных стратегий развития (Aminjanov et al., 2008), при этом гуманитарная помощь составляла только 3% международного финансирования сектора здравоохранения в 2003–2006 гг.

Что касается внешнего финансирования сектора здравоохранения страны, анализ донорской помощи Таджикистану, проведенный офисом ВОЗ в Таджикистане, выявил 91 проект с внешним финансированием в 2007 г., при этом общий объем финансирования на период с 2002 по 2012 г. составил 153,8 млн долл. США (WHO Country Office Tajikistan, 2008).

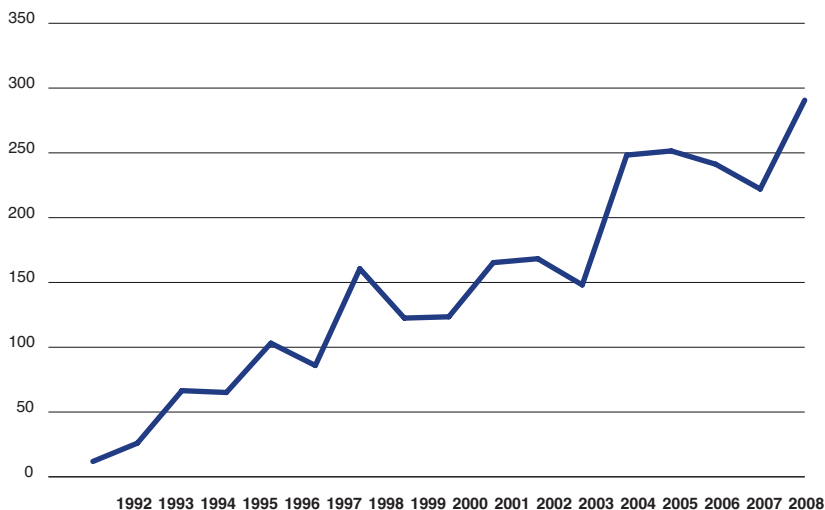
Большая часть международной помощи на развитие в секторе здравоохранения предоставляется в форме грантов (см. рис. 3.9).

Одной из проблем, связанных с увеличивающимся объемом внешней помощи, было возросшее число проектов и доноров, причем «все с разными подходами, методами, ресурсами, интересами и видением» (Aminjanov et al., 2008).

Общее число доноров увеличилось с 9 в 1992 г. до 107 в 2008 г. (см. табл. 3.3).

Рис. 3.8

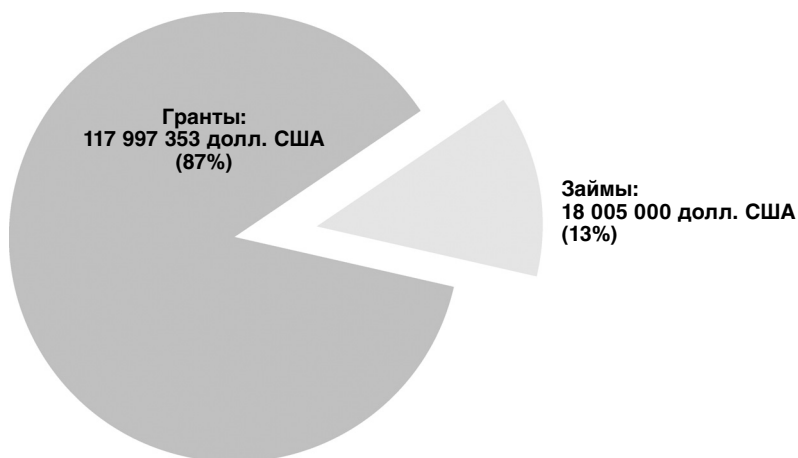
Общий объем двусторонней помощи Таджикистану, все сектора 1992–2008 гг. (в млн долл. США)



Источник: OECD, 2010.

Рис. 3.9

Доля грантов и займов в секторе здравоохранения Таджикистана, 2003–2006 гг.



Источник: Aminjanov et al., 2008.

Таблица 3.3**Число внешних доноров в Таджикистане, 1992–2006 гг.**

Годы	Доноры			Всего
	Двусторонние	Многосторонние	НПО	
1992	5	1	3	9
1993	12	5	5	22
1994	14	7	12	33
1995	15	7	16	38
1996	15	9	17	41
1997	18	9	18	45
1998	19	10	22	51
1999	19	12	25	56
2000	19	12	26	57
2001	22	13	29	64
2002	25	14	36	75
2003	25	19	44	88
2004	25	19	45	89
2005	25	22	58	105
2006	27	22	58	107

Источник: Aminjanov et al., 2008.

Соответственно, увеличивается число групп по реализации проекта (табл. 3.4).

Таблица 3.4**Число внедряемых проектов, 1997–2007 гг. (выборочные годы)**

	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Число проектов	1	9	14	17	19	21	22	23	23
Из них в здравоохранении	–	1	1	1	1	2	3	5	5

Источник: Aminjanov et al., 2008.

Координация и гармонизация внешней помощи осуществляется через консультативную группу внутри страны, Координационный совет доноров, в то же время часто проходят формальные и неформальные совещания доноров для координации и обмена информацией (European Union, 2007). Тем не менее существует лишь несколько официальных механизмов для координации донорской помощи (Wyss and Schild, 2006), и формальная координация их деятельности со стороны государства остается сравнительно слабой (European Union, 2007; Mirzoev et al., 2007). Государство осознает, что потребности здравоохранения Таджикистана могли бы быть более адекватно удовлетворены, если бы растущее число проектов, спонсируемых донорами, было интегрировано в меньшее число долгосрочных и крупных проектов (Republic of Tajikistan, 2005a).

В последние годы правительство, с помощью международных агентств, сделало попытку разработать стратегические направления и планы реформ в рамках документа Стратегии снижения бедности и Стратегии национального развития (Aminjanov et al., 2008). Однако эти стратегические документы не всегда были реалистичными и не смогли учесть доступность ресурсов. В результате многие из стратегических целей до сих пор не достигнуты.

Для того чтобы решить проблему фрагментации помощи, внешние агентства, работающие в Таджикистане, стали в последние годы переходить к разработке комплексной стратегии сектора здравоохранения и все больше руководствоваться общесекторальным подходом. Летом 2009 г. эти планы еще оставались в подготовительном периоде, поскольку комплексная стратегия сектора здравоохранения, на которой основывался бы общесекторальный подход, еще не была разработана. Стоит отметить, что концепция таджикского общесекторального подхода в настоящее время не имеет поддержку бюджета, поскольку внешние агентства едины во мнении, что правительство не имеет потенциала доверительного лица для управления объединенным бюджетом. Однако оценка состояния потенциала доверительного лица состоялась в 2008 г., и Министерство здравоохранения действует в рамках его рекомендаций, пользуясь при этом поддержкой основных внешних агентств, работающих в секторе здравоохранения Таджикистана. Предполагается, что поддержка бюджета сектора здравоохранения в конечном счете будет проведена в рамках разрабатываемой всеобъемлющей стратегии сектора здравоохранения.

3.3.4 Обязательное/добровольное медицинское страхование

В Таджикистане еще не существует ни обязательного, ни добровольного медицинского страхования. Однако первые шаги в этом направлении были сделаны 5 июня 2008 г., когда парламент принял закон о медицинском страховании, и 18 июня 2008 г., когда президент издал постановление о выполнении закона в 2010 г. Ввиду слабой налоговой основы и при наличии крупного неформального сектора и тяжелой экономической ситуации, неизвестно, является ли введение системы обязательного медицинского страхования жизнеспособной политикой для Таджикистана. В ряде других стран бывшего советского блока Всемирный банк выразил опасения по поводу преждевременного введения систем медицинского страхования (Rechel and McKee, 2009).

3.4 Объединение финансовых средств

Формирование бюджета в Таджикистане продолжает отражать нормативный процесс, унаследованный от Советского Союза, хотя изменения, введенные в 2002 г., были разработаны с целью перехода к методу финансирования по видам деятельности и на основе потребностей населения. Тем не менее формирование бюджета здравоохранения продолжает оставаться сугубо централизованным и основывается, прежде всего, на инвестициях в систему здравоохранения, что сохраняет стимулирование излишка производственных мощностей и подчеркивает важность структуры, а не содержания услуг. Кроме того, сумма запланированного бюджета, определенного восходящим процессом формирования бюджета, как правило, значительно урезается в утвержденном окончательном бюджете, и последующие распределения на локальном уровне здравоохранения выполняются в закрытом (непрозрачном) режиме (Cashin, 2004a).

Бюджетный процесс и отношения между различными уровнями правительства изложены в Законе о местных органах государственной власти от 1994 г. и Законе об основах бюджетного устройства и бюджетного процесса от 1997г. Бюджет здравоохранения разделен между республиканским уровнем и местными властями. Министерство финансов, а не Министерство здравоохранения, определяет объем и ассигнует средства в бюджет здравоохранения. Министерство здравоохранения ассигнует средства в республиканский бюджет, а хукуматы областей, городов, районов распределяют средства в местные бюджеты. Бюджет Министерства здравоохранения предназначен для финансирования учреждений здравоохранения на республиканском уровне, национальных программ здоровья и капиталовложений; местный бюджет – для учреждений системы здравоохранения областей, городов и районов и развития сектора здравоохранения на местном уровне.

Министерство финансов несет ответственность за распределение центральных бюджетных ресурсов в три областные администрации. Областные администрации получают фонды от Министерства финансов для последующего распределения по областным учреждениям, таким как областные больницы и поликлиники. Главным источником дохода для 58 районов являются местные налоги. Районные отделы финансов ассигнуют фонды для медицинского обслуживания районного уровня в центральные районные больницы, которые выполняют функции районных отделов здравоохранения. Джамоаты выплачивают средства, кото-

рые получают от районной администрации, «домам здоровья», сельским центрам здоровья и больницам.

В областях и районах существует значительное неравенство, как в абсолютном, так и в относительном уровне расходов на здравоохранение. Областная администрация может самостоятельно решать, увеличить ли средства на здравоохранение из собственных ресурсов. В результате расходы на здравоохранение из расчета на душу населения варьируют по областям и не связаны с социальными показателями и показателями потребностей здравоохранения, самые бедные области имеют самые низкие расходы на душу населения. 16 областей и районов республиканского подчинения и Душанбе ассигнуют от 6 до 21% своего местного бюджета на здравоохранение. Такой разброс приводит к существенным различиям в финансировании на душу населения. В 2008 г. в районе Хамадони показатель расходов на медицинскую помощь на душу населения был равен 12 сомони, а в районе Шурабад – 51 сомони. Долгосрочные намерения заключаются в том, чтобы ассигновать центральные бюджетные средства регионам, основываясь на потребностях населения. Разрабатывается взвешенная формула капитации, которая включает в себя демографический фактор, статус здоровья и социально-экономические факторы. Формулы капитации тестируются с участием Всемирного банка и Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству.

3.5 Закупка медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками

В настоящее время в системе здравоохранения Таджикистана не существует реального механизма для приобретения услуг. Большинство медицинских учреждений являются государственными, а покупателями медицинских услуг являются пациенты, правительство и внешние доноры. Текущие реформы предусматривают установление четких правил и главенствующей роли отдела закупок Министерства здравоохранения.

Бюджеты медицинских учреждений, как правило, определяются на основе сведений о прошлых расходах и инвестициях. Процесс формирования бюджета здравоохранения, уровень, на котором фонды здравоохранения создаются и поддерживаются, распределение ресурсов и методы оплаты поставщикам услуг – все это является серьезным препятствием для улучшения деятельности системы здравоохранения Таджикистана. Однако ослабление государственной системы финансирова-

ния, которая оставалась неизменной в советское время, и обязательства правительства модернизировать бюджетно-налоговую политику создали возможности для новых мер по рационализации расходов на здравоохранение. Например, новая методология формирования бюджета, основанная на учете потребностей населения, тестируется в пилотном режиме в секторах здравоохранения и образования для того, чтобы уйти от принципов нормативного формирования бюджета времен советского периода и повысить равенство и эффективность расходов социального сектора.

Поставщики услуг здравоохранения финансируются, главным образом, через областные/районные бюджеты, согласно нормам, установленным в соответствии с количеством коек и других факторов. Бюджеты утверждаются для каждой административной единицы: республика, область, город, район и джамоат; Фонд социальной защиты и Дорожный фонд управляют собственными бюджетами. Местные власти имеют собственные ограниченные источники дохода, но получают существенные целевые трансферные платежи из республиканского бюджета. Национальный парламент (Маджлиси Оли) должен утверждать ежегодный бюджет страны, а советы представителей (маджлис) на региональном уровне утверждают собственные бюджетные планы.

Каждое учреждение составляет ежегодный бюджетный запрос, основанный на нормативных показателях, таких как количество сотрудников и коек, и бюджетные линии в значительной степени традиционно разделены на 18 пунктов. Эти бюджетные планы передаются в отделы финансов на каждом административном уровне. Региональные (областные) планы также предоставляются в Министерство здравоохранения, которое составляет общий бюджет здравоохранения страны. Затем документы отправляют в Министерство финансов. Министерство финансов принимает решения по бюджету, сокращая каждый запрос в соответствии с доступными средствами. Таким образом, реальный объем средств уменьшается на каждой стадии формирования бюджета: предлагаемый бюджет, предполагаемый бюджет, ассигнованный бюджет и израсходованный бюджет. В результате учреждение здравоохранения получает гораздо меньше, чем ему требуется на текущие расходы, и, как правило, образуются значительные долги. Ресурсы, предоставленные Министерством здравоохранения, обычно покрывают только небольшую часть необходимых средств и в значительной степени используются для выплаты зарплат в больницах, где работает большая часть сотрудников здравоохранения.

Администраторы медицинских учреждений наделены незначительными полномочиями по принятию финансовых решений, так как бюджеты привязаны к статьям бюджета и менеджеры не могут расходовать средства. Не администраторы учреждений, а отделы финансов на каждом уровне администрации (республика, область и район) выплачивают заработную плату и оплачивают другие расходы, включая счета за коммунальные услуги. Например, чтобы запросить медицинские препараты, администраторы учреждений должны направить заявку по форме в отдел финансов местных органов власти, и если в статье бюджета есть достаточно средств, заявка одобряется, а средства направляются непосредственно поставщику. Распределение Министерством финансов областного бюджета основано на истории предыдущих бюджетов, а также на политических соображениях. Области варьируют по доле бюджета, выделенной из центрального валового дохода.

3.6 Механизмы оплаты

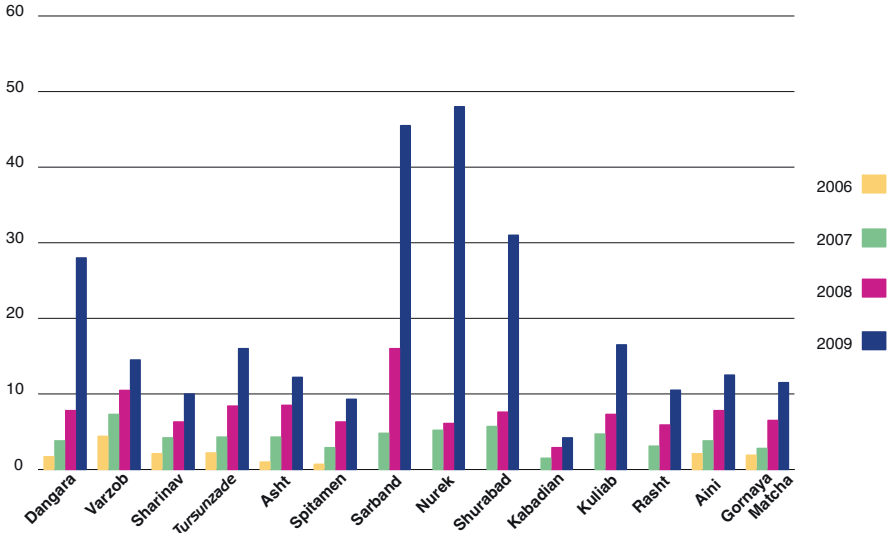
3.6.1. Оплата за медицинские услуги

В сфере финансирования медицинского обслуживания продолжает доминировать формирование бюджета на основе объема инвестиций, в соответствии с количеством коек и/или сотрудников. Эта система начинает постепенно меняться, поскольку все реформы финансирования находятся на ранней стадии развития. Национальная стратегия развития до 2015 г. предусматривает введение оплаты больничных услуг из расчета за случай госпитализации и подушевое финансирование первичного здравоохранения (Republic of Tajikistan, 2006a).

К 2008 г. подушевые выплаты за услуги первичного здравоохранения (по принципу капитации) были внедрены в восьми пилотных районах, охватывающих 406 учреждений и приблизительно 14% учреждений здравоохранения на национальном уровне. К 2009 г. эта схема была распространена на все области и большинство районов в стране, хотя она по-прежнему покрывала лишь небольшую долю расходов на уровне учреждения (см. рис. 3.10). Стратегия финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на 2005–2015 гг. включает обязательства отделить бюджет на первичное здравоохранение от общего бюджета здравоохранения, тем самым создавая буфер для реформирования и укрепления первичного здравоохранения.

Рис. 3.10

Бюджет на душу населения, учреждения первичной медицинской помощи, пилотные районы (в сомони)



Источник: Отдел по анализу политики здравоохранения, Министерство здравоохранения, 2009 (частный источник).

Правительство планирует внедрить на областном уровне систему финансирования больничной помощи на основе случаев госпитализации и при поддержке проекта ЗдравПлюс в настоящее время развивает информационную систему здравоохранения, которая поддержит новый метод финансирования. В соответствии с правительственным указом № 199 о пакете гарантированных услуг и дополнительных соплатежах пациентов, все больницы должны реорганизовать предоставляемые услуги и механизмы финансирования. В соответствии с соглашением, заключенным между больницами и Министерством здравоохранения, определенные категории пациентов или болезней будут считаться приоритетными, со всех остальных будут взиматься соплатежи.

3.6.2 Оплата труда медицинских работников

Почти все работники здравоохранения являются государственными служащими, эта ситуация вероятно продолжится, так, например, семейные врачи и медицинские сестры останутся государственными служащими и после переобучения и создания семейных команд (Wyss and

Schid, 2006). В 2009 г. только 218 сотрудников здравоохранения из общего количества, равного 43 000 человек, были зарегистрированы как частнопрактикующие.

Нанимателем большей части рабочей силы во всех секторах экономики остается государство. Уровень заработной платы очень низкий. Согласно данным Государственного комитета по статистике, средняя ежемесячная заработная плата составляла в декабре 2005 г. 107 сомони (34 долл. США), с номинальным увеличением на 30% по сравнению с предыдущим годом. Однако различия по секторам остаются значительными. В декабре 2005 г. работники секторов здравоохранения и социального обеспечения получали ежемесячную заработную плату в размере только 46 сомони, для сравнения – средняя заработная плата в секторе финансовых услуг равна 520 сомони. В апреле 2006 г. установленный законом минимальный размер заработной платы был увеличен с 7 до 20 сомони (EIU, 2006).

В декабре 2006 г. средняя ежемесячная заработная плата по всем секторам экономики составляла 163 сомони (48 долл. США), непосредственное увеличение в год составило 40%. Однако заработная плата значительно варьирует по секторам экономики, с самыми низкими показателями в секторах здравоохранения, образования и сельского хозяйства. Несмотря на попытки правительства увеличить зарплату в сфере образования и здравоохранения, рост заработной платы в этих секторах едва совпадает с темпами роста зарплат в среднем по экономике в целом (EIU, 2007).

В 2005 г. президент выпустил указ, согласно которому было предписано удвоить зарплату сотрудников здравоохранения (UNICEF, 2007b). Однако, несмотря на это увеличение, зарплаты оставались намного ниже прожиточного минимума по Таджикистану (Wyss and Schild, 2006). Низкие зарплаты приводят к низкому статусу сотрудников здравоохранения и подрывают усилия по улучшению качества услуг.

Следствием децентрализации системы оплаты медицинских работников является то, что существуют значительные различия в оплате труда медицинских работников одинаковых категорий в различных областях и районах, в зависимости от предусмотренных бюджетом ресурсов и приоритетов местных властей относительно вопросов здравоохранения.

По результатам исследования, проведенного в двух районах страны в 2005 г., было выявлено, что варьирование зарплат в зависимости от категорий сотрудников незначительно, таким образом неквалифицированные работники получают почти столько же, сколько и врачи (см. табл. 3.5).

Таблица 3.5

Средняя месячная зарплата (в сомони¹) сотрудников здравоохранения в 2 районах, 2005 г.

	Объем выборки	Средняя зарплата	Минимальная зарплата	Максимальная зарплата	Медианная зарплата ¹
Район Варзоб					
Врачи	31	31	16	50	31
Стоматологи	5	20	16	35	17
Медсестры	42	24	10	67	19
Акушерки	7	24	16	50	17
Фельдшеры	28	24	16	50	22
Дангаринский район					
Врачи	70	42	16	78	45
Стоматологи	2	31	27	34	31
Медсестры	144	31	6	78	28
Акушерки	34	29	16	57	28
Фельдшеры	61	33	17	52	32

Источник: Schild, 2006.

Примечание: * Декабрь 2005 г.; 1 долл. США = 3,20 сомони.

В 2007 г. средняя ежемесячная зарплата врачей и медсестер в секторе здравоохранения составила 17 и 11 долл. США соответственно, для сравнения – средняя заработная плата всех работающих – 53 долл. США (State Committee on Statistics, 2008a). В начале 2009 г. средняя заработная плата работников здравоохранения увеличилась до 38 долл. США, средняя заработная плата всех работающих – 65 долл. США (Schneider, 2009). 8 июля 2009 г. Министерство здравоохранения совместно с Министерством финансов и Министерством труда и социальной защиты населения одобрило и приняло «Распоряжение о заработной плате сотрудников здравоохранения Республики Таджикистан» – документ, предусматривающий дальнейший рост заработной платы.

Сотрудники здравоохранения по-разному пытаются выжить на эти очень низкие зарплаты. Официально сотрудники здравоохранения работают 48 часов в неделю, таким образом, они не могут заниматься другой деятельностью, которая дополнила бы их низкую зарплату. На практике рабочее время, как правило, намного короче, особенно в сельских районах. Некоторые сотрудники здравоохранения занимают две должности в рамках сектора здравоохранения или работают в других областях, например в сельском хозяйстве. Информации по подобным способам выживания немного, однако способы, к которым прибегают сотрудники здравоохранения, вероятно, меняются в зависи-

¹ Медианная заработная плата (доход) – это зарплата человека, среднего в ряду выборки, при этом 50% людей получают меньше него, а 50% людей получают больше него. – Прим. ред.

мости от места их проживания и существующих возможностей (Wyss and Schild, 2006).

Высококвалифицированные сотрудники, особенно имеющие навыки владения английским языком, часто предпочитают работать в неправительственных организациях или международных агентствах, в которых предоставляются лучшие условия труда. Вследствие этого некоторые наиболее способные специалисты оставили места государственных служащих (Wyss and Schild, 2006). Трудовая миграция является одной из основных проблем в Таджикистане, и это также относится к сотрудникам здравоохранения, многие из которых уезжают из страны в поисках лучшей работы и условий жизни. Одним из основных пунктов назначения является Россия (Wyss and Schild, 2006; Ministry of Health, 2005b).

Работники здравоохранения, остающиеся на государственной службе, в значительной степени зависят от неофициальных платежей пациентов (Wyss and Schild, 2006). Согласно предварительному исследованию ситуации, проведенному в 2007 г. в ходе подготовки к введению гарантированного страхового пакета, неофициальные платежи и подарки составляли 130 сомони (приблизительно 40 долл. США) за каждого госпитализированного пациента и 33 сомони (приблизительно 10 долл. США) за амбулаторного пациента (Public Foundation Panorama, 2007). Эти результаты указывают на то, что неофициальные платежи являются главным источником дохода для многих врачей и медсестер (Saifutdinov et al., 2009 [неопубликованная статья]).

4. Планирование и регулирование

Таджикская система здравоохранения была сформирована на основе советской модели, в которой государство являлось основным поставщиком и покупателем услуг здравоохранения. Политика здравоохранения определялась в Москве, а выделение ресурсов проходило в соответствии с негибким руководством по планированию на основании показателей отношения количества больничных коек или сотрудников к численности населения. После провозглашения независимости в 1991 г. правительство Таджикистана взяло на себя функции разработки и выполнения национальной политики здравоохранения. Несмотря на то что была разрешена частная медицинская практика, рост частного сектора остается довольно медленным и в основном сводится к фармацевтическим или стоматологическим услугам. Правительство остается основным поставщиком услуг здравоохранения, однако оплата медицинских услуг за счет пациентов является главным источником оплаты расходов на здравоохранение и, таким образом, на приобретение услуг здравоохранения.

4.1 Регулирование

Конституция Таджикистана от 1994 г. гарантирует защиту здоровья населения. В соответствии с Законом о защите здоровья населения от 1997 г. и последующими поправками, население страны имеет гарантированный доступ в государственные медицинские учреждения и к другим поставщикам медицинской помощи, регулируемым государством, включая появившийся частный сектор.

Ряд участников вовлечены в процесс разработки и реализации политики здравоохранения, а также в регулирование, управление и финанси-

рование служб здравоохранения (см. главу 2 «*Организационная структура системы здравоохранения*»):

- Правительство устанавливает общий объем государственных затрат на здравоохранение, регулирует и контролирует использование средств. В сотрудничестве с Министерством здравоохранения оно разрабатывает национальную политику и программы по здравоохранению, проекты законов, инвестиционные проекты и бюджет на их исполнение.
- Министерство экономического развития и торговли разрабатывает проект государственного бюджета по расходам средств на здравоохранение.
- Министерство финансов определяет государственный бюджет в секторе здравоохранения, переводит средства в Министерство здравоохранения, получает и анализирует финансовые документы и проводит мониторинг использования бюджетных средств.
- Министерство по государственным доходам и сборам несет ответственность за сбор налогов.
- Министерство здравоохранения несет ответственность за планирование, управление и регулирование деятельности служб здравоохранения, а также за разработку и выполнение национальной политики здравоохранения. Оно подотчетно правительству, представляет ежегодные отчеты о своей деятельности, составляет бюджет финансовых ресурсов, необходимых на следующий год.

Одним из последних документов политики здравоохранения, подготовленных Министерством здравоохранения, является Национальная стратегия развития, которая была разработана в соответствии со Стратегией сокращения бедности на 2007–2009 гг. Стратегия указывает цели и задачи развития сектора здравоохранения до 2015 г., а также необходимые внутренние и внешние инвестиции.

Кроме того, в задачи Министерства здравоохранения входит:

- анализ, оценка и улучшение здоровья населения, системы здравоохранения и политики здравоохранения;
- координация системы общественного здравоохранения страны в сотрудничестве с местными властями;
- управление государственными средствами, предоставленными Министерством финансов, распределение средств между общественными поставщиками услуг и мониторинг управления финансами;

- непосредственное управление учреждениями республиканского уровня, научно-исследовательскими институтами и образовательными учреждениями по подготовке медицинских кадров;
- установление стандартов качества услуг, предоставляемых государственными и частными поставщиками медицинских услуг;
- развитие человеческих ресурсов и разработка политики подготовки сотрудников здравоохранения;
- координация информационных систем здравоохранения;
- лицензирование и сертификация частных лиц и учреждений, занимающихся предоставлением медицинских услуг;
- формирование нормативов по поставке фармацевтических средств и других медицинских продуктов, а также регулирование их регистрации, лицензирования, производства и реализации.

Министерство здравоохранения регулирует сектор здравоохранения через министерские указы, постановления консультативного органа (коллегии), руководства, инструкции и рекомендации. Оно также осуществляет мониторинг и посещает медицинские учреждения, рассматривает претензии и предложения населения. Коллегия, которую возглавляет министр здравоохранения, проводится ежемесячно и оценивает выполнение национальных программ и политического курса, а также несет ответственность за рассмотрение любых срочных проблем или приоритетных вопросов.

Местные власти и отделы финансов:

- утверждают расходы на здравоохранение из местных государственных бюджетов и распределяют государственные средства на областном и районном уровне;
- финансируют учреждения здравоохранения регионального уровня;
- получают финансирование и проводят мониторинг использования ресурсов;
- представляют финансовые отчеты в отдел экономики и планирования бюджета Министерства здравоохранения.

Как было сказано выше, на местном уровне происходит весьма ограниченное формирование политики и отсутствует широкое вовлечение общественности в планирование и регулирование сектора здравоохранения, за исключением информирования через средства массовой информации и ряда районов, в которых действуют проекты

по вовлечению населения, поддерживаемые международными агентствами.

4.1.1 Регулирование и управление плательщиками третьей стороны

На данный момент практически не существует финансирования, которое бы направлялось в сектор здравоохранения через плательщиков третьей стороны, и каких-либо нормативно-правовых актов или положений в этом отношении. Обязательная система медицинского страхования еще не введена, и частное медицинское страхование не играет значительной роли.

4.1.2 Регулирование и управление поставщиками медицинских услуг

Несмотря на то что хозрасчетные центры приблизились к некоторой степени организационной и финансовой автономии, большинство государственных поставщиков являются частью иерархической государственной системы и получают финансирование из ограниченного государственного бюджета. Поэтому система здравоохранения Таджикистана может быть причислена к интегрированной модели, в которой большая часть услуг здравоохранения принадлежит государству, регулируется и финансируется из общественных (государственных) источников, хотя значительная часть расходов на здравоохранение на данный момент поступает от неофициальных платежей. На национальном/республиканском уровне учреждениями здравоохранения управляет непосредственно Министерство здравоохранения, в то время как на местном уровне учреждения здравоохранения управляются соответствующими местными органами власти на городском, областном или районном уровне.

Министерство здравоохранения является основным институциональным началом, несущим ответственность за регулирование и управление государственными поставщиками медицинских услуг. Сеть государственных поставщиков несет ответственность за выполнение национальной политики и программ здравоохранения, она должна гарантировать необходимый спектр услуг, их количество и качество. Со времен советского периода структура управления и руководства государственными поставщиками изменилась незначительно, и большая часть деятельности все еще основана на нормах и стандартах, разработанных до 1991 г.

В октябре 2005г., однако, Министерство здравоохранения приняло новые стандарты оказания помощи в семейной медицине, которые содержат подробное описание обязанностей медицинских учреждений и сотрудников и включают список необходимого оборудования, кадровые нормативы и рабочую нагрузку (Приказ № 584 от 31 октября 2005 г.).

Министерство здравоохранения определяет действия поставщиков медицинских услуг в государственной системе. Учреждения общественного здравоохранения подотчетны Министерству здравоохранения и на местном уровне – соответствующим местным властям. Они представляют регулярные отчеты в Министерство здравоохранения на ежегодной, 6-месячной или 3-месячной основе и предоставляют статистическую отчетность, включая данные по наличию персонала и предоставленным услугам в Центр медицинской статистики и информации. Министерство здравоохранения также регулирует условия труда работников здравоохранения и уровень их зарплаты.

Областные отделы здравоохранения управляют медицинскими учреждениями на уровне области, такими как областные больницы или городские больницы в г. Душанбе, и подотчетны Министерству здравоохранения (по профессиональным вопросам) и областным властям (по финансовым вопросам). Районные отделы здравоохранения руководят медицинскими учреждениями на районном уровне, такими как центральные районные больницы, сельские поликлиники или медицинские пункты, и подотчетны Министерству здравоохранения и районным властям.

Руководители медицинских учреждений не наделены особыми полномочиями и должны действовать в рамках бюджетных статей. Больницами руководят главные врачи, получающие рекомендации от медицинского совета из заместителей и других старших специалистов. Главный врач несет ответственность перед соответствующими органами власти (республиканская, областная или районная) и назначается администрацией с одобрения Министерства здравоохранения. Районные отделы здравоохранения подотчетны областным отделам здравоохранения (бюджетными вопросами занимается отдел финансов). Деятельностью сельских медицинских служб руководит центральная районная больница. Руководители сельских медицинских служб (ФАПов, врачебных амбулаторий и поселковых больниц) отчитываются перед главным врачом центральной районной больницы.

В настоящее время существует две основные структуры управления первичными учреждениями здравоохранения. Районные больницы по-прежнему руководят большей частью государственных поставщиков

первичной медицинской помощи. Как отмечалось в главе 2, в Таджикистане структура управления медицинским обслуживанием сосредоточена в больницах, и в них находится центральное руководство медицинскими службами. Главные врачи центральных районных больниц управляют всеми медицинскими службами в своем районе, и в результате этой организационной структуры при бюджетных распределениях предпочтение обычно оказывается больницам.

Однако в экспериментальных районах правительство передало административные функции поставщикам первичного звена здравоохранения и ввело новые каналы финансирования. В соответствии с проектом по реформированию здравоохранения, который поддерживает Всемирный банк, Министерство здравоохранения совместно с Министерством финансов выделило отдельный финансовый поток поставщикам первичного уровня, отделив их от общего больничного финансирования в экспериментальных районах. Также на национальном уровне зарплата сотрудников первичного звена здравоохранения была увеличена больше, чем зарплата других сотрудников здравоохранения, и были введены изменения в структуру выплат заработной платы медперсоналу. Проект реформирования направлен на то, чтобы отделить первичное звено здравоохранения от больничного сектора и стимулировать развитие семейной медицины и врачей общей практики, вовлеченных в первичное звено здравоохранения.

Министерство здравоохранения регулирует частный сектор. Министерство выдает сертификаты частным лицам и учреждениям, занимающимся частной медицинской практикой, а также определяет спектр разрешенных услуг. Занятие частной медицинской практикой обязывает учреждения и сотрудников соответствовать требованиям лицензирования и регистрации. В соответствии с регламентом Министерства здравоохранения, врачи могут заниматься частной практикой полный или неполный рабочий день.

В последние годы были усилены меры противопожарной безопасности. Министерство здравоохранения и местные органы власти на областном, городском и районном уровне несут ответственность за мониторинг учреждений здравоохранения и введение планов действий в чрезвычайных ситуациях, а также представляют отчеты о своей деятельности в правительство. Администрация, в чьем ведении находятся медицинские учреждения, также отвечает за обеспечение подготовки учреждений к суровому зимнему периоду.

4.1.3 Регулирование и управление процессом закупок медицинских услуг

Министерство здравоохранения через Министерство финансов приобретает медицинские услуги у государственных поставщиков, охватывая консультативные, диагностические и лечебные услуги в стационарном и амбулаторном секторе. Финансирование поставщиков медицинских услуг в значительной степени изменчиво и ограничено имеющимися в наличии бюджетными средствами и не принимает во внимание результат или качество предоставляемых медицинских услуг.

Несмотря на то что поставщики услуг в здравоохранении столкнулись с серьезной нехваткой средств, они, как правило, не имеют право мобилизовать свои собственные средства и управлять ими через введение механизмов дополнительной платы. В этой связи многие медицинские учреждения вынуждены решать значительные проблемы, чтобы покрыть текущие затраты и поддерживать функционирование. С 1991 г. некоторые поставщики медицинских услуг функционировали исключительно символически.

Как было сказано в главе 2, в то же время официальные дополнительные платежи пациентов были введены в некоторых государственных медицинских учреждениях, так называемых хозрасчетных центрах, которые частично или полностью покрывают затраты на финансирование своей деятельности на основе платы за услуги. Опыт, накопленный в таких центрах, будет полезен при введении нового, основанного на оплате за пролеченный случай механизма оплаты больничного ухода.

Министерство здравоохранения поощряет медицинские учреждения вводить оплату за услуги, в особенности в учреждениях национального уровня в Душанбе, где население находится в более выгодном положении и может позволить себе доплаты, в отличие от сельского населения. Крупные больницы и исследовательские институты в столице успешно ввели официальную дополнительную плату, взимаемую с пациентов за диагностику и консультации по лечению. Таким образом, они смогли увеличить заработную плату своих сотрудников, покрыть текущие расходы, наряду с рядом остальных затрат. Большая часть крупных больниц в Душанбе разработала преискурант на оказание медицинских услуг и приобрела опыт в управлении дополнительными финансовыми ресурсами. Их услуги в настоящее время закупаются Министерством здравоохранения на основе договоров по оплате за услуги. Министерство здравоохранения создало специальный счет, из средств которого закупаются такого рода больничные услуги. Закупаемые услуги

в основном относятся к определенным категориям заболеваний или предназначены для более бедных пациентов, лечение которых требует комплексных современных технологий.

Существующая структура управления большинством государственных поставщиков характеризуется вертикальной иерархией и негибкими механизмами финансирования, которые отдают предпочтение больничным услугам перед услугами первичной медицинской помощи, что в результате приводит к неэффективному использованию и без того недостаточных ресурсов. Для того чтобы обеспечить более эффективное использование ресурсов, проводятся реформы, направленные на усиление первичного уровня здравоохранения, основанного на концепции семейной медицины. Разработан и применяется в трех районах на экспериментальной основе механизм финансирования, основывающийся на принципе капитации. В будущем этот механизм финансирования будет применяться во всей стране. Однако основным препятствием реформирования является то, что областные больницы по-прежнему продолжают руководить работой учреждений первичной медицинской помощи. Несмотря на сокращение больничных коек, больничный сектор продолжает играть решающую роль в инфраструктуре охраны здоровья и человеческих ресурсов, оказывая при этом, однако, услуги низкого качества.

Основной пакет гарантированных услуг в пилотных районах обеспечивается через государственный бюджет и в основном включает в себя основные медицинские услуги, предоставляемые учреждениями первичной медицинской помощи. Другие услуги, предоставляемые в основном в больницах, должны покрываться дополнительными платежами со стороны пациентов. Таким образом, предполагается более эффективно использовать ограниченные государственные ресурсы, которые в данный момент охватывают обширную инфраструктуру и направляют большую часть средств в больничный сектор за счет первичной медицинской помощи. Введение основного пакета гарантированных услуг направлено на упрощение введения новых форм финансирования и управления, при которых медицинским учреждениям будет предоставлена большая степень автономности.

4.1.4 Управление качеством медицинской помощи

Государственное агентство Таджикстандарт несет ответственность за стандарты качества. Оно проводит ежегодную стандартизацию медицинского оборудования, используемого в крупных больницах.

Вне зависимости от форм собственности, деятельность лабораторных служб должна отвечать требованиям лицензирования, которые включают в себя квалификацию сотрудников, качество используемых реагентов, услуги, которые могут быть предоставлены с учетом данного оборудования, и качество предоставляемых лабораторных услуг. Несмотря на эти официальные требования, сеть лабораторий в сельской местности имеет возможность оказания только ограниченного ряда услуг низкого качества, за исключением районов, которые были включены в проекты с международной помощью.

В ноябре 2008 г. была создана служба государственного надзора за медицинской деятельностью, которая независимо от формы собственности несет ответственность за регулирование качества медицинских услуг во всех медицинских учреждениях, включая учреждения параллельных ведомств, оказывающих медицинские услуги, оздоровительные центры и центры альтернативной медицины. К настоящему моменту служба государственного надзора за медицинской деятельностью провела ряд мероприятий по аккредитации и сертификации акушерских услуг в Хатлонской области, где немецкие агентства по развитию проводят проект по оптимизации управления работой родильных домов.

4.2 Планирование и управление медицинской информацией

Планирование здравоохранения в Таджикистане остается ориентированным на бюджетные процессы. Процесс формирования бюджета в Таджикистане все еще придерживается механизмов, унаследованных от советского периода, особое внимание уделяется объему инвестиций и количеству сотрудников, а не качеству и результативности деятельности системы здравоохранения. Несмотря на изменения, введенные в 2002 г. и направленные на переход к финансовой системе, основанной на финансировании по видам деятельности или по потребностям охватываемого населения, формирование бюджетов здравоохранения остается чрезвычайно централизованным и основанным на объеме инвестиций. Бюджетные предложения разрабатываются во всех государственных медицинских учреждениях с использованием стандартных статей бюджета и направляются для последующего одобрения согласно существующей административной иерархии. Существующая система стимулирует избыточные мощности и излишне разветвленную структуру

медицинских учреждений, игнорируя при этом содержание и качество медицинского обслуживания. Помимо этого, только часть запрашиваемого бюджета выделяется медицинским учреждениям, а решения по местному бюджету принимаются в непрозрачном режиме (Cashin, 2004b).

4.2.1 Оценка медицинских технологий

До 1991 г. оценка технологий в секторе здравоохранения входила в обязанность советских агентств на национальном уровне. После распада Советского Союза во многих недавно образовавшихся независимых странах, включая Таджикистан, отсутствовали возможности по проведению сложного процесса оценки технологий. На данный момент Министерство здравоохранения обладает регулируемыми полномочиями в отношении фармацевтической и медицинской промышленности и в отношении закупки медицинских технологий.

4.2.2 Информационные системы

Статистика здоровья является важнейшим элементом формулировки и оценки политики здравоохранения. В Таджикистане ключевые показатели состояния здоровья населения и предоставления медицинских услуг были включены в документы по политике здравоохранения и в документ Стратегии сокращения бедности (см. главу 7).

Центральным правительственным агентством, ответственным за сбор, анализ и публикацию данных о здоровье, является Центр медицинской статистики и информации. Через свои отделы на уровне районов, областей и городов центр собирает статистические данные со всех уровней системы здравоохранения. Центр регулярно публикует самые новые статистические данные. Независимо от формы собственности все поставщики медицинских услуг здравоохранения обязаны использовать одинаковые бухгалтерские и отчетные формы, одобренные Министерством здравоохранения. Однако данные из частного сектора отображены недостаточно.

Информационная система здравоохранения сфокусирована на сборе данных из учреждений и на уровне первичного звена здравоохранения, основывается на 15 формах сбора данных, которые не содержат информации по человеческим ресурсам. Формы заполняются вручную персоналом первичного звена здравоохранения и передаются на уровень районных больниц. На этом уровне данные из представленных форм

вносятся в компьютер. Далее электронные данные, переработанные в 47 форм, передаются на более высокий уровень. Центр медицинской статистики и информации несет ответственность за сбор и анализ данных, а также за составление ежегодного статистического отчета. Таким образом собираются значительные объемы данных, имеющих отношение к здоровью. Несмотря на то что информационная система направлена на оказание помощи и информирование руководства служб здравоохранения, большая часть данных не преобразуется в индикаторы управленческой деятельности или не анализируется регулярно таким образом, чтобы они могли быть использованы для управления, мониторинга и оценки (Wyss and Schild, 2006).

Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора несет ответственность за предоставление официальной статистики по инфекционным болезням. Однако она не располагает необходимыми техническими возможностями и ресурсами. Обширная сеть лабораторий (примерно 100) страдает от нехватки сотрудников и оборудования, необходимых для выполнения большинства функциональных обязанностей. Правительство осознает, что официальная статистика не предоставляет достоверной картины по заболеваемости и распространенности инфекционных заболеваний (Republic of Tajikistan, 2006). Более того, существует фрагментация служб общественного здравоохранения с разделением на вертикальные структуры и программы, каждая из которых имеет собственную систему сбора данных (см. раздел 6.1).

Государственный комитет по статистике (Госкомстат) несет ответственность за сбор статистики естественного движения населения, включая данные о рождениях и смерти. Серьезной проблемой для надежной статистики здоровья в Таджикистане является необходимость оплаты за получение свидетельств о рождении, приводящая к занижению данных по количеству рождений. За последние годы плата за регистрацию была снижена и составляет 1 долл. США, однако это не касается неофициальных платежей. Еще одной сложностью в процессе сбора данных является то, что Центр медицинской статистики и информации и Государственный комитет по статистике используют разные методы сбора данных. В настоящий момент Министерство здравоохранения разрабатывает единую методологию и опросную анкету по сбору данных для обеих организаций.

Плохая подготовленность сотрудников и отсутствие современных информационных технологий также являются препятствием для сбора достоверных данных. Формы все еще заполняются вручную, что делает трудоемким процесс обработки и анализа данных.

За последние годы в Таджикистане был проведен ряд исследований, направленный на получение информации, не отображаемой существующими системами сбора данных. Примерами таких исследований являются обследование уровня жизни в Таджикистане 1999, 2003 и 2007 гг., исследование демографической ситуации и состояния здоровья 2002 г. и национальное исследование по воде, питанию и санитарии 2003 г.

Ведется работа по укреплению и объединению системы медицинской информации. Была принята Программа по развитию информационной системы управления здравоохранением на 2006–2010 гг. Для улучшения сбора, обработки и анализа данных было разработано программное обеспечение, региональные центры медицинской статистики и информации были оснащены компьютерами. Процедуры сбора и хранения данных в настоящее время пересматриваются с целью повышения качества данных и облегчения мониторинга и оценки. Например, в настоящее время доступны более достоверные данные по использованию больничной помощи.

4.2.3. Научно-исследовательская деятельность

Исследовательской деятельностью в секторе здравоохранения Таджикистана занимается большое количество исследовательских институтов и клинических центров. Эта деятельность координируется отделом по кадрам и науке при Министерстве здравоохранения. Двумя основными исследовательскими институтами являются Таджикский государственный медицинский университет и Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров. Научно-исследовательский институт профилактической медицины проводит исследования в области профилактики болезней и влияния окружающей среды на здоровье. Национальные исследовательские институты и клинические центры в основном изучают узкоспециализированные клинические проблемы.

Правительство является основным источником финансирования научно-исследовательской деятельности в Таджикистане. В целом, однако, финансовых и кадровых ресурсов, занятых в исследованиях в области профилактической медицины, общественного здоровья и состояния окружающей среды, практически не существует, а лаборатории, занимающиеся изучением факторов окружающей среды и безопасности продуктов питания, плохо оснащены и развиты. Эта ситуация частично решается за счет внешнего финансирования со стороны Всемирного банка, ВОЗ и немецкого правительства, направленного на укрепление

потенциала по улучшению общественного здоровья и состояния окружающей среды.

Признается потребность в данных, информации и знаниях, которые смогут предоставить основу для информированного принятия решений при реформировании сектора здравоохранения, а также потребность в сотрудниках, обладающих необходимыми знаниями и навыками для производства, управления и применения такой базы знаний (Wyss and Schild, 2006). Основной проблемой существующей научно-исследовательской системы в здравоохранении считается отсутствие координации (de Naan and Iskhakova, 2006). Многие организации проводят исследования в рамках своих программ охраны здоровья, однако большая часть такой деятельности изолирована и не уделяется достаточного внимания тому, чтобы консолидировать и скоординировать эту деятельность (de Naan and Iskhakova, 2006). Еще одной слабой стороной системы является использование результатов исследований. Сектор здравоохранения в основном занимается сбором рутинной медицинской статистики, и мало информации относительно того, каким образом и в какой форме эта информация возвращается в децентрализованные медицинские учреждения и как она используется в дальнейшем (de Naan and Iskhakova, 2006).

5. Материальные и трудовые ресурсы

5.1 Материальные ресурсы

Таджикистан унаследовал систему здравоохранения бывшего Советского Союза, которая является комплексной, но неэффективной. Система высокоспециализирована и централизована, с особым уклоном на лечебные и больничные услуги, в то время как первичный уровень здравоохранения до недавнего времени оставался в тени. Существует серьезный дисбаланс в распределении медицинских учреждений и выделении бюджетных средств для первичного уровня здравоохранения и для больничной помощи, при этом большая часть средств поступает на вторичную медицинскую помощь, где предоставляемые услуги дороги и недоступны для бедных (Republic of Tajikistan, 2006a).

5.1.1 Инфраструктура

За последние двадцать лет отмечался значительный спад в отношении числа коек в больницах интенсивной терапии на 100 000 населения, их количество сократилось с 922 в 1990 г. до 547 на 100 000 населения в 2006 г. и с тех пор остановилось примерно на том же уровне. Снижение численности коек в психиатрических клиниках было еще более значительным – с 70 на 100 000 населения в 1990 г. до 25 в 2006 г. Количество мест в домах престарелых также сократилось с 25 в 1990 г. до 15 в 2006 г., уход в домах престарелых и медсестринский уход в Таджикистане все еще неразвиты (см. табл. 5.1).

Количество медицинских учреждений в 2007 г. приведено в табл. 5.2.

Несмотря на впечатляющий спад, сравнение в европейском контексте с очевидностью демонстрирует, что показатель соотношения количества коек в больницах интенсивной терапии к населению в Таджикистане все еще довольно высок (см. рис. 5.1). При наличии показателя 547 коек на 100 000 населения в 2006 г., Таджикистан обгоняет страны ЕС-15,

Таблица 5.1

Численность коек в больницах интенсивной терапии, психиатрических клиниках и в домах медсестринского ухода и ухода за престарелыми, на 100 000 населения, 1990–2006 гг. (выборочные годы)

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Больницы интенсивной терапии	922	591	577	566	554	542	525	547
Психиатрические клиники	70	26	27	26	23	23	24	25
Уход в домах медсестринского ухода и престарелых	25	10	16	15	15	11	15	15

Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010

Таблица 5.2

Амбулаторные и стационарные учреждения, 2007 г.

Учреждения	Количество
Медицинские пункты	1692
Медицинские пункты в школах, на общественных предприятиях и в других учреждениях	158
Сельские центры здоровья	593
Районные центры здоровья	52
Городские центры здоровья	24
Независимые поликлиники	7
Стоматологические поликлиники	13
Отделы поликлиник в рамках диспансеров	112
Специализированные центры: иммунопрофилактика (65), интегрированное лечение детских заболеваний (68), семейная медицина (17), репродуктивное здоровье (69), профилактика СПИДа (25), пропаганда здорового образа жизни (54) и другие (54)	352
Итого амбулаторных	3003
Сельские больницы	153
Родильные дома	15
Центральные районные больницы	57
Номерные районные больницы	45
Городские больницы	24
Областные больницы	6
Больничные отделы в диспансерах	80
Специализированные больницы, включая специализированные по туберкулезу, инфекционным заболеваниям, психиатрическим заболеваниям и другие	44
Клиники научно-исследовательских институтов	2
Итого стационарных	426

Источник: State Committee on Statistics, 2008b.

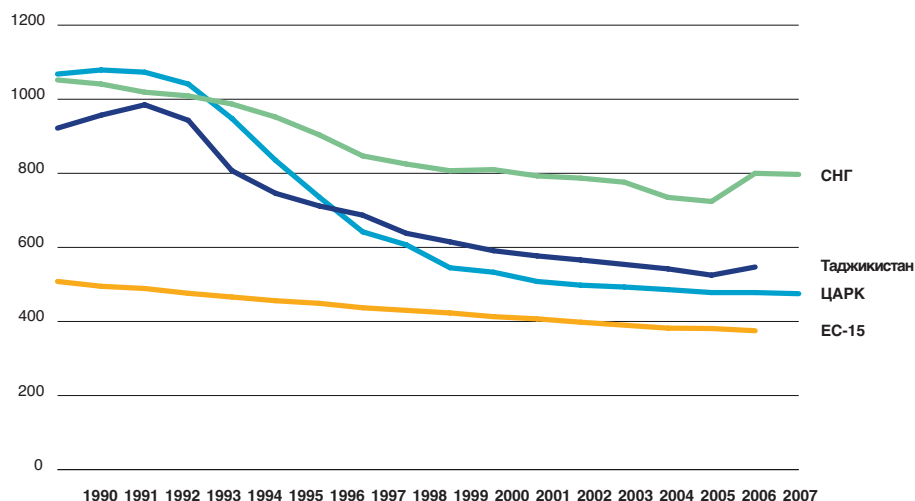
со средним показателем 375 коек, и ЦАРК, со средним показателем 478 коек в том же году, несмотря на то что показатель СНГ был значительно выше – 800 коек в 2006 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

5.1.2 Основные фонды и капитальные вложения

С момента провозглашения независимости в Таджикистане капитальные вложения в систему здравоохранения были незначительными.

Рис. 5.1

Количество коек в больницах интенсивной терапии, на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Средств для восстановления существующих зданий или постройки новых не хватает, а имеющееся современное оборудование – устаревшее и не функционирующее. В большинстве медицинских учреждениях системы отопления, канализации, водоснабжения, санитарии, энергообеспечения и связи находятся в неудовлетворительном состоянии.

Большая часть медицинских учреждений в Таджикистане была построена в период 1938–1980 гг., и их состояние значительно ухудшилось после провозглашения независимости ввиду практически полного отсутствия инвестиций в восстановление или покупку нового оборудования. С 1990 г. практически не производилась закупка современного медицинского оборудования для районных и региональных больниц, а существующее оборудование требует ремонта. Если инвестиции и поступали, то они распределялись в крупные национальные медицинские учреждения в Душанбе. Плохие материальные условия большей части медицинских учреждений снижают доступ к услугам здравоохранения, приводят к ухудшению качества услуг, а также негативно сказываются на удовлетворенности сотрудников и пациентов (Ministry of Health, 2005b).

Недавний анализ медицинских учреждений показал, что в большинстве из них отсутствует горячая вода, часто бывают перебои с холодной

водой и электричеством, нет безопасной питьевой воды, зимой отсутствует отопление, санитарно-гигиенического оборудования либо не хватает, либо оно непригодно. Более того, медицинское и диагностическое оборудование либо устарело, либо сломано, и ситуация особенно серьезна в сельской местности ввиду нехватки ресурсов и медицинских кадров (WHO, 2007).

5.1.3 Медицинское оборудование, приборы и аппараты

Медицинское оборудование оценивается и закупается через сектор закупок Министерства здравоохранения. На практике средств не хватает для того, чтобы закупить новые технологии или поддержать в рабочем состоянии и отремонтировать существующее оборудование, хотя правительство и внешние доноры начали помогать в этом с помощью значительных инвестиций.

Закупка основного клинического и другого медицинского оборудования осуществляется через проведение местных торгов. Более сложное медицинское оборудование закупается в основном через проведение международных тендеров и в рамках финансирования за счет внешних доноров.

С 1999 по 2009 г. современное медицинское оборудование было куплено для 6 больших больниц со специализацией в кардиохирургии и кардиологии, для национального НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии, для больницы скорой помощи в г. Душанбе, для педиатрических служб национального клинического центра, для республиканской туберкулезной больницы «Мачетон». Источники внешнего финансирования были предоставлены Исламским банком развития, Саудовским фондом развития, правительствами Японии и Германии. Однако больницы продолжают испытывать нехватку средств для поддержания работы техники и покупки запасных частей.

В 2009 г. в стране была 1 установка для проведения магниторезонансной томографии, 8 компьютерных томографов и ни одного аппарата позитронно-эмиссионной томографии. Несмотря на то что закупки нового современного медицинского оборудования растут, большинство частных медицинских учреждений не могут закупать такое оборудование. Помимо высокой стоимости, серьезным препятствием является то, что начиная с 2007 г. частные поставщики медицинских услуг должны платить НДС за импортируемое медицинское оборудование. В Душанбе находятся представительства ряда международных компаний – производителей медицинского оборудования.

5.2 Трудовые ресурсы

С 1990 г. отношение количества медицинских работников к численности населения стало снижаться (табл. 5.3). В то время как количество врачей на 100 000 населения снизилось незначительно – с 255 в 1990 г. до 201 в 2006 г., самый значительный спад был отмечен среди медсестер и акушерок: число медсестер на 100 000 населения сократилось с 809 в 1990 г. до 447 в 2006 г., а число акушерок – с 129 до 57 (WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Таблица 5.3

Медицинский персонал (физические лица), на 100 000 населения, 1990–2007 гг. (выборочные годы)

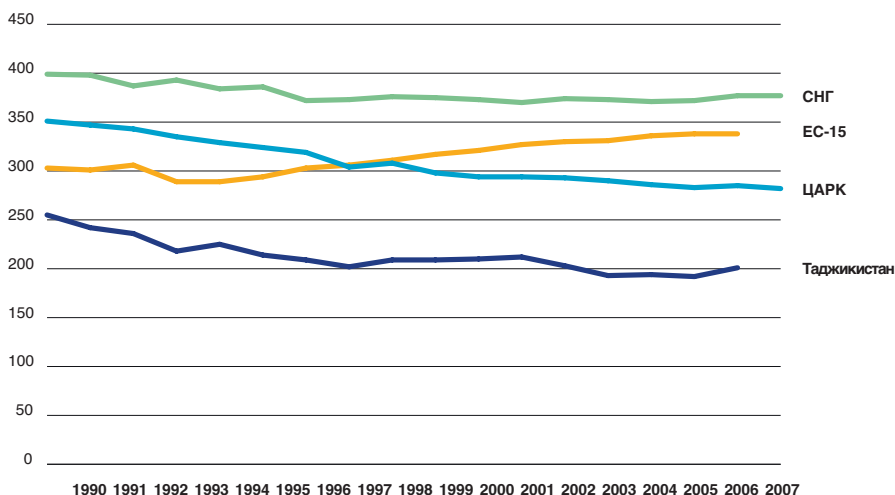
Специальность	1990	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Врачи	255	203	193	194	192	201	186
Стоматологи	15	17	14	15	15	15	15
Фармацевты	12	11	10	–	–	–	–
Медсестры	809	470	435	428	418	447	411
Акушерки	129	60	58	54	54	57	52

Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Примечание: * Данные State Committee on Statistics, 2008b.

Рис. 5.2

Количество врачей (физических лиц) на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.

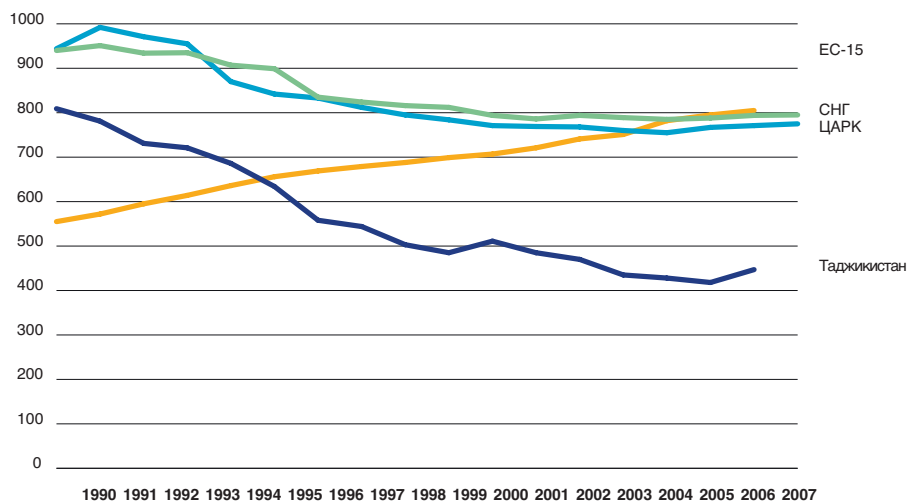


Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

При рассмотрении в контексте становится ясно, что почти по всем специальностям соотношение количества медицинского персонала (за исключением акушерок, хотя это соотношение также значительно сократилось за последние двадцать лет) к численности населения в Таджикистане значительно ниже, чем в большинстве европейских стран (рис. 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 и 5.6). Уменьшение количества врачей в Таджикистане с 255 в 1990 г. до 201 на 100 000 населения в 2006 г. соответствует похожему, но более выраженному уменьшению, наблюдаемому в других странах Центральной Азии, но контрастирует с увеличением показателя количества врачей к численности населения в странах ЕС-15 и с незначительным снижением в СНГ в целом (WHO EURO, 2010 /Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Некоторые из этих тенденций начались еще в советский период. Несмотря на то что советская система здравоохранения стремилась предоставить услуги одинакового качества по всему Советскому Союзу, на практике отмечалась значительная разница в распределении сотрудников здравоохранения. В 1987 г., например, показатель количества врачей на 1000 человек населения был в два раза больше в Грузии (5.7), чем в Таджикистане (2.7) (Rowland and Telykov, 1991).

Рис. 5.3

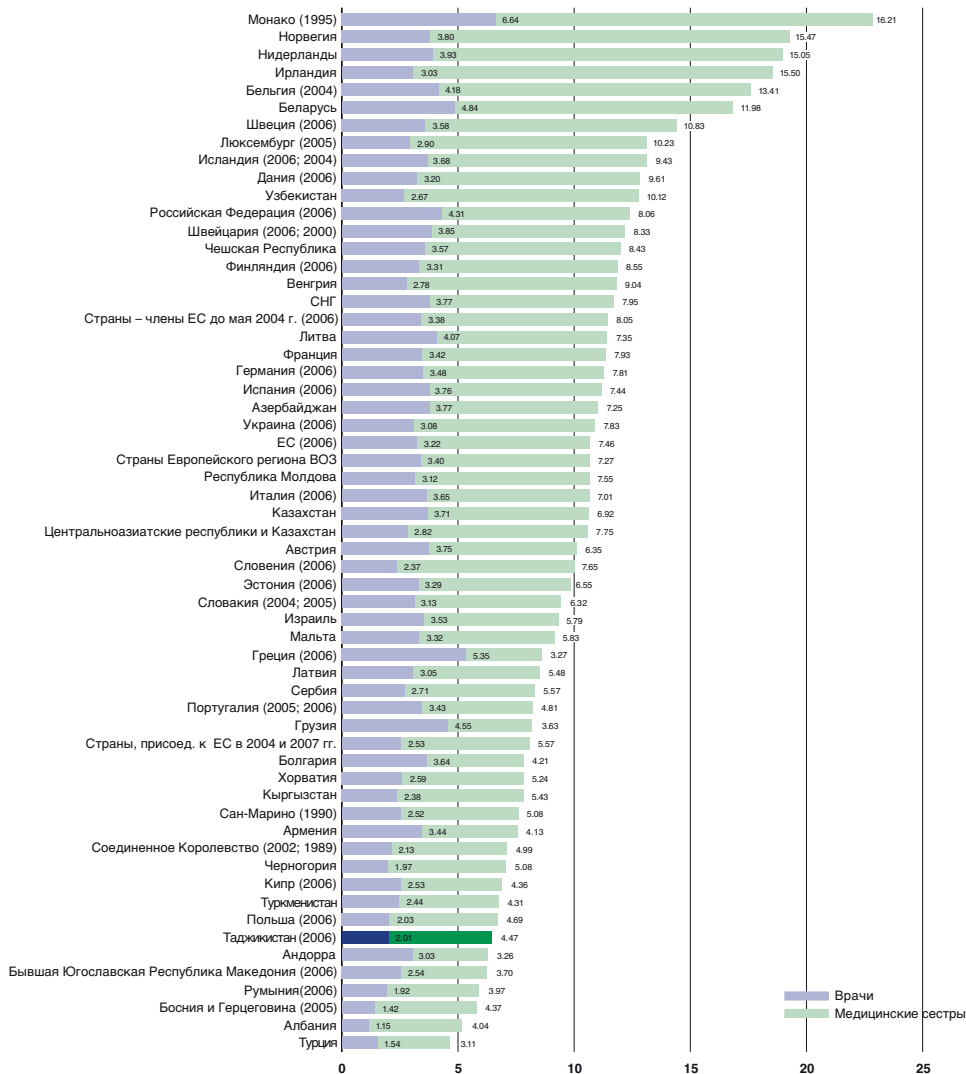
Количество медсестер (физических лиц) на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Рис. 5.4

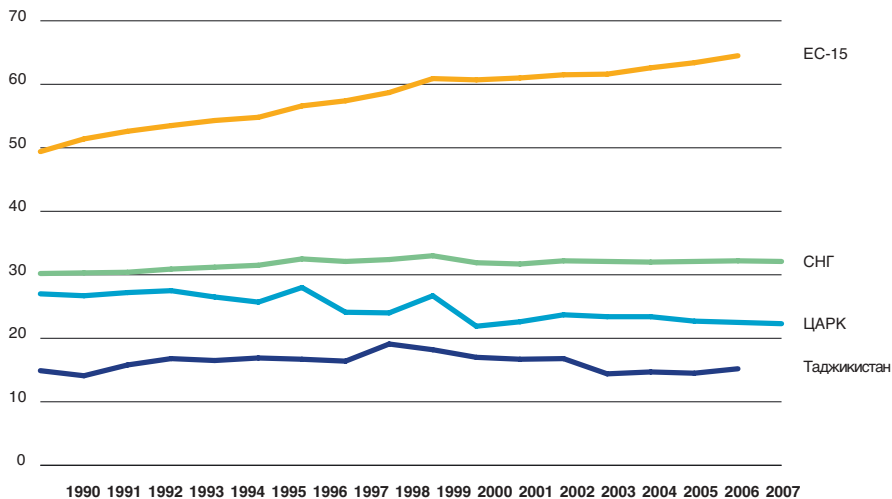
Количество врачей и медсестер (физических лиц) на 1000 населения, Европейский регион ВОЗ, 2007 г. (или самый последний год)



Источник: WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Рис. 5.5

Количество стоматологов на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

Численность медсестер на 100 000 населения в Таджикистане сильно сократилась с 809 в 1990 г. до 447 в 2006 г., что было самым низким показателем в ЦАРК (771), СНГ (794) и ЕС-15 (805) (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Комбинированное соотношение количества врачей и медсестер к численности населения Таджикистана – одно из самых низких в Европейском регионе ВОЗ (рис. 5.4). Соотношение количества медсестер и врачей в 2006 г. составляло 1 к 2,2 (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Как указано на рис. 5.5, показатель численности стоматологов на 100 000 населения в Таджикистане значительно ниже, чем в большинстве европейских стран. Тенденция остается без изменения с 1990 г., когда их количество составило 14,9 на 100 000 населения, немного увеличившись до 15,2 в 2006 г. (WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

5.2.1 Медицинские кадры: основные тенденции

Количество медицинского персонала на душу населения в Таджикистане значительно ниже, чем в других странах Центральной Азии. Врачи, как правило, имеют специализацию, но все больше и больше проходят пе-

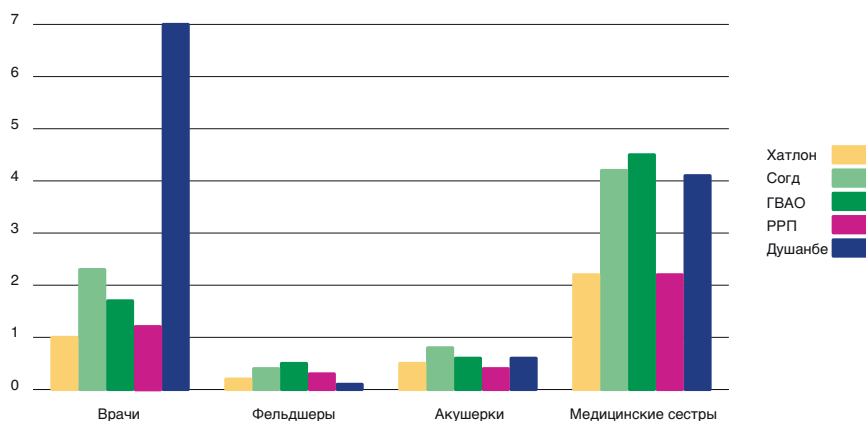
реподготовку для того, чтобы переквалифицироваться в семейных врачей. Планируется также улучшить и расширить подготовку медсестер. Обучение фельдшеров (помощников врача) уже было усовершенствовано в 1996 г. до четырехлетнего курса обучения в колледже. Ассистенты врачей в основном работают в сельской местности и, принимая во внимание нехватку врачей в сельских районах, являются важной группой профессионалов здравоохранения.

За последние десять лет качество системы здравоохранения пострадало от «утечки мозгов», начиная с гражданской войны и до сегодняшнего дня, ввиду того, что сотрудники здравоохранения стремятся получать большую оплату труда за рубежом. В период с 1990 до 1999 г., около 10 000 врачей и 39 000 человек среднего медицинского персонала оставили сектор здравоохранения, особенно в ходе гражданской войны. Несмотря на то что медицинские учебные заведения остаются привлекательными для студентов, выпускники обычно не остаются в учреждениях здравоохранения, и система продолжает терять квалифицированных сотрудников (World Bank, 2005a).

Медицинский персонал распределен неравномерно, как с функциональной точки зрения, так и географически. Врачи сконцентрированы в столице, Душанбе, в то время как самая низкая плотность медицинских работников всех специальностей (за исключением фельдшеров) – в Хатлонской области и в районах республиканского подчинения (рис. 5.6).

Рис. 5.6

Плотность распределения работников здравоохранения на 1000 населения, по регионам, 2004 г.



Источник: Wyss and Schild, 2006.

Примечание: РРП – районы республиканского подчинения.

Нехватка медицинских сотрудников является особенно острой проблемой в сельской местности. Это может объясняться неадекватным управлением кадрами, низкими заработными платами, устаревшим медицинским оборудованием и плохим состоянием медицинских учреждений (Republic of Tajikistan, 2006a).

5.2.2 Планирование медицинских кадров

Документы стратегии по реформированию системы здравоохранения выделяют развитие кадрового потенциала в качестве ключевого направления деятельности. Рабочий план по развитию кадров на период с 2006 до 2010 г. был одобрен Министерством здравоохранения в начале 2006 г., он выделяет основные приоритеты, такие как управление информацией по кадрам, развитие возможностей карьерного роста, стратегии удержания квалифицированных работников, географический дисбаланс или укрепление норм кадрового обеспечения (Ministry of Health, 2006). Другие политические документы делают особый акцент на переподготовке специалистов в семейных врачей, а также улучшение взаимодействия между врачами и медицинскими сотрудниками среднего звена. Однако выполнение планов реформирования находится на ранней стадии, и многое из того, что запланировано, нуждается в дальнейшей детализации. В целом, планирование кадров не является адекватным, и имеется лишь незначительное количество проектов его перспективного планирования (Wyss and Schild, 2006). Однако эта ситуация постепенно меняется, и в настоящее время стратегия кадровых ресурсов разрабатывается в контексте проекта «Община и основы здоровья».

Политика Министерства здравоохранения указывает на необходимость наличия одного семейного врача на 1500 жителей, что приблизительно равно 4600 семейных врачей в 2006 г., и одной семейной медсестры на 750 жителей, что приравнивается к 9150 семейных медсестер в 2006 г. Нормативный подход к установлению необходимых квот является возможным средством для оценки общей потребности в сотрудниках, однако он недостаточно хорошо подходит для того, чтобы принять во внимание такие факторы, как рабочая нагрузка, наличие в настоящий момент или подготовка в будущем новых сотрудников здравоохранения (Wyss and Schild, 2006).

Стратегические документы Министерства здравоохранения уделяют особое внимание приоритетным программам и развитию кадрового потенциала в области охраны здоровья матери и ребенка, ВИЧ/СПИД,

туберкулеза, малярии, полиомиелита и кори. Соответствующая деятельность, как правило, делегируется в национальные программы, выполняемые республиканскими центрами (например, Республиканский центр по формированию здорового образа жизни, Республиканский центр репродуктивного здоровья или Республиканский центр по борьбе с туберкулезом). Координация между приоритетными программами почти отсутствует и не существует консолидированного плана по кадрам. Развитию кадров в Таджикистане способствует ряд международных агентств и НПО, но почти отсутствуют формальные механизмы координации этой помощи (Wyss and Schild, 2006).

Министерство здравоохранения ведет базу данных по медицинским сотрудникам по категориям, месту работы, возрасту и полу для того, чтобы следить за количеством имеющихся сотрудников. Эта база данных содержит информацию по всем сотрудникам здравоохранения и управляется отделом по кадрам и науке. Она регулярно обновляется информацией, которую предоставляют районы и области. Однако согласно исследованию, проведенному в 2005 г. в выбранных районах, было выявлено несоответствие между данными базы данных Министерства здравоохранения и реальным количеством сотрудников, когда их было на четверть (Дангара) и треть (Варзоб) меньше, чем указано в базе данных Министерства здравоохранения (Wyss and Schild, 2006).

5.2.3 Подготовка медицинских кадров

Единственный государственный университет, Таджикский государственный медицинский университет отвечает за подготовку врачей и фармацевтов. Университет состоит из 7 факультетов, которые готовят по 68 специальностям. Ежегодно около 500–600 врачей оканчивают этот университет. Ввиду высокой осведомленности о географической диспропорции в распределении врачей, студентам из регионов с наибольшей нехваткой кадров отдается предпочтение, но дисбаланс остается. Для того чтобы улучшить качество подготовки студентов и избежать перенасыщения сотрудниками Министерство здравоохранения ограничило количество поступающих до 600 человек в год. Однако в учреждениях по подготовке работников здравоохранения, как правило, не хватает соответствующих обучающих материалов, оборудования и инфраструктуры, а также мест для прохождения производственной практики и квалифицированных преподавателей (Wyss and Schild, 2006).

Университетское образование в Таджикистане было приведено в соответствии с Болонским процессом. С 2007 г. обучение врачей и фармацевтов было разделено на обучение до степени бакалавра или магистра. Степень бакалавра по стоматологии и фармацевта требует четырех лет обучения, степень бакалавра общей терапии, педиатрии и общественного здравоохранения требует пяти лет обучения. После степени бакалавра идет степень магистра, требующая дополнительных 2–3 лет обучения. Большинство врачей продолжают обучение по специальности (Wyss and Schild, 2006).

Медсестринское образование все еще не развито, многие медсестры недостаточно квалифицированы. Несмотря на то что они составляют большинство работников здравоохранения и вносят весомый вклад в оказание медицинских услуг, медсестринское дело не смогло привлечь достаточного внимания. Многие медсестры выполняют ограниченное число функций и не принимают независимых решений относительно ухода за больным (Ministry of Health, 2005b). Четыре медицинских колледжа и девять медицинских учебных заведений отвечают за обучение других категорий персонала, при этом ежегодно выпускается около 1400–2000 медсестер и приблизительно 300 акушеров. Есть некоторые позитивные сдвиги в деле подготовки медсестер. В Институте последипломного повышения квалификации учрежден факультет медсестринского дела, и обучение медсестер было продлено до 4 лет.

Медицинские учебные заведения включают в себя следующие факультеты: общей медицины, акушерства, стоматологии, фармацевтический, медицинской техники и оборудования, гигиены, санитарии и эпидемиологии. Медицинские колледжи имеют следующие факультеты: медсестринское дело, лабораторные исследования, гигиены, санитарии и эпидемиологии.

Обучение фельдшеров (помощников врачей) было также усовершенствовано до четырехлетнего курса в медицинских колледжах. Фельдшеры работают главным образом в сельских районах и выполняют важную функцию в отсутствие врачей.

Занятость персонала здравоохранения организована в соответствии с трудовым законодательством Таджикистана. Выпускники, как правило, становятся частью государственного сектора. Однако распределение дипломированного персонала не всегда прозрачно. Кроме того, есть тенденция поручать врачам задачи, которые могут быть выполнены медсестрами (Wyss and Schild, 2006).

Факультет общественного здравоохранения был учрежден в Медицинском институте Таджикского государственного медицинского университета в 2005 г., он обучает как бакалавров, так и магистров общественного здравоохранения. Обучение общественному здравоохранению поддерживается Фондом Сороса в Таджикистане, но нерешенные проблемы включают в себя координацию и расходы по обучению студентов в Институте общественного здравоохранения.

Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования, утвержденная постановлением правительства № 512 от 31 октября 2008 г., предусматривает реформы структуры, содержания, продолжительности и качества медицинского и фармацевтического образования в Таджикистане. Основные цели концепции включают в себя:

- совершенствование системы медицинского образования в соответствии с рекомендациями Всемирной федерации медицинского образования, создание 3 последовательных этапов – высшее медицинское образование, последиplomное медицинское образование и непрерывное профессиональное образование;
- внедрение Европейской системы накопления и передачи зачетных единиц (ECTS)¹;
- совершенствование государственных стандартов медицинского и фармацевтического образования;
- изменение системы оценки качества и уровня профессиональной компетенции, а также
- внедрение аккредитации медицинских учреждений образования.

5.2.4 Семейная медицина

Прогресс достигнут также в деле укрепления семейной медицины. В 1998 г. общая практика (семейная медицина) и врачи общей практики были включены в перечень медицинских профессий. В настоящее время разрабатывается закон о семейной медицине, так же как и программа для развития семейной медицины.

Факультеты семейной медицины для обучения семейных врачей был учреждены в Таджикском государственном медицинском уни-

¹ ECTS (*англ.* European Credit Transfer and Accumulation System) – Европейская система перевода и накопления кредитов – общеевропейская система учета учебной работы студентов при освоении образовательной программы или курса. – *Прим. ред.*

верситете и в 8 обучающих медицинских центрах по всей стране. Программа начиналась довольно медленно, при существующей квоте в 40 студентов только 11 были зарегистрированы в программе обучения семейной медицине Таджикского государственного медицинского университета в ходе первого года выполнения программы в 2004 г. К 2006 г. интерес к специальности «семейная медицина» был все еще низкий, ввиду отсутствия финансовых стимулов, поскольку другие специалисты зарабатывали существенно больше, чем семейные врачи. Семейные медсестры обучаются в медицинских колледжах и школах по специальности «семейная медицина» (Wyss and Schild, 2006).

Кроме того, в Душанбе были созданы два центра переквалификации домашних врачей и медсестер – при Институте последипломного повышения квалификации и Республиканском центре семейной медицины. Курс по переподготовке для врачей и медсестер, которые хотят заниматься семейной медициной, длится 6 месяцев. Однако, переподготовка развивалась достаточно медленно, и было переобучено только небольшое число специалистов. Существуют трудности в гармонизации деятельности всех учреждений по переподготовке, происходит дублирование ролей и обязанностей (Wyss and Schild, 2006). К 2005 г. только 2% (442) врачей и 3% (412) медсестер прошли программы переквалификации для приобретения навыков «семейной медицины»

С тех пор переквалификации домашних врачей и медсестер способствовали многочисленные инициативы и программы внешней помощи с участием Азиатского банка развития, Всемирного банка, Фонда Ага Хана, ЗдравПлюс и других организаций. В 2003 г. 11-месячное обучение преподавателей было инициировано проектом ЗдравПлюс, профинансированным ЮСЭЙД и осуществляемым в сотрудничестве с Институтом последипломного повышения квалификации. Подготовка происходит в крупной поликлинике и включает и теоретическую и практическую работу с поликлиническими пациентами. Эта модель была распространена Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству и Фондом Ага Хана в нескольких местах страны. К 2009 г. число медицинских работников, получивших обучение по специальности «семейная медицина», выросло до 1578 врачей и 1721 медицинских сестер семейной медицины.

5.2.5 Регистрация/лицензирование

В советский период врачи должны были проходить обучение в цикле обязательного непрерывного обучения по крайней мере каждые пять лет. Эта система все еще функционирует в Таджикистане, но возможностей проходить непрерывное обучение стало значительно меньше ввиду отсутствия финансовых ресурсов (Ministry of Health, 2005b), и невыполнение этого правила не влечет за собой никакой ответственности относительно дальнейшей медицинской практики. В контексте введения семейной медицины, в 2005 г. начались обсуждения относительно необходимости ввести новые руководства и системы аккредитации/сертификации для этой и других специализаций (Reamy, 2005).

5.2.6 Возможности развития врачебной карьеры

В настоящее время в Таджикистане не существует четких карьерных возможностей для эффективно работающих сотрудников. Система поощрения такого персонала, за исключением специалистов, которые работают в городской местности, практически отсутствует. Это особенно относится к тем, кто работает в сельской местности, и к менее квалифицированным сотрудникам, таким как медсестры или акушерки (Wyss and Schild, 2006).

Немного есть механизмов по управлению работой медицинских сотрудников. Не проводится оценка результатов деятельности работников здравоохранения, например через регулярный обзор количества и качества услуг. Также отсутствуют инструменты, используемые для проведения обычного мониторинга клинической практики. Случайные обзоры указывают на то, что клинические руководства не используются повсеместно. Отмечено отсутствие обучения навыкам управления лиц, принимающих решения, основные профессиональные навыки, которым они обучаются, – врачебные (Wyss and Schild, 2006), и управляющие больницами зачастую имеют слабые навыки профессионального руководства (Ministry of Health, 2005b).

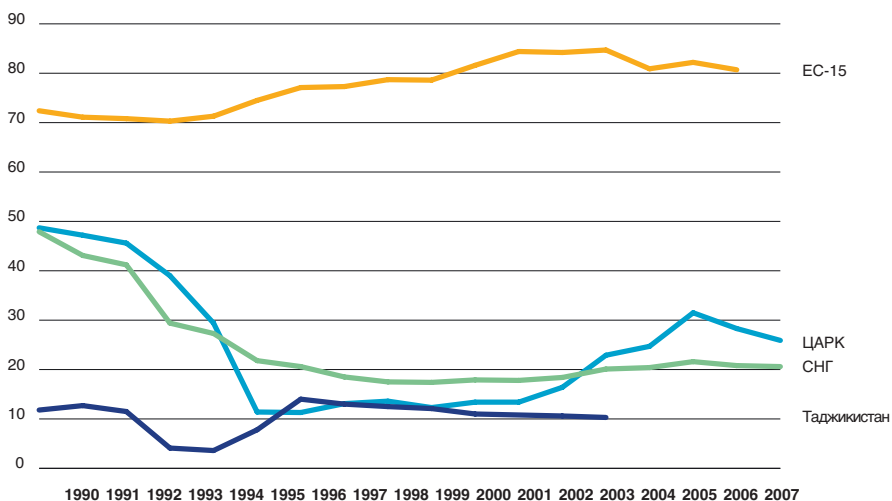
5.2.7 Фармацевты

Численность фармацевтов в Таджикистане, при показателе 10 на 100 000 населения в 2003 г., была ниже, чем в Центральной Азии со средним показателем 23, и в СНГ – 20 в том же году, и значительно ни-

же среднего показателя по ЕС-15 – 85 на 100 000 населения в 2003 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Рис. 5.7

Количество фармацевтов на 100 000 населения, Таджикистан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2007 гг.



Источник: WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

6. Предоставление медицинских услуг

Медицинские услуги предоставляют на республиканском, областном, районном и сельском уровнях. Есть различные модели оказания помощи в сельских районах и городских территориях. В сельских районах первичная помощь предоставляется в медицинских пунктах, сельских поликлиниках и сельских больницах. В городской местности первичная и вторичная медицинская помощь предоставляется поликлиниками/центрами семейной медицины, больницами районного уровня, специализированными больницами (областными или городскими), и более сложные услуги – в национальных больницах.

Система здравоохранения традиционно ориентирована на больницы, частично ввиду того, что главные врачи в больнице управляют всеми медицинскими службами своего подчинения в районе и, таким образом, влияют на решения относительно распределения ресурсов в пользу стационарного лечения. В 2000 г. Министерство здравоохранения взяло на себя обязательство реструктуризации первичного уровня здравоохранения и других медицинских служб, при технической и финансовой поддержке ВОЗ, Всемирного банка, и Азиатского банка развития. Это привело к усилению первичного уровня здравоохранения, рационализации и модернизации медицинских учреждений и совершенствованию обучения и потенциала работников здравоохранения.

6.1 Общественное здравоохранение

Исторически медицинское обслуживание в Таджикистане было организовано вертикальным способом, при этом некоторые функции были делегированы республиканским учреждениям. Это особенно характер-

но в отношении ряда функций здравоохранения, таких как охрана здоровья матери и ребенка, туберкулез, контроль за ВИЧ/СПИД, иммунизация или укрепление здоровья, которые задуманы и предоставляются как вертикально организованные программы, отдельно от медицинских служб лечебной помощи (см. подраздел 4.2). Как правило, соответствующие республиканские центры управляют собственными службами и инфраструктурой, например такие как Республиканский центр здорового образа жизни, Национальный центр репродуктивного здоровья, санитарно-эпидемиологические службы, Институт профилактической медицины или Республиканский центр по борьбе с туберкулезом. Те из них, которые оказывают лечебную помощь, соревнуются за пациентов, предлагая спектр возможно более специализированных услуг. Это, в частности, относится к борьбе с туберкулезом, которая все еще основана на больничном уходе и не интегрирована в первичное звено здравоохранения (Wyss and Schild, 2006). Одной из основных задач в оказании услуг здравоохранения является необходимость интеграции этих вертикальных программ в первичное звено здравоохранения.

Санитарно-эпидемиологические службы ответственны за предотвращение, мониторинг и контроль инфекционных болезней, профессиональных болезней, за безопасность пищевых продуктов и окружающей среды. Эти службы финансируются примерно на 20% Министерством здравоохранения, в то время как 80% поступает от оплаты предоставленных услуг. Санитарно-эпидемиологические лаборатории проводят анализы кала, крови, воздуха, воды и пищи для клинических центров, учреждений первичного уровня здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. Санитарно-эпидемиологические службы сталкиваются с рядом проблем, включая нехватку человеческих ресурсов, низкие зарплаты, низкий престиж, отсутствие возможностей карьерного роста и недостаточное обучение. Потенциал лабораторий базовый и довольно низкий. Оборудование устарело ввиду нехватки инвестиций после распада Советского Союза. Во многих лабораториях нет бюджетных средств, чтобы закупать расходные материалы. Транспорт устарел; автомобили сильно изношены, бюджетных средств на оплату бензина нет. В 2009 г. Министерство здравоохранения, при поддержке ВОЗ, запустило План реформы общественного здравоохранения для оценки существующих учреждений и функционирования Службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора. В 2009 г. в целях усиления готовности к птичьему гриппу в Душанбе был усилен потенциал лабораторий санитарно-эпидемиологической службы.

Республиканский центр здорового образа жизни был учрежден в 1999 г. (Указ Министерства здравоохранения № 352/2), а в 2003 г. была принята Программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан до 2010 г.

Министерство здравоохранения обращает все больше внимания на проблемы питания, в значительной степени в сотрудничестве с международными донорами и неправительственными организациями. Например, Таджикистан входит в региональный проект по поддержке фортификации питания, который финансируется японским правительством, в то время как ЮНИСЕФ и ВОЗ возглавляют работу по витаминным и микропитательным добавкам, фортификации в домашних условиях и грудному вскармливанию. Министерство здравоохранения стремится к развитию государственной программы по организации здорового питания и физической активности населения Республики Таджикистан. Однако в Республиканском центре по проблемам питания, который является относительно небольшим учреждением, ориентированным на исследовательскую работу, есть только небольшое количество сотрудников, работающих по проблемам питания неполный рабочий день. При Министерстве здравоохранения создана рабочая группа по вопросам питания матери и ребенка, которая координирует деятельность соответствующих организаций. В декабре 2008 г. Министерством здравоохранения утверждены новые стандарты развития ребенка, и обучение персонала проводится по всей стране. Министерство также инициировало национальную программу по распространению грудного вскармливания, и 68,1% родильных домов были сертифицированы ЮНИСЕФ как «дружественные ребенку».

Одной из проблем является преувеличенное значение, которое придается витаминам, как со стороны работников службы здравоохранения, так и потребителей медицинских услуг, весьма характерным предписанием при посещении медицинских учреждений является курс инъекций витаминов. По всей стране специалисты по питанию не проходят специальной подготовки для предоставления медицинских услуг, возможно только за исключением разработки специальных диет для пациентов в больницах, и для медицинского сообщества было проведено лишь небольшое количество тренингов по профилактике недостаточного питания. В результате в прошлом особое внимание уделялось лечебным, а не профилактическим действиям по питанию (Branca and Tzhibayav, 2004). Однако в 2009 г. был обновлен клинический протокол лечения острого недоедания, и в настоящее время разра-

батываются руководства по его лечению на первичном уровне медицинской помощи. Была разработана Стратегия по профилактике и борьбе с анемией, которая состоит из многочисленных действий, выполняемых в несколько фаз. На национальном уровне стратегия заключается в предоставлении железа (и фолиевой кислоты) всем беременным женщинам и в начале работы по фортификации пшеничной муки добавками железа (сульфат железа). Страна также предприняла шаги по насыщению всей соли йодом (UNISEF, 2007b). Были опробованы новые подходы по улучшению дополнительного вскармливания с фортификацией в домашних условиях, ВОЗ и Министерство здравоохранения разрабатывают руководство по более широкому применению фортификации в домашних условиях.

Целью Национальной программы по иммунопрофилактике, которая была принята Министерством здравоохранения, является уничтожение шести болезней, против которых созданы вакцины: дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, корь и туберкулез. Программы по иммунизации находятся в ведении Министерства здравоохранения, которое реализует их через Республиканский центр иммунопрофилактики. В обязанности центра и шести его региональных представительств входит управление поставкой вакцин, которые в настоящее время предоставлены донорами, и соблюдение требований холодной цепи – по непрерывной цепи холодильников и холодильного транспорта от производства до потребителя. Более 2500 учреждений здравоохранения, включая родильные дома, поликлиники, сельские больницы, небольшие сельские амбулатории и медицинские пункты, предоставляют услуги по иммунизации. Большинство детей (80–85%) проходят иммунизацию в фиксированных учреждениях, но у двух пятых этих детей доступ к иммунизации существует только один или два дня в неделю, что препятствует улучшению охвата иммунизацией. Приблизительно 15–20% детей проходят иммунизацию в выездных или мобильных службах.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и расширенной программой иммунизации количество медицинских противопоказаний по вакцинации, дозы и число прививок и частота посещений медицинских учреждений были сокращены в соответствии с новым графиком вакцинации, который был принят в 1994 г. Согласно подсчетам, также были сокращены затраты. На данный момент вводится всесторонняя система мониторинга качества и эффективности расширенной программы иммунизации. Развивается также ранее отсутствовавший эпидемиологический надзор за целевыми инфекциями.

Существенный вклад в выполнение Национальной программы по иммунопрофилактике был сделан международными организациями, такими как ГАВИ, Японское агентство международного сотрудничества, ЮСЭЙД, ЮНИСЕФ, ВОЗ, Международная ассоциация развития, Международный комитет Красного Креста и «Врачи без границ», которые предоставили различную помощь, включая поставку вакцин, холодильного оборудования для вакцинации, одноразовых шприцев и других медицинских ресурсов. С 1993 г. вакцины, включенные в национальный список иммунизации детей в возрасте до 1 года, поставлялись ГАВИ и ЮНИСЕФ при финансировании японского правительства и центров по контролю за заболеваниями. Однако из-за нехватки средств практически не проводилась вакцинация детей старше одного года. По этой причине в 2008 г. была предложена пентавалентная вакцина (с помощью одного укола иммунизирующая против 5 болезней), и в 2009 г. были проведены кампании по массовой иммунизации против кори и краснухи.

Промежуточный обзор Национальной стратегии по иммунопрофилактике, проведенный в 2003 г., выявил, что существенными проблемами, на которые следует обратить внимание, являются: недостаточный охват населения иммунизацией, процессы применения и обеспечения безопасности вакцин, потенциал и практика поставщиков медицинских услуг, отсутствие национального контролирующего органа по вакцинации и неустойчивость финансирования иммунизации. Однако в отчете были отмечены значительный прогресс и достижения, включая недавно принятую политику по безопасной иммунизации, охват вакцинацией по расширенной программе иммунизации и безопасные материалы для инъекций, и успех в борьбе с болезнями, предотвращаемыми с помощью вакцин, а также обязательные действия в рамках эпидемиологического надзора.

Между 2001 и 2005 гг. правительство Таджикистана в значительной степени увеличило свой вклад в Национальную программу по иммунопрофилактике. Более того, Таджикистан получил около 8 млн долл. США в поддержку со стороны Альянса ГАВИ, и общий объем взносов доноров в этот период превысил 16 млн долл. США (Brenzel, 2008). Тем не менее не похоже, что дополнительные ресурсы оказали положительное влияние на показатели охвата соответствующих групп населения, а в некоторых районах страны наблюдается некоторое снижение охвата. Оценка по распределению ресурсов иммунизации выявила, что распределение ресурсов является неравномерным и не имеет отношения к потребностям или оценке результатов программ (Brenzel, 2008).

6.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения

Как было упомянуто выше, маршрут пациента в системе здравоохранения отличается в сельских районах и в городах. Кроме того, многие пациенты поступают в медицинские учреждения более высокого уровня без направления из учреждений первичной медицинской помощи. Приблизительно 80% пациентов минуют первичное здравоохранение и обращаются в больницы (Ministry of Health, 2005b). Кроме проблемы наличия врачей, которые бы отвечали за направление на специализированное лечение на уровне первой помощи, существует также очень плохое взаимодействие первичного и вторичного здравоохранения относительно непрерывности лечения (Ministry of Health, 2005b).

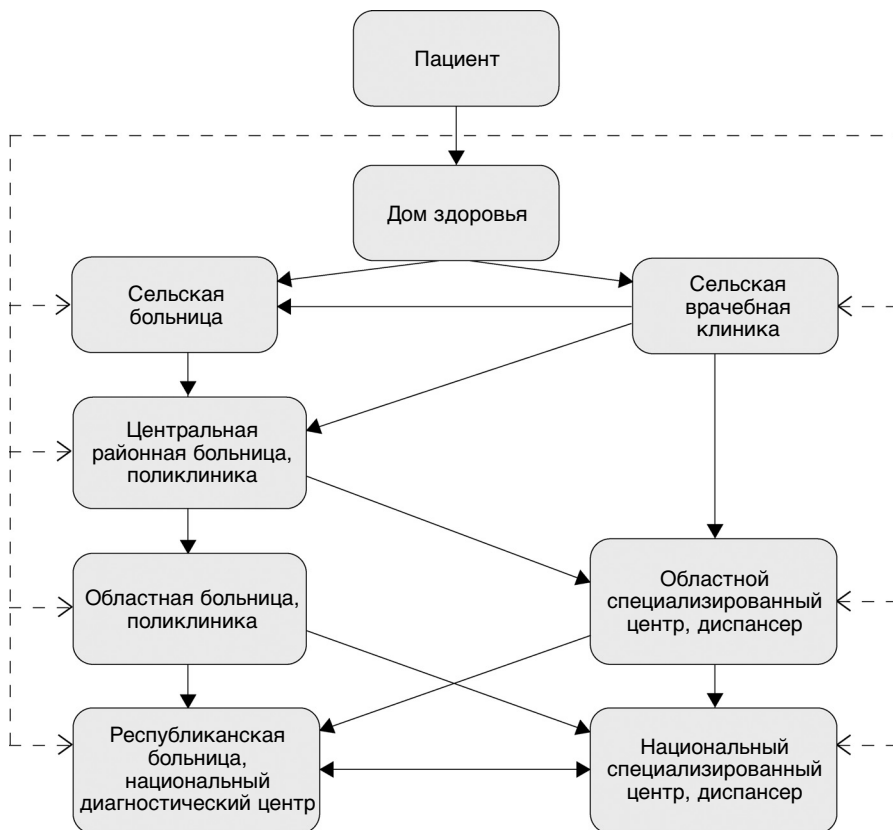
Рис. 6.1 показывает потенциальный маршрут пациентов сельской местности, которые в первую очередь должны обращаться в медпункт. Однако структура первичного здравоохранения в настоящее время преобразовывается, и в экспериментальных районах дома здоровья и сельские центры здоровья заменяют медицинские пункты, сельские врачебные клиники и сельские больницы.

6.3 Первичная/амбулаторная медицинская помощь

Структура системы предоставления медицинских услуг, унаследованная от Советского Союза, является очень сложной и иерархической. В городской местности амбулаторные услуги предоставлялись в поликлиниках, которые были сегментированы в отдельные клиники для взрослых, детей и клиники женского репродуктивного здоровья и через специализированные диспансеры, в которые обращаются с определенными заболеваниями, такими как туберкулез, онкологические заболевания и заболевания эндокринной системы. Существуют также медицинские пункты, прикрепленные к школам, государственным предприятиям и другим учреждениям. В сельских районах первым пунктом обращения за помощью традиционно были пункты фельдшерско-акушерской помощи (ФАП), которые были переименованы в дома здоровья (ранее медицинский дом, теперь дом здоровья или *hohahoi salomati*) в 1997 г. В сельской местности амбулаторные услуги также предоставляются в сельских врачебных амбулаториях (СВА) и сельских больницах (сельская участковая больница, или СУБ). Эти сельские амбулаторные службы управляются центральным руководством районной больницы (World Bank, 2005b).

Рис. 6.1

Типичный маршрут пациентов



Источник: Rahminov, Gedik and Healy, 2000.

Таджикистан все еще находится на ранней стадии реструктуризации и укрепления системы первичной медицинской помощи. Был принят Закон о семейной медицине, использовании принципа капитации в оплате врачебной практики, основном пакете льгот и дополнительных платежах (см. подраздел 10.3 «Основные законодательные акты»). Пилотные реформы первой помощи находятся на стадии реализации в восьми районах страны, расположенных в трех областях (Указ № 199 от 14 апреля 2007 г.). В Министерстве здравоохранения сформирован отдел, отвечающий за первичную медицинскую помощь, в котором работают четыре сотрудника.

Министерство здравоохранения начало осуществление основной реструктуризации первичного звена здравоохранения, используя ресурсы

и опыт, предоставленные Европейским регионом ВОЗ, Всемирным банком, Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству и Азиатским банком развития. Проект по первичной медицинской помощи, реализованный Всемирным банком в 2001–2005 гг., состоял из четырех компонентов:

- развитие первичной медицинской помощи;
- рационализация и развитие медицинских учреждений;
- система финансирования здравоохранения – на основе населения;
- усиление потенциала и управление проектом.

Экспериментальные районы, включенные в проект по первичной медицинской помощи, имеют численность населения приблизительно 160 000 человек. Проект улучшил капитальную инфраструктуру первой помощи через строительство и восстановление 27 сельских поликлиник и поставку оборудования. В ходе выполнения проекта были переподготовлены врачи и медсестры по семейной медицине, введены практики семейной медицины и апробированы новые механизмы финансирования. Проект Sino дополнил проект, проанализировав на основании 18 параметров внедрение пакета гарантированных услуг в экспериментальных районах.

Второй проект, профинансированный Азиатским банком развития – проект реформы медицинской помощи, – начался в 2004 г. Проект имел три компонента:

- институциональное развитие сектора здравоохранения;
- контроль качества и закупки лекарственных средств;
- эффективное и устойчивое оказание медицинской помощи уязвимо-му и бедному населению через гарантированный пакет услуг.

Проект был нацелен на 5 наиболее бедных и отдаленных районов страны, где уровень бедности значительно выше, чем в других районах. Проект ставил следующие цели: улучшение инфраструктуры учреждений первичного звена медицинской помощи и предоставление клинического оборудования и лекарств. Ожидается, что в результате осуществления проекта улучшится предоставление помощи матери и ребенку, будет усилен контроль за туберкулезом, малярией и другими инфекционными заболеваниями и улучшится доступ уязвимых групп населения к качественному медицинскому обслуживанию.

В 2007 г. при поддержке Всемирного банка, ЮСЭЙД/ЗдравПлюс, Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству и Шведского агентства по международному развитию было начато выполнение проекта «Община и базовое здравоохранение». Проект поддерживает первичное здравоохранение и основанную на принципе капитации и результатах работы оплату поставщикам, а также качество оказания медицинских услуг в центрах первичного здравоохранения. Проект произвел позитивные изменения в двух пилотных областях и оказал влияние на секторальные реформы финансирования здравоохранения и реформы оплаты поставщикам медицинских услуг. В частности, проект инвестировал средства в развитие первичной медицинской помощи, медицинское оборудование и подготовку медицинских работников. Проект также, в сотрудничестве с другими донорами, поддерживал Министерство здравоохранения в развитии стратегии сектора здравоохранения.

В 2007 г. первичное звено здравоохранения состояло из 1692 домов здоровья, 134 медицинских пунктов, возглавляемых ассистентами врачей (98) или врачами (36), 593 сельских, 52 областных (городских) и 24 городских центров здоровья (State Committee on Statistics, 2008b). Число амбулаторных визитов в год на человека показано на рис. 6.2.

6.3.1 Дома здоровья

В конце 1990-х гг. правительство начало реформирование системы первичного здравоохранения в выбранных пилотных районах. Указ № 236 Министерства здравоохранения от 23 июня 1998 г. предусматривал постепенный переход на первичное здравоохранение в соответствии с принципами общей практики на период 1998–2000 гг., в то время как правительственные постановления по вопросу о реформе и новой организационной структуре первичной медико-санитарной помощи были приняты в 2002 и 2006 гг. (Указ № 525 в 2002 г. и № 25 в 2006 г.).

В 2002 г. концепция реформирования здравоохранения (Republic of Tajikistan, 2002b) предусматривала новую структуру первичного здравоохранения, которая должна трансформировать многослойную систему первичного здравоохранения в сельской местности в двухярусную систему. Дома здоровья должны служить пунктом первого обращения в сельской местности. В них работают медсестры и акушерки, количество сотрудников в каждом доме здоровья зависит от количества обслуживаемого населения. Важно отметить, что несмотря на то, что физиче-

ская структура домов здоровья будет упразднена, функция фельдшеров (общинных работников здравоохранения) будет сохраняться в рамках деятельности практики семейной медицины (World Bank, 2005b). Как уже упоминалось, в 2007 г. в стране насчитывалось 1692 дома здоровья. Они связаны с сельскими центрами здоровья.

Дома здоровья предоставляют услуги по иммунизации, основную первую помощь, посещения на дому, основной дородовой уход и направление на специализированную помощь, несмотря на то что существует также прямой доступ к врачам в районных больницах.

Дома здоровья учреждены в сельской местности с населением менее 1500 человек. Дома здоровья также учреждены в изолированных селах, население которых составляет менее 300 человек, если село расположено более чем в 4 километрах от других медицинских учреждений. Дома здоровья финансируются из бюджетов администраций села (джамоат) и доходов местных колхозов.

6.3.2 Сельские центры здоровья

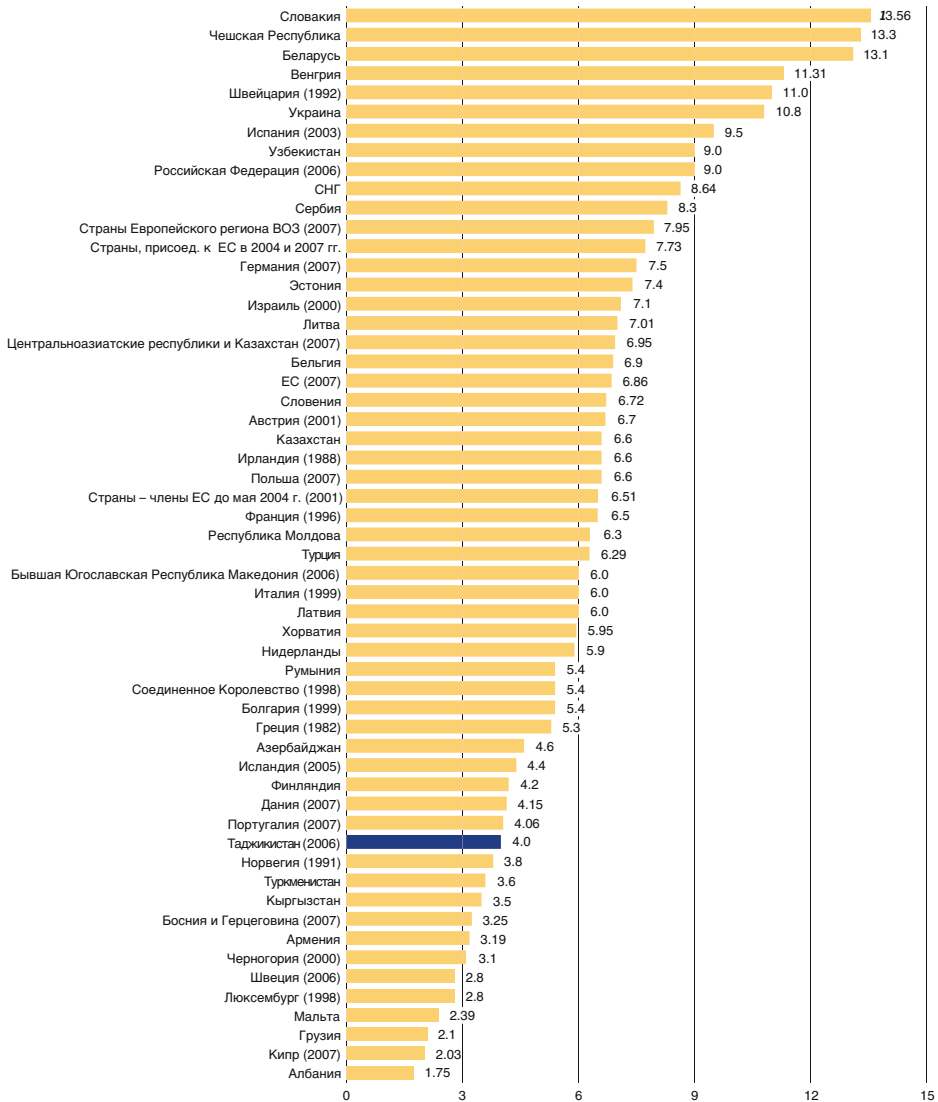
Сельские центры здоровья, как правило, имеют в своем составе специалистов и предоставляют услуги первичного здравоохранения следующего уровня. Эти клиники находятся в подчинении центральных районных больниц и предлагают диагностические услуги и основные виды лечения и хирургических вмешательств. В большинстве существует простейшее лабораторное оборудование для проведения анализов крови и мочи. В сельских центрах здоровья (бывшие сельские врачебные клиники или сельские больницы) работают врачи, а также младший и средний медицинский персонал. В городской местности поликлиники должны остаться первым пунктом обращения (Wyss and Schild, 2006). Одним из основных препятствий в выполнении планов по рационализации является скорость, с которой можно подготовить семейных врачей и медсестер для выполнения этих новых функций (World Bank, 2005a). В 2007 г. насчитывалось 593 сельских центра здоровья.

6.3.3 Районные и городские центры здоровья

Районные и городские центры здоровья являются либо независимыми, либо подотчетны больнице и предлагают профилактические, диагностические и реабилитационные услуги. Услуги бывших поликлиник были очень фрагментированы, с отдельными поликлиниками для взрос-

Рис. 6.2

Амбулаторные обращения на душу населения в год, Европейский регион ВОЗ, 2008 г. (или самый последний год)



Источник: WHO EURO 2010, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.

лых, детей и клиники женского репродуктивного здоровья. Также существовали поликлиники на областном уровне, стоматологические поликлиники и поликлиники по планированию семьи. Все это было изменено Указом Правительства № 525 от 31 декабря 2002 г., с реструктуризацией первичной медицинской помощи в стране.

Поликлиники для взрослых, детей и женского репродуктивного здоровья были объединены в районные и городские центры здоровья. В 2007 г. насчитывалось 52 районных центра здоровья и 24 городских центра здоровья.

6.4 Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь

Так же как и большинство стран бывшего СССР, Таджикистан унаследовал обширную больничную систему, которую стало очень сложно поддерживать. Финансирование больничных услуг на основе количества мест привело к накоплению излишнего больничного потенциала. С момента провозглашения независимости система сохранилась практически без изменений. Имели место лишь незначительная модернизация или капиталовложения и некоторые организационные изменения. По многим аспектам потенциал и качество служб здравоохранения значительно ухудшились (Ministry of Health, 2005b).

Небольшие сельские больницы с 25–75 койками предлагают основные медсестринские услуги и некоторые медицинские и акушерские услуги. Существуют многочисленные специализированные больницы, которые предоставляют услуги особым группам населения (таким как дети и беременные женщины) или пациентам с определенными заболеваниями. Национальные больницы на республиканском уровне предоставляют услуги более высокого уровня и обычно также являются центрами по обучению и исследованиям.

Было отмечено значительное уменьшение количества больничных коек интенсивной терапии на 100 000 населения, их количество снизилось с 922 в 1990 г. до 547 в 2006 г. (см подраздел 5.1). На первой стадии реформы здравоохранения (1992–2002), тем не менее, это снижение количества коек не сопровождалось реформированием первичного звена здравоохранения, ресурсы были не реинвестированы в сектор здравоохранения, а абсорбированы государственным бюджетом. На второй стадии реформ (начиная с 2003 г.) усиление первичного звена

здравоохранения началось в пилотных районах. Текущий план по рационализации больниц подразумевает дальнейшее снижение количества коек. Предусматривается 33%-ное сокращение соотношения количества коек к численности населения в больницах общего профиля (центральные районные и городские больницы) в течение 2005–2010 гг., а также проведение реконструкции зданий и приобретение нового оборудования (Ministry of Health, 2005b).

Несмотря на то что количество коек интенсивной терапии за последние годы уменьшалось, количество больниц (общих и интенсивной терапии) увеличилось, с 365 в 1990 г. до 449 в 2006 г., в то же время тенденция в отношении соотношения их количества и численности населения практически не изменилась, в 1990 г. было 6,9 больниц на 100 000 населения в 1990 г. и 6,8 в 2006 г. (WHO EURO, 2010/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Еще одним свидетельством того, что ограниченные ресурсы здравоохранения не используются эффективно, является низкое значение показателя занятости койки в больницах интенсивной терапии, который снизился с 93,8% в 1990 г. до 60,3% в 2006 г. (WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). Средняя длительность пребывания на койке в больницах интенсивной терапии незначительно снизилась с 13,6 дня в 1990 г. до 11 дней в 2006 г. (WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010).

Показатели использования больничной помощи снизились с 20,9 случая госпитализации в больницы интенсивной терапии на 100 человек населения в 1990 г. до 11,1 в 2006 г. (WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010). При недостаточном финансировании вторичного уровня здравоохранения, оттоке квалифицированных сотрудников и нехватке медицинского оборудования это снижение произошло, скорее всего, в результате ухудшения работы больничных служб, а не по причине укрепления первичного уровня здравоохранения (Ministry of Health, 2005b). Качество больничных услуг ухудшилось, о чем свидетельствуют неадекватные осмотры, устаревшие или отсутствующие клинические протоколы лечения, недостаточное обеспечение медикаментами и неквалифицированный медицинский персонал (Ministry of Health, Здравоохранения 2005b). Стандартизированный уровень смертности от аппендицита по всем возрастным группам увеличился с 0,35 на 100 000 населения в 1990 г. до 0,47 в 2005 г., это самый высокий показатель среди стран Европейского региона ВОЗ (WHO EURO, 2010/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010)

В 2005 г. в 77% больниц питание пациентам не предоставлялось (Ministry of Health, 2005b). Также отмечалось недостаточное обеспечение медикаментами, 70–80% предписанных медикаментов пациенты покупают сами (Ministry of Health, 2005b).

6.4.1 Сельские больницы

Небольшие сельские больницы, в которых 25–75 коек предлагают базовую медсестринскую помощь и некоторые медицинские и акушерские услуги. В них работает один врач, терапевт. В 2007 г. было 153 сельских больницы, уменьшившись с 198 в 1995 г., 217 в 2000 г. и 208 в 2005 г. Согласно приведенным выше статистическим данным за 2007 г., также существовало 45 районных больниц, которые были реорганизованы из сельских. Эти больницы находятся в очень плохом состоянии и работают только в весеннее и летнее время, здания находятся в запущенном состоянии, в зимний период отсутствует отопление и электричество, больницы располагают лишь незначительным количеством необходимых для больных принадлежностей и постельного белья и очень скудным диагностическим и терапевтическим оборудованием. Большинство коечных мест не занято. Пациенты стремятся избегать сельских больниц и обращаться непосредственно в центральные районные больницы.

В рамках плана по рационализации больничной помощи планируется закрыть или трансформировать сельские больницы в сельские центры здоровья с ограниченным количеством коек дневного пребывания или в районные больницы – за исключением отдаленных и горных районов, где они должны относиться к центральной районной больничной сети (Republic of Tajikistan, 2002b; Ministry of Health, 2005b).

6.4.2 Центральные районные/городские больницы

Центральные районные/городские больницы расположены в самом большом городе района, в них, как правило, около 100–300 коек, они укомплектованы рядом специалистов, и многие также имеют поликлинику. В 2007 г. было 57 центральных районных больниц и 24 городские больницы, что говорит об увеличении по сравнению с 1995 г., когда было 52 центральных районные больницы, в то же время количество коек сократилось. Также существуют подчиненные районные больницы, предоставляющие аналогичный спектр услуг. В 2005 г. сельские и

центральные районные больницы вместе насчитывали 21 589 коек, что составляет 46,7% общего количества коек (Ministry of Health, 2005b). В более крупных городах и на региональном уровне происходит дублирование услуг, предоставляемых центральными районными и городскими больницами. План рационализации больничной помощи предусматривает сокращение такого дублирования услуг.

Центральные районные больницы обычно оснащены устаревшим медицинским оборудованием, которое зачастую находится в плохом состоянии. В некоторых районах для сельского населения расстояние до центральной районной больницы довольно велико, и доступ к медицинским услугам стал проблематичным ввиду ухудшения возможностей экстренной транспортировки. Показатель занятости койко-мест в больницах равен 60% (Ministry of Health, 2005b).

6.4.3 Областные больницы

Областные больницы имеют около 600–1000 коек и предлагают более полный спектр специальностей медицинских работников и больше технического оборудования. Как правило, они расположены в главном городе области, в 2007 г. в стране насчитывалось 6 областных больниц. Несмотря на то что количество областных больниц значительно не изменилось с момента провозглашения независимости, количество коек сократилось на 36,5% в период между 1995 и 2004 гг. – с 5694 до 3620 коек (Ministry of Health, 2005b). На территории, обслуживаемой областной больницей, наблюдается дублирование услуг городских и районных областных больниц, усугубляющих нагрузку на ограниченный бюджет здравоохранения страны.

6.4.4 Специализированные больницы

Специализированные больницы являлись составной частью советской больничной системы и все еще существуют в Таджикистане, в 2006 г. было 44 таких больницы. Многие категории болезней и разные группы населения получают лечение в отдельных больницах. Существуют больницы для лечения детей, кардиологические, туберкулезные, психиатрические, неврологические, больницы акушерства и гинекологии, а также больницы скорой помощи. Национальные (республиканские) больницы предоставляют услуги более высокого уровня и обычно являются базовыми учреждениями для обучения и проведения исследова-

ний. Количество специализированных больниц почти не изменилось в Таджикистане с провозглашением независимости. Имело место снижение продолжительности пребывания на койке, а также снизился показатель занятости коек.

Также существуют специализированные диспансеры (многие из них вместе с больницами) как на региональном, так и на национальном уровне для людей, страдающих длительными заболеваниями, такими как туберкулез, дерматологические или передающиеся половым путем, эндокринологические, онкологические заболевания, наркотическая зависимость (Ministry of Health, 2005b).

Научно-исследовательские институты предоставляют высокоспециализированные услуги и проводят исследования. При Министерстве здравоохранения работают 2 клиники научно-исследовательских институтов, общее количество коек в них равно 260 (Ministry of Health, 2005b).

В Таджикистане многие услуги основаны на больничной системе, в то время как в Западной Европе они были переведены в разряд амбулаторных (Rechel et al., 2009). Это включает в себя услуги по лечению инфекционных, дерматологических, офтальмологических, эндокринологических или психиатрических заболеваний. В Таджикистане, несмотря на постепенный переход к рекомендуемому ВОЗ режиму лечения DOTS¹, туберкулезные больницы обычно госпитализируют пациентов на несколько месяцев, несмотря на то что двух месяцев было бы достаточно, при поддержке достаточным амбулаторным лечением. В 2005 г. насчитывалось 17 психиатрических больниц, около 800 коек в дерматологии, 3800 коек для лечения инфекционных заболеваний и 2650 коек для лечения туберкулеза – большая часть этих услуг могла бы быть предоставлена на амбулаторной основе (Ministry of Health, 2005b). В 2009 г. была разработана новая Национальная программа по борьбе с туберкулезом, которая направлена на сокращение общего числа коек для лечения туберкулеза до 1800.

6.4.5 Дневной стационар

Услуги дневного стационара все еще недостаточно развиты. Количество больниц, предлагающих эти услуги, увеличилось, но количество пациентов, которые получают лечение на основе дневных услуг, остается очень низким (Ministry of Health, 2005b).

¹ DOTS (ДОТС) – краткий курс лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением. – *Прим. ред.*

6.5 Скорая и неотложная помощь

Все районные, региональные и национальные больницы имеют службы скорой и неотложной помощи, есть также отдельные специализированные больницы скорой помощи. Однако транспортный парк скорой помощи устарел и не соответствует современным требованиям, отсутствуют современные средства связи (Ministry of Health, 2005c).

В рамках реформирования первичного уровня здравоохранения предусматривается, что базовые услуги скорой помощи будут предоставляться домами здоровья. Скорая помощь, включая основные требующиеся медикаменты, предоставляется бесплатно всему населению в рамках основного пакета услуг в пилотных районах.

6.6 Фармацевтическая помощь

В советский период контроль за медикаментами и система их поставок в Таджикистане были централизованы, медикаменты и медицинское оборудование закупались и хранились подразделениями Министерства здравоохранения Советского Союза, а затем отправлялись в Таджикистан. После провозглашения независимости в 1991 г. эта система распалась, и затраты на приобретение медикаментов значительно сократились. С другой стороны, стоимость фармацевтических средств, которые большей частью импортируются, значительно возросла.

Для того чтобы справиться с этой ситуацией и для регулирования фармацевтического сектора, правительство разработало правовую структуру и механизмы правоприменения. Ключевыми регулирующими актами являются:

- Закон «Об охране общественного здоровья» от 15 мая 1997 г.;
- Закон «О медикаментах и фармацевтической деятельности» от 6 августа 2001 г.;
- Закон «О наркотических, психотропных веществах и их заменителях» от 10 декабря 1999 г.;
- «Концепция реформирования здравоохранения» от 4 марта 2002 г.;
- «Национальная политика по медикаментам» от 28 августа 2003 г.;
- «Закупка лекарств и лекарственных средств и стратегия распределения Республики Таджикистан» от 2 декабря 2005 г.

Список основных лекарственных средств был введен в 1994 г. и регулярно пересматривается.

Управление фармации и медицинской техники Министерства здравоохранения несет ответственность за разработку, мониторинг и оценку государственной политики в секторе фармацевтики. Служба государственного надзора за фармацевтической деятельностью проводит регистрацию и ведет реестр медикаментов, производит аккредитацию и лицензирование фармацевтической и медицинской деятельности, производит контроль качества медикаментов, проводит фармацевтические инспекции и сертификацию. Фармакологический и фармакопейный комитет при Министерстве здравоохранения дает разрешения на клинические и доклинические испытания и использование новых медикаментов, включая медикаменты для целей диагностики и профилактики. Комитет также рассматривает, координирует и утверждает нормативно-технические документы, связанные с качеством медикаментов.

Научный центр по производству экспериментальных медикаментов несет ответственность за разработку новых лекарственных средств, их производство на основе местного сырья и использование. Комитет по развитию фармацевтической промышленности «Таджикфарминдустрия», который ранее был отделом Министерства здравоохранения, ответственным за разработку новых медикаментов на основании местного сырья, был реорганизован в коммерческое предприятие. Республиканский центр по особо контролируемым препаратам несет ответственность за легальное распространение и контроль наркотических, психотропных субстанций и прекурсоров. Государственный контроль за незаконным распространением наркотических, психотропных препаратов и прекурсоров проводится Агентством по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан.

Правительство усилило контроль качества и распределения фармацевтической продукции, а также улучшило координацию между общественным приобретением медикаментов и помощью доноров. Национальный центр по централизованным государственным закупкам медикаментов был учрежден при содействии Азиатского банка развития и «Фармацевтов без границ» (Republic of Tajikistan, 2005b). Государственный фонд «Республиканский центр по закупке лекарственных средств и медицинских товаров» был учрежден в соответствии с правительственным указом № 516 от 30 декабря 2005 г. Это некоммерческая организация, которая несет ответственность за закупку медикаментов и медицинского оборудования для сектора здравоохранения. Центр имеет

центральный склад и офис, которые были отремонтированы при финансовой помощи генерального директората гуманитарной помощи Европейской комиссии, региональные подразделения центра в Сугде (Худжанде) и Хатлоне (Курган-Тюбе) были восстановлены с помощью займа Азиатского банка развития по проекту реформирования сектора здравоохранения. Отдел в ГБАО (Хорог) все еще не отремонтирован. Центр производит закупки, проводит таможенные процедуры, лицензирование, хранение и распределение медикаментов и медицинского оборудования, а также обучающие семинары. В 2007 г. центром были реализованы медикаменты и медицинские товары на сумму 323 529 долл. США. Закупка медикаментов и медицинских товаров производилась в соответствии с процедурами ЕС. Перечень закупленных медикаментов включал 103 наименования, все из которых были включены в список основных лекарственных средств. Однако список медикаментов не является достаточным для надлежащего обеспечения всех медицинских учреждений необходимыми фармацевтическими средствами.

Последний список основных лекарственных средств, одобренный 7 сентября 2007 г. включал в себя 282 наименования медикаментов и 14 наименований медицинских товаров. В 2009 г. заканчивалась работа над новым списком основных лекарственных средств. Однако многие фармацевты и врачи не знают о списке основных лекарственных средств и не используют его в своей практике. Даже государственные предприятия, такие как «Фармакон», «Согд Фармация» и «Хатлон Фармация», не смогли обеспечить поставку медикаментов, включенных в список основных лекарственных средств, не следуют принципам выбора медикаментов и импортируют большое количество других препаратов.

Существующие лаборатории Службы государственного надзора за фармацевтической деятельностью и ее региональные филиалы не соответствуют современным требованиям. Азиатский банк развития в настоящее время предоставляет техническую помощь в учреждении Национальной лаборатории по контролю качества медикаментов.

Имело место значительное уменьшение расходов на фармацевтические средства (World Bank, 2000). Ввиду ограниченного бюджета правительство предоставляет только очень ограниченные поставки фармацевтических средств, и страна в основном полагалась на гуманитарную помощь и расходы домохозяйств (World Bank, 2000). В 2004 г. государственный бюджет на фармацевтические средства был равен только 1% общих затрат на здравоохранение и был ограничен до самых основных препаратов. Это серьезно отразилось на качестве услуг

и доступе населения к услугам. Закупка фармацевтических средств и их поставка в учреждения здравоохранения являются неэффективными, неэкономичными и небезопасными. Как было указано выше, большая часть трат домашних хозяйств приходится на фармацевтические средства, многие из которых закупаются без рецептов или адекватной консультации по надлежащему применению. Следовательно, значительная часть трат домашних хозяйств на здоровье приходится на неэффективное и, возможно, опасное использование фармацевтических средств (World Bank, 2005a).

В стране медикаменты не производятся, за исключением ограниченного количества лекарств, выпускаемых частными лекарственными компаниями и фармацевтами (Rahminov, Gedik and Healy, 2000). Совместное таджикско-индийское предприятие «Tajik Ajanta Pharma Ltd.» производило ранее лекарственные средства, но на данный момент не функционирует ввиду финансовых проблем. «Фармакон» в Душанбе, «Согд Фармация» в Согдской области и «Хатлон Фармация» в Хатлонской области являются государственными коммерческими предприятиями и несут ответственность за закупку, транспортировку и реализацию медикаментов.

Ряд государственных аптек был приватизирован, и их количество увеличилось за последние годы, также увеличилось количество медикаментов плохого качества и новых медикаментов, не известных большинству профессиональных медиков в стране. Система государственного снабжения разрушилась после провозглашения независимости. В свою очередь, ряд НПО предоставляют лекарственные средства для экстренной помощи через систему снабжения, которую координируют и поддерживают «Фармацевты без границ». Одной из основных стратегий правительства является включение донорской программы по оказанию помощи медикаментами в национальную систему закупок лекарственных средств, однако потенциал, необходимый для выполнения таких планов, отсутствует. Азиатский банк развития в настоящий момент оказывает техническую помощь для того, чтобы усилить координацию гуманитарной и донорской помощи и преобразовать ее в последовательную национальную систему управления фармацевтическими препаратами (World Bank, 2005a).

Недостаточен контроль качества за медикаментами, включая импортируемые фармацевтические средства (Republic of Tajikistan, 2002c). Ввиду неспособности правительства контролировать качество и поток медикаментов в страну, широко распространены фальшивые и контра-

фактные лекарственные средства и медикаменты низкого качества, что способствовало множественному назначению различных лекарств. В результате траты на медикаменты увеличились, появилась устойчивость к медикаментам и недоверие к сектору здравоохранения среди населения. Основной проблемой является отсутствие доступа к лекарствам (World Bank, 2005a).

Развитие частной фармацевтической промышленности, основанной на местном сырье, является частью Национальной стратегии развития на период до 2015 г. (Republic of Tajikistan, 2006a), но, за исключением ряда растительных продуктов, практически все фармацевтические средства импортируются. Поставка медикаментов нерегулярна, а финансирование зависит в значительной степени от доноров. Пациенты покрывают значительную часть стоимости медикаментов из собственных средств. Еще одной проблемой является наличие на рынке большого количества незарегистрированных лекарств.

В 1999–2005 гг. фармацевтические расходы насчитывали в среднем 15% общих затрат на здравоохранение. Это означает, что бюджетные средства на приобретение фармацевтических средств были намного меньше, чем 1 долл. США на душу населения, что однозначно не является достаточным, чтобы обеспечить доступ населения к качественному медицинскому обслуживанию. Многие фармацевтические средства плохого качества и не сертифицированы. Цены высоки, и приобретение их медицинскими учреждениями зачастую производится непоследовательно. Фармацевтические средства, произведенные в стране, составляют только 1% общего количества необходимых медикаментов (Republic of Tajikistan, 2006b).

Отсутствие реального бюджета, предоставляемого на закупку качественных лекарств, вынуждает население искать в местных аптеках более дешевые альтернативы, которые не поставляются Республиканским центром по закупке лекарственных средств. В 2003 г. в Душанбе был открыт Информационный центр по медикаментам. Центр, финансируемый ЮСЭЙД, оказывает поддержку Министерству здравоохранения Таджикистана в решении проблем несоответствующего использования лекарств и создания информационного ресурсного центра. Центр был учрежден совместными усилиями ЮСЭЙД, Министерства здравоохранения, Таджикского государственного медицинского университета и офиса Всемирной организации здравоохранения в Таджикистане. В центре был разработан первый Таджикский национальный медицинский формуляр, в котором содержится детальная информация по списку основных лекарственных средств.

6.7 Долговременная помощь

Система здравоохранения Таджикистана унаследовала советский подход к людям с ограниченными возможностями, все еще существуют учреждения для людей с некоторыми видами инвалидности, например учреждения для пациентов с нарушением зрения и слуха. Эти учреждения существуют для взрослых и детей, в учреждениях для взрослых занимаются ручным трудом. В учреждениях предоставляется медицинское обслуживание, в них работают специалисты, которые несут ответственность за общие или специфические проблемы здоровья пациентов. Однако в действительности, как и в других странах бывшего СССР, большая часть людей с ограниченными возможностями остается дома с семьями или близкими родственниками и по финансовым причинам сталкивается с рядом сложностей при попытке доступа к услугам здравоохранения (Vogt, 2007). Специализированные учреждения практически не функционируют или функционируют частично, в основном в больших городах или только в столице, Душанбе. Учреждения для детей до 6 лет находятся в ведении Министерства здравоохранения. Однако количество детей в возрасте 0–17 лет, находящихся на попечении государства, увеличилось с 197,5 на 100 000 в 1989 г. до 416,0 в 2005 г. (UNICEF, 2007b). Более 80% из 11 000 детей, находящихся на попечении государства в 2005 г., не были сиротами (UNICEF, 2007b).

В 1998 г. в Душанбе была создана больница медсестринского ухода. Она обслуживает примерно 80 пациентов, включая людей с ограниченными возможностями, престарелых, детей с детским церебральным параличом и сирот.

Школа-интернат для детей с нарушениями умственного развития была открыта в Чорбоге в 2006 г., в школе проживают около 100 детей в возрасте от 6 до 16 лет с различными видами инвалидности. Предусматривается, что школа станет Национальным реабилитационным центром. В ней работает около 180 сотрудников, включая 4 врачей (педиатр, психиатр, физиотерапевт, стоматолог) и 9 медсестер. Техническая помощь в плане обучения сотрудников предоставляется ЮНИСЕФ, а медицинские услуги предоставляются при поддержке находящихся поблизости учреждений первичного уровня здравоохранения. Другими организациями, поддерживающими долговременную медицинскую помощь в Таджикистане, являются ЮСЭЙД, Фонд Ага Хана и Фонд Сороса.

Национальная стратегия развития до 2015 г. признает, что организация услуг поддержки для людей с ограниченными возможностями,

включая пациентов стационарных учреждений, не соответствуют общепринятым стандартам. Квалификация сотрудников достаточно низка, как и заработная плата, и общая эффективность системы социальных служб не является адекватной (Republic of Tajikistan, 2006a).

Планируется улучшить социальную поддержку детям со специфическими нуждами, сиротам, детям из бедных семей и детям с ограниченными возможностями (Republic of Tajikistan, 2006a). Национальная стратегия развития предусматривает программы для постепенного включения детей с особыми нуждами в учреждения обычной дошкольной подготовки, а также улучшение работы существующих специализированных детских дошкольных учреждений (Republic of Tajikistan, 2006a).

6.8 Услуги для лиц, осуществляющих неформальный уход за больными

На данный момент отсутствует система поддержки семей, в которых есть дети с ограниченными возможностями, за исключением некоторой финансовой поддержки. Национальная стратегия развития до 2015 г. предусматривает публикацию методологических и обучающих пособий для того, чтобы помочь общине и родителям принять участие в обучении детей дошкольного возраста (Republic of Tajikistan, 2006a). Несмотря на их чрезвычайно важную поддерживающую роль, родственники проходящих психиатрическое лечение не вовлечены в процессы оказания помощи и услуг (WHO, 2009).

6.9 Паллиативная помощь

Информация о паллиативном лечении в Таджикистане отсутствует. Существуют проблемы с финансированием и человеческими ресурсами, а основные регулирующие документы по паллиативному лечению в Таджикистане еще не разработаны (International Observatory on End of Life Care, 2009).

В 2004 г. при поддержке Института «Открытое Общество» была учреждена Группа помощи развитию паллиативной помощи в Таджикистане. Был организован ряд семинаров, и ряд экспертов/специалистов участвовали в обучающих и практических занятиях по паллиативной помощи в Польше и Румынии (International Observatory on End of Life

Care, 2009). Медицинские сестры играют важнейшую роль в оказании паллиативной помощи.

6.10 Охрана психического здоровья

До недавнего времени психическое здоровье в Таджикистане не получало достаточного внимания со стороны лиц, принимающих решения в стране, международных агентств и доноров. Действия в области охраны психического здоровья не регулировались до 2002 г., когда был принят Закон «О психиатрической помощи». В 2008 г. в Таджикистане началась программа по психическому здоровью, которая была разработана при поддержке офиса ВОЗ в стране.

Практически все действия по охране психического здоровья в Таджикистане в настоящее время проводятся в больницах или других учреждениях на местном уровне, в общинах психиатрические службы не функционируют, за исключением одного пилотного проекта по охране психического здоровья с привлечением общин, финансируемого Японией. Существует 2 большие психиатрические больницы для стационарных больных, но нет педиатров-психиатров и нет неотложной психиатрической помощи. В медицинском институте ни один психиатр не может продвинуться до уровня профессора (Weine, 2007). В 2007 г. в Таджикистане было приблизительно только 40 психиатров, со средней зарплатой 10 долл. США в месяц (Weine, 2007).

Существующий основной пакет услуг, введенный в некоторых районах, не покрывает расходы по охране психического здоровья. Существует лишь небольшое количество неправительственных организаций, работающих в области охраны психического здоровья (Weine, 2007). В 2006 г. при поддержке Глобальной инициативы по психиатрии был создан Центр психического здоровья и ВИЧ/СПИД. Центр получил финансирование Европейского союза, целью его работы является оказание помощи людям с проблемами психического здоровья в развитии профессиональных навыков и их лучшем интегрировании в местное общество. Центр проводит обучение в психиатрических учреждениях, больницах и неправительственных организациях.

Таджикское общество располагает очень ограниченными знаниями относительно причин, возможного лечения и потребностей людей с психическими расстройствами. Семьи таких больных подвержены стигматизации, которая переходит в чувство позора и вины, если член

семьи страдает от психического заболевания, в крайних случаях семья отказывается от психически больного человека, и заканчивается тем, что он становится постоянным пациентом психиатрической больницы (WHO, 2009). Охрана психического здоровья и оказание психиатрической помощи подвержены гендерной предвзятости, а насилие против женщин является широко распространенным фактором в Таджикистане. Насилие в семье считается нормой, а не неприемлемым поведением в таджикском обществе (WHO, 2009).

Члены общества зачастую пытаются избегать контактов с людьми с расстройствами психического здоровья, а также испытывают страх, подкрепленный мифами о возможной опасности, которую представляют собой психически больные люди. Существует серьезная дискриминация в отношении их занятости и предоставления им услуг. В целом, в обществе множество предрассудков, что приводит к стигматизации людей, страдающих в результате проблем психического здоровья. Люди зачастую отказываются прибегать к услугам психиатров (WHO, 2009).

6.11 Стоматологическая помощь

Как было указано в главе 2, большая часть стоматологических услуг предоставляется частными стоматологами, особенно в больших городах и региональных или районных центрах. В пакет гарантированных услуг включена только стоматологическая помощь в экстренных случаях, все остальные стоматологические услуги должны оплачиваться пациентами.

6.12 Дополнительная и альтернативная медицина

В Таджикистане народные целители включают религиозных лидеров – людей, которые рассматриваются как носители духовной силы; местных старейшин в общине, которые практикуют народные средства, травников и врачей, использующих средства народной медицины; а также представителей биомедицины, врачей, которые обучались в России. Пациенты часто прибегают к комбинированному лечению и подходам, обращаясь к различным целителям. Обычно при лечении соматических болезней пользуются травами и/или биомедицинскими подходами. Травники, врачи, религиозные лидеры или другие целители

могут лечить психологические и эмоциональные болезни, а религиозные лидеры или экстрасенсы лечат духовные недуги (Koen, 2003).

Поскольку основное медицинское обслуживание становится все более и более недоступным в последнее время, участились случаи самолечения и использования услуг народных целителей. Признавая эту тенденцию, Министерство здравоохранения приняло Положение об альтернативной медицине, которое регулирует ее роль в системе здравоохранения страны. Положение определяет объем и прейскурант услуг, которые могут быть предоставлены. Специалисты, предоставляющие услуги альтернативной медицины, должны иметь специальную лицензию и диплом, в дополнение к диплому о медицинском образовании, и должны пройти курсы в Республиканском центре восточной медицины. Им не разрешается заниматься лечением серьезных или инфекционных заболеваний, но они имеют право работать в общественных(государственных) учреждениях здравоохранения. Специалисты, работающие в области альтернативной медицины, несут ответственность перед Министерством здравоохранения и должны координировать свою деятельность с Республиканским центром восточной медицины

7. Основные реформы в области здравоохранения

7.1 Анализ последних реформ

Реформы в секторе здравоохранения в Таджикистане проходят довольно медленно (Republic of Tajikistan, 2006a) – отмечается отставание от других стран Центральной Азии, таких как Кыргызстан или Казахстан (Mirzoev et al., 2007). Общая задача реформ, проводимых в секторе здравоохранения в Таджикистане, была связана с целью избежать нерациональных трат в сфере здравоохранения; перенаправить ограниченные бюджетные средства на первичную медицинскую помощь; разработать и выполнить национальные программы и проекты; ввести гарантированный пакет услуг, который обеспечивает доступ к медицинской помощи уязвимым слоям населения; и создать и укрепить законодательную базу государственного здравоохранения.

Развитие системы здравоохранения Таджикистана с момента провозглашения независимости может быть разделено на несколько этапов. На первом этапе реформы здравоохранения (1993–1996) были определены ключевые элементы будущей стратегии реформирования на среднесрочный и долгосрочный период. Вторая стадия (1997–2001) была связана с выполнением последовательных планов действия в рамках разработанных стратегий. Однако, принимая во внимание отсутствие достаточных финансовых ресурсов и четкой линии действия, этот процесс затянулся, и поставленные цели не были достигнуты.

На третьем этапе (с 2001 г.) при поддержке внешних агентств, таких как Всемирный банк, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮСЭЙД, немецкое правительство, Азиатский банк развития, Фонд Ага Хана, Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству и Шведское агентство по международному развитию, Министерство здравоохранения начало внедрение проектов по укреплению медицинской помощи по многим аспектам, включая первич-

ное звено здравоохранения, больничную помощь, усиление институционального потенциала, систем медицинской информации, вовлечение общества, программы иммунизации и совершенствование механизмов финансирования здравоохранения. В феврале 2008 г. в Министерстве здравоохранения был учрежден отдел по реформированию здравоохранения.

Ключевыми ступенями реформирования до настоящего времени были следующие:

- 1994 г.: принят список основных лекарственных средств;
- 1996 г.: принята политика по «Реформе здравоохранения Республики Таджикистан на период до 2001 г.»;
- 1997 г.: легализована частная медицинская практика;
- 1998 г.: принята национальная политика по медикаментам;
- 1999 г.: открыт факультет семейной медицины;
- 2002 г.: приняты два стратегических документа по реформированию здравоохранения Таджикистана: Стратегия сокращения бедности и Концепция реформы здравоохранения;
- 2004 г.: часть полномочий по принятию решений делегирована в областные администрации;
- 2004 г.: учрежден Республиканский центр по закупке лекарственных средств для обеспечения контроля качества импортируемых медикаментов;
- 2005 г.: в стране введены гарантированный государством пакет медицинских услуг и система дополнительных платежей, однако спустя 2 месяца их выполнение приостановлено;
- 2007 г.: повторное введение основного гарантированного пакета услуг в 4 пилотных районах, а также введение финансирования на душу населения в 8 пилотных районах.

В результате этих действий в последние годы в секторе здравоохранения были достигнуты многие положительные результаты. Общественные учреждения здравоохранения, которые до этого зависели от государственного бюджета, начали экспериментировать с альтернативными источниками финансирования, включая функционирование в качестве независимого предприятия. Введение основного пакета услуг и системы дополнительных платежей послужило началом перехода с бюджетного финансирования к механизмам финансирования, основанном на принципах капитации и оплаты за пролеченный случай.

7.1.1. Документ Стратегии сокращения бедности (2002 г.)

На последней стадии реформы здравоохранения правительством был принят ряд стратегических документов в контексте сокращения бедности, которая получила приоритетный статус по сравнению с другими проблемами. В июне 2002 г. правительство приняло документ Стратегии сокращения бедности. Стратегия основывалась на промежуточном докладе Стратегии сокращения бедности, представленном комитетам Международной ассоциации развития и Международному валютному фонду в октябре 2000 г.

Документ содержит стратегическое видение социально-экономического развития Таджикистана. Действия, направленные на сокращение бедности, включают в себя эффективное и справедливое предоставление основных социальных услуг и оказание поддержки бедным слоям населения. Четырьмя основными элементами национальной стратегии сокращения бедности являются устойчивый экономический рост, совершенствование управления, обеспечение деятельности основных социальных служб и оказание целевой поддержки бедным.

Согласно стратегии, сектор здравоохранения является основным в деле снижения бедности в стране и улучшения благосостояния населения. Она определяет приоритеты сектора здравоохранения следующим образом: развитие системы первичного звена здравоохранения, улучшение качества услуг, обеспечение более широкого доступа для бедных слоев населения, обеспечения доступности услуг с точки зрения их стоимости, укрепление служб здравоохранения и улучшение медицинской статистики.

Документ Стратегии сокращения бедности называет девять количественных целей, прямо или косвенно связанных с проблемами здоровья, которые могут быть использованы при оценке результатов реализации стратегии (табл. 7.1).

Второй отчет о проделанной работе, опубликованный в 2005 г., отметил усилия правительства по увеличению финансирования здравоохранения и реформированию системы финансирования здравоохранения, указав однако на то, что недостаточное финансирование осталось одной из основных проблем в секторе здравоохранения (Republic of Tajikistan, 2005b).

7.1.2 Цели развития тысячелетия

Цели развития тысячелетия, принятые Организацией Объединенных Наций в 2000 г., явились важным объектом приложения деятельности

Таблица 7.1

Показатели и цели документа Стратегии снижения бедности

Показатель	2001	Цель на середину 2006 г.	Цель на 2015 г.
Население за чертой бедности (%)	83	75	60
Охват начальным образованием (%)	77,7	82	90
Показатели младенческой смертности на 1000 живорожденных	36,7	32	25
Показатели материнской смертности на 100 000 живорожденных	43,1	40	35
Население, имеющее доступ к службам репродуктивного здоровья (%)	21,8	24	30
Доля частного сектора в ВВП (%)	30	40	60
Население, имеющее доступ к безопасной питьевой воде (%)	51,2	58	80
Показатели занятости среди трудоспособного населения (%)	56	59	65–70
Количество телефонов на 100 жителей	3,6	4	5

Источник: Republic of Tajikistan, 2002с.

доноров в Таджикистане. Цели, связанные со здравоохранением, включают следующее:

- сократить на две трети за период с 1990 по 2015 г. смертность среди детей в возрасте до пяти лет;
- сократить на три четверти за период с 1990 по 2015 г. коэффициент материнской смертности;
- остановить к 2015 г. распространение ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости;
- остановить к 2015 г. распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

Проведенная в 2003 г. оценка успехов в деле достижения Целей развития тысячелетия показала, что достижение страной поставленных целей без серьезной внешней помощи маловероятно (Republic of Tajikistan, 2003). Несмотря на то что Цели развития тысячелетия отражают достижения в рамках мирового развития и предоставляют импульс для политических действий, они не включают в себя борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, являющимися основной причиной смертей в Центральной и Восточной Европе, включая Таджикистан (Rechel et al., 2005). В них также не нашли отражения усилия по борьбе с такими серьезными и тяжелыми болезнями, как психические расстройства, в результате чего программы по психическому здоровью не могут привлечь значительные инвестиции со стороны международных доноров (WHO, 2009).

В январе 2005 г. Организация Объединенных Наций выпустила Призыв по сбору средств для Таджикистана, который был ориентирован на снижение бедности и поддержку достижения Целей развития тысячелетия (United Nations, 2005). Основные расходы, необходимые в рамках достижения Целей развития тысячелетия в области здравоохранения, составляли около 3,6 млрд долл. США, или в среднем 42 долл. США на душу населения в течение более 11 лет (с 2005 до 2015 г.). Эта цифра включала приблизительный объем инвестиций в контроль по распространению болезней, капитальные инвестиции в основные медицинские учреждения и основное оборудование в системе оказания базовых медицинских услуг, а также постоянные и капитальные расходы, необходимые для функционирования учреждений.

7.1.3 Стратегия развития здравоохранения до 2010 г. (2002 г.)

Стратегия развития здравоохранения Республики Таджикистан до 2010 г. была принята постановлением правительства № 436 от 5 ноября 2002 г. Она основана на стратегии ВОЗ «Здоровье для всех» и определяет цели и стратегии сектора здравоохранения и других соответствующих секторов. Особое внимание уделяется охране здоровья и благосостоянию матери и ребенка. Документ предлагает ряд стратегий по образованию в сфере охраны здоровья, организации сектора продовольственной безопасности, а также многосекторальные действия, направленные на улучшение здоровья матери и ребенка. Будучи всеобъемлющей, стратегия была достаточно амбициозной в отношении коротких временных рамок и ограниченных финансовых и человеческих ресурсов в стране.

Относительно здоровья матери и ребенка были поставлены следующие цели и задачи в рамках сектора здравоохранения:

- гарантировать доступ ко всем видам услуг по репродуктивному здоровью и планированию семьи, особенно в сельской местности и для бедных слоев населения;
- гарантировать доступ к высококачественным медицинским и профилактическим услугам;
- сократить на 25–30% уровень материнской смертности в период с 2002 по 2010 г.;
- сократить на 30% уровень показателя распространенности абортов;
- сократить уровень младенческой смертности до 20 на 1000 живорожденных;

- сократить превалирующие причины материнской и детской смертности;
- обеспечить доступ к информации о здоровом образе жизни;
- улучшить стратегии по защите детей.

Несмотря на то что основное внимание в документе обращено на здоровье матери и ребенка, что соответствует Целям развития тысячелетия, в то же время документ не указывает, как достичь сокращения заболеваемости и смертности от других болезней. В нем также не указаны ресурсы, необходимые для выполнения поставленных задач. Новая стратегия развития здравоохранения – Национальная стратегия здоровья Республики Таджикистан на период 2011–2020 г., – включающая смету расходов, в настоящее время разрабатывается правительством в сотрудничестве с иностранными донорами. Она призвана стать сводной ведомостью долгосрочных целей Таджикистана в области охраны здоровья населения, а также средством достижения этих целей, а именно стратегий и программ, и средством формирования ресурсов для модернизации сектора здравоохранения. Ожидается, что новая стратегия сможет быть реализована с помощью общесекторального подхода (Mahon and Tediosi, 2007).

7.1.4 Концепция реформирования сектора здравоохранения (2002 г.)

Концепция реформирования сектора здравоохранения была одобрена постановлением правительства № 94 от 4 марта 2002 г., и Министерством здравоохранения был разработан и принят указ № 83 от 6 апреля 2002 г. план ее выполнения. В документе описаны основные проблемы сектора здравоохранения Таджикистана и предложен ряд решений. В нем также определены 8 основных целей и соответствующие стратегии реформирования здравоохранения страны (Republic of Tajikistan, 2002b; UNDP, 2005):

1. *Расстановка приоритетов – пересмотр роли государства в секторе здравоохранения.* В советское время и в первые десять лет перехода к независимости государство несло полную юридическую ответственность за предоставление услуг здравоохранения в Таджикистане. В июне 2003 г., в соответствии с поправками к Конституции, бесплатное здравоохранение в стране было упразднено. Изменение юридической структуры предоставило возможности для внедрения новых политических мер, которые де-факто признавали и регулировали предоставление платы за медицинские услуги из личных средств пациента.

2. *Усиление служб первичного уровня здравоохранения.* Ключевой целью в секторе здравоохранения является улучшение доступности и качества системы здравоохранения первичного уровня. Предоставление улучшенных услуг здравоохранения на уровне общин может внести более значительный вклад в укрепление здоровья населения через упрощение доступа домашних хозяйств к качественным услугам здравоохранения. В настоящее время многие жители предпочитают не обращаться в учреждения первичного уровня здравоохранения, где предоставляются услуги низкого качества, и обращаются за помощью непосредственно в больницы.
3. *Распределение ресурсов в соответствии с нуждами – усиление финансирования здравоохранения.* Неформальные платежи являются основным источником финансирования медицинских учреждений и, возможно, составляет большую часть оплаты труда в секторе здравоохранения. Частные расходы на здравоохранение, по предварительным подсчетам, составляют 30% общих расходов домашних хозяйств. Власти разрабатывают новые финансовые нормы для того, чтобы более эффективно распределять ресурсы в зависимости от потребностей. Это означает, что больший вес будет придан первичному уровню здравоохранения, а нормы по распределению средств в рамках больничной системы в соответствии с неэффективной формулой «по количеству коек» будут отменены.
4. *Развитие человеческих ресурсов.* Особый акцент делается на усилении основных служб здравоохранения, подчеркивая при этом значимость введения нормативов по кадровому составу и его подготовке. Распределение сотрудников, в частности перераспределение в сельские местности, должно быть улучшено. Необходимо пересмотреть в сторону увеличения крайне низкую заработную плату в секторе здравоохранения, и это является одной из первоочередных потребностей системы здравоохранения. Службы здравоохранения были ослаблены утечкой опытных профессионалов в другие секторы и страны. У оставшихся сотрудников отсутствует мотивация и недостаточен уровень подготовки в области современной медицинской практики.
5. *Рационализация услуг – рационализация больничного сектора.* Модернизация больничных услуг вторичного и третичного уровня является важным дополнением развития системы первичной медицинской помощи. Необходимо улучшить соотношение между ресурсами и потребностями больничной системы. Власти уже начали сокращать большое количество больничных коек, для того чтобы сэкономить средства и

консолидировать ресурсы. Де-факто нормы финансирования все еще сконцентрированы на учреждениях третичного уровня оказания медицинской помощи. Уточнение финансовых норм больничной системы станет важным шагом к улучшению общей эффективности системы распределения ресурсов в секторе.

6. *Улучшение качества оказания медицинской помощи.* Улучшение информированности общественности относительно основных услуг охраны общественного здоровья и гигиены и управления системой поставки медикаментов. Несмотря на то что затраты на медикаменты являются самой большой статьёй расходов в системе здравоохранения, по большей части приобретение медикаментов осуществляется через нерегулируемый частный рынок. Высокий уровень расходов указывает на то, что ресурсы на приобретение медикаментов имеются, в то время как отсутствие надлежащего регулирования, в лучшем случае, способствовало неэффективному использованию медикаментов, а в худшем – привело к развитию у населения лекарственной устойчивости и способствует тому, что растёт неправильное, зачастую вредное использование фармацевтических средств. Наличие вакцин также вызывает серьёзную озабоченность, поскольку население все больше подвержено риску распространения различных эпидемий, включая малярию и туберкулез.
7. *Усиление управленческого потенциала и улучшение информационных систем и систем мониторинга.* Улучшение информированности относительно заболеваний, питания, гигиены и существующих медицинских услуг является важным элементом в стратегии по улучшению результатов деятельности здравоохранения. Формирование политики и распределение ресурсов заторможено слабой системой сбора данных. Реформирование здравоохранения также направлено на улучшение распространения информации относительно основных вопросов здоровья и гигиены.
8. *Создание личной ответственности за здоровье среди населения.* Реформирование здравоохранения должно быть направлено на нужды населения, поэтому при разработке структуры и деятельности сектора здравоохранения важно учитывать мнение общественности

Несмотря на то что Концепция реформирования сектора здравоохранения подробно описывает многие из проблем в секторе и определяет основные действия, необходимые для улучшения общественного здоровья, документ не определяет приоритеты в соотношении с имеющими-

ся ресурсами и не связывает предлагаемые действия с улучшением здоровья населения. Однако в документе указывается важное стратегическое направление для проведения реформ в здравоохранении.

7.1.5 Стратегический план по репродуктивному здоровью в 2005–2014 гг. (2004 г.)

Стратегический план по репродуктивному здоровью на период 2005–2014 гг. был принят постановлением правительства № 384 от 31 августа 2004 г. Документ определяет следующие приоритеты по улучшению здоровья матери в период 2005–2014 гг. (Republic of Tajikistan, 2004):

- улучшение доступа к услугам по планированию семьи и контрацептивам;
- улучшение доступа к услугам в дородовой период и к услугам по безопасным родам;
- сокращение смертности и заболеваемости во время беременности и улучшение перинатальных показателей.

Стратегический план определяет ряд целей (табл. 7.2).

Таблица 7.2

Цели Стратегического плана по репродуктивному здоровью

Показатель	Исходный 2002 г.	Цель 2014 г.
Материнская смертность на 100 000 живорожденных	49,6	35,0
Младенческая смертность на 1000 живорожденных	85,0	28,0
Охват дородовыми услугами (%)	53,5	80,0
Акушерские услуги при домашних родах (%)	43,8	75,0

Документ предлагает ряд действий, направленных на усиление системы здравоохранения и улучшение предоставления услуг:

- улучшение качества и доступа к необходимым услугам (включая планирование семьи, контрацептивы, дородовую помощь и услуги родильных домов);
- интеграция услуг по репродуктивному здоровью в первичное звено здравоохранения;
- развитие необходимых человеческих ресурсов;
- улучшение информационного обеспечения, расширение взаимодействия и совершенствование образовательной деятельности.

7.1.6 Стратегия финансирования отрасли здравоохранения (2005 г.)

Стратегия финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на период 2005–2015 гг. была принята правительством в мае 2005 г. Основные цели стратегии (Republic of Tajikistan, 2005a):

- разделить финансирование и предоставление услуг здравоохранения;
- ввести принцип единого покупателя услуг здравоохранения;
- гарантировать адекватное участие как государственного, так и частного сектора в предоставлении гарантированного пакета услуг;
- изменить систему оплаты поставщикам медицинских услуг с системы, основанной на объемах инвестиций, на систему, основанную на оценке результатов деятельности или на принципе капитации;
- увеличить долю государственных затрат на национальное здравоохранение с 25 до 75%;
- регулировать участие населения и частного сектора в финансировании здравоохранения.

7.1.7 Стратегия снижения бедности (2007 г.)

Вторая стратегия снижения бедности, охватывающая период 2007–2009 гг., была одобрена в апреле 2007 г. (Republic of Tajikistan 2007b). Она основана на Национальной стратегии развития Республики Таджикистан на период до 2015 г. (Republic of Tajikistan 2006a) и принимает во внимание результаты выполнения документа Стратегии сокращения бедности на 2002–2006 гг.

Национальная стратегия развития 2006 г. определила следующие приоритеты системы здравоохранения (Republic of Tajikistan 2006a):

- реформирование системы здравоохранения, включая развитие частного сектора и привлечение иностранных инвестиций;
- улучшение здоровья матери и ребенка;
- значительное замедление распространения ВИЧ/СПИД, снижение распространенности инфекционных заболеваний и искоренение заболеваний, контролируемых с помощью вакцинопрофилактики;
- улучшение доступности медицинских служб, повышение качества и эффективности их работы.

Стратегия сокращения бедности от 2007 г. указывает в качестве среднесрочной цели в секторе здравоохранения постепенное снижение показателей материнской и младенческой смертности, а также снизить бремя инфекционных заболеваний и искоренить болезни, контролируемые с помощью вакцинопрофилактики. В документе в качестве основного приоритета указано укрепление первичного звена здравоохранения, общественного здравоохранения и эпидемиологического контроля.

Основными задачами в секторе здравоохранения являются следующие (Republic of Tajikistan, 2007b):

- увеличение эффективности системы управления и финансирования;
- расширение роли частного сектора в предоставлении медицинских услуг;
- улучшение защиты здоровья матери и ребенка;
- борьба с ВИЧ/СПИД, малярией, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями;
- улучшение подготовки сотрудников и усиление материально-технической базы системы здравоохранения.

7.2 Перспективы развития

При содействии внешних агентств и доноров в Таджикистане были установлены различные стратегические цели и определена политика реформирования здравоохранения, которая может послужить основой для реформирования в следующем десятилетии. Несмотря на то что фундамент для более масштабных реформ был подготовлен, выполнение реформирования было медленным. Существует ряд факторов, которые снизили темп реформирования здравоохранения.

Одна из самых серьезных проблем – нехватка финансовых и человеческих ресурсов. Существующие ресурсы недостаточны для всестороннего процесса реформирования, таким образом, существует потребность в значительной внешней помощи. Особенно острой является нехватка инвестиционных средств для переподготовки сотрудников и реструктуризации служб и учреждений. Стратегические документы, указанные выше, не всегда реалистичны и не всегда отражают ограниченные ресурсы, имеющиеся в стране. В результате многие из стратегических целей до настоящего времени не были достигнуты. Необходимо установить такие приоритеты, для реализации которых имеются достаточные ресурсы.

Другая проблема связана с ограниченным институциональным потенциалом для осуществления новых планов и идей. Фрагментация системы между национальными и местными органами власти (последние ответственны за большую часть деятельности медицинских служб и расходов на здравоохранение) стала причиной трудностей при выполнении реформ. На политическом уровне в процесс были вовлечены только национальные власти, без участия местных властей в процессе реформы. В результате большая часть изменений в первичном звене здравоохранения, например, носит исключительно символический характер, когда название учреждений меняется, но процессы остаются прежними. Другая проблема – отсутствие стимулов для Министерства здравоохранения улучшить распределение ресурсов в рамках существующей бюджетной системы.

Несмотря на то что был достигнут определенный прогресс, улучшение стандартов здравоохранения потребует не только увеличения финансовых ресурсов, но и основных финансовых, структурных и институциональных изменений для того, чтобы гарантировать эффективное распределение физических, финансовых и человеческих ресурсов в секторе. Многое будет зависеть от того, справится ли страна с переориентацией системы здравоохранения с больничной системы на службы профилактики и первичное звено здравоохранения (UNDP, 2005).

8. Оценка системы здравоохранения

Стабильная, эффективная и справедливая система здравоохранения в Таджикистане еще не налажена. На данный момент в секторе здравоохранения хронически не хватает финансирования, предоставляемые услуги плохого качества, а также отмечены низкие показатели использования служб здравоохранения (Hemming, 2004).

8.1 Задачи системы здравоохранения

Конституция Таджикистана 1994 г. гарантирует охрану здоровья населению страны. Согласно закону об охране здоровья населения от 1997 г. и последующим поправкам к нему, населению страны был предоставлен доступ к государственным медицинским учреждениям и другим поставщикам услуг здравоохранения, регулируемым государством, включая развивающийся частный сектор. Поправка к Конституции, согласно которой право на бесплатное здравоохранение было упразднено, была принята национальным референдумом в июне 2003 г., таким образом позволив правительству ввести дополнительные платежи в государственных медицинских учреждениях. Это стало важным поворотным моментом и свидетельством готовности правительства осуществить реформы в секторе здравоохранения. Поправка к Конституции позволила правительству распределить приоритеты при выделении ресурсов на здравоохранение в соответствии с гарантируемыми государством базовыми услугами и ввести дополнительные платежи за остальное медицинское обслуживание. Эта поправка также изменила отношения между государством и гражданами: в то время как была подчеркнута взаимная ответственность государства и граждан, последние были признаны равноправными партнерами в развитии системы здравоохранения (World Bank, 2004b).

Основные цели реформирования здравоохранения в Таджикистане заключались в том, чтобы избежать нерациональных расходов в здравоохранении; перераспределить ограниченные бюджетные средства в первичное звено здравоохранения; разработать и осуществить национальные программы и проекты; ввести пакет гарантируемых услуг, который гарантирует медицинскую помощь для уязвимых групп населения; создать и усилить законодательную базу общественного здравоохранения. Концепция реформы здравоохранения от 2002 г. (Republic of Tajikistan, 2002b) подчеркивает важность развития первичного уровня здравоохранения и человеческих ресурсов.

8.2 Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения

В системе здравоохранения Таджикистана существует заметный дисбаланс как в отношении распределения финансов, так и в распределении услуг и ресурсов. Концепция реформы здравоохранения 2002 г. (Republic of Tajikistan, 2002b) признала необходимость предоставить равный доступ к услугам здравоохранения и указала стратегию по достижению этой цели. Национальная стратегия развития 2006 г. также признала ключевой проблемой ограниченный доступ к медицинскому обслуживанию, несмотря на увеличение бюджетного финансирования и иностранной помощи (Republic of Tajikistan, 2006a).

Согласно отчету, опубликованному в 2001 г., неофициальные платежи все больше ограничивали доступ людей к медицинскому обслуживанию, и увеличилось число людей, обращающихся к традиционным целителям, которые берут за свои услуги столько, сколько пациент способен заплатить (Penrose, 2003). Отчет о финансировании здравоохранения в 2004 г. выявил, что почти три четверти (71%) денежных средств системы здравоохранения были получены из частных платежей пациентов, что составило небольшое увеличение в сравнении с 1999 г. (Cashin, 2004a).

Стоимость медицинских услуг накладывает существенное экономическое бремя на население, а бедность остается основным препятствием для получения медицинского обслуживания. Показатели использования медицинских услуг за последние годы увеличились, однако проблемы неравного доступа к ним все еще актуальны. Использование медицинских услуг значительно выше среди групп населения с высокими доходами, что указывает на проблемы бедных слоев населения относительно доступности

медицинского обслуживания, таким образом, многие болезни могут быть не идентифицированы и не зарегистрированы службами здравоохранения (Cashin, 2004b). Согласно предварительному исследованию ситуации относительно удовлетворенности населения услугами здравоохранения, проведенному отделом анализа политики Министерства здравоохранения, примерно 54% населения самых бедных областей отложили обращение за медицинской помощью из-за неспособности оплатить неофициальные расходы на медицинское обслуживание.

Большинство респондентов из числа тех, кто сообщил в опросе 2003 г., что они «нуждались в медицинской помощи, но не могли обратиться за помощью», ответили, что главной причиной того, что они не обращались за медицинской помощью была финансовая недоступность услуг. Данная ситуация отличается от положения в 1999 г. (State Committee on Statistics, 1999), когда основной причиной необращения за медицинской помощью было названо самолечение (Falkingham, 2002). Таким образом, с течением времени количество финансовых препятствий на пути к достижению доступности услуг скорее увеличилось, чем уменьшились. Согласно исследованию уровня жизни в Таджикистане 2003 г., приблизительно 60% беднейших и более 30% самых состоятельных граждан ответили, что доступность является главной причиной необращения в медицинские учреждения (World Bank, 2005b).

Бедное население страны с меньшей долей вероятности сообщает о болезнях или обращается в медицинские учреждения. В опросном исследовании, опубликованном в 2004 г., менее 4% людей из квинтиля с самым низким уровнем дохода обратились за какой-либо медицинской помощью в период с 1999 по 2003 г., показатель в два раза ниже показателя использования служб здравоохранения населением с квинтиля с самыми высокими показателями дохода. Бедное население госпитализируется реже, чем богатое (1,9% по сравнению с 5,1%), а нормы госпитализации для представителей всех групп доходов уменьшились с 1999 по 2003 г. с 5,2 до 3,3% (Cashin, 2004b).

В 2004 г. на основании данных исследований уровня жизни в Таджикистане в 1999 и 2003 гг. специалистами Всемирного банка был проведен всесторонний анализ проблем доступности и использования служб здравоохранения (World Bank, 2004b). Сопоставление этих исследований выявило две существенные тенденции.

Первая тенденция заключалась в том, что процент людей, которые обращались за помощью в связи с болезнями, увеличился с 1999 по 2003 г. Примечательно, что только 26% людей, сообщавших о хронической бо-

лезни, пользовались услугами здравоохранения во время опроса 1999 г., в 2003 г. 36% вспомнили о том, что обращались за медицинской помощью. В 1999 г. 46% людей, сообщивших об обострении болезни, обратились за помощью, что означает, что данный показатель увеличился в 2003 г. до 55%. Однако при интерпретации этих результатов следует отметить, что при проведении исследования в 1999 г. речь шла о том, помнят ли опрошиваемые об обращении за медицинской помощью за последние две недели, а в 2003 г. – за четыре недели (Cashin, 2004b).

Вторая тенденция связана с трендами использования услуг здравоохранения по отношению к уровню бедности и, вероятно, статистически более надежна, чем сравнение абсолютных показателей использования услуг здравоохранения. В обоих исследованиях вероятность обращения за получением услуг в случае болезни была более высокой у людей из квинтиля с самыми высокими доходами, чем у людей из квинтиля с самыми низкими доходами. Однако в период между 1999 и 2003 гг. эти различия между группами с высоким и низким доходом увеличились. В 1999 г. только 16% людей из квинтиля с самыми низкими доходами обращались за услугами в случаях хронических заболеваний, по сравнению с 29% опрошенных из квинтиля с самыми высокими доходами. В 2003 г. соответствующие цифры составляли 19% людей с низкими доходами и 48% с высокими. Среди опрошенных, обращавшихся с обострением заболеваний, разрыв между группами населения с низкими и высокими доходами вырос с 13% в 1999 г. до 15% в 2003 г. На основании этих результатов становится очевидно, что доля населения, не имеющего доступа к медицинским услугам, уменьшается, однако неравенство в доступности услуг здравоохранения увеличивается. Такого рода неравенство наиболее характерно для пациентов с хроническими заболеваниями, среди которых люди из квинтиля с самыми высокими доходами в 2,7 раза чаще будут обращаться за помощью, в сравнении с группой из квинтиля с низкими доходами. Среди людей, обратившихся за медицинской помощью при обострении заболеваний, разница составила только 1,3 раза (табл. 8.1).

Эти результаты соответствуют показателям в других странах Центральной и Восточной Европы, в которых использование служб здравоохранения в общей сложности увеличивается вместе с доходами, несмотря на то что потребности в услугах здравоохранения более актуальны для населения с более низкими доходами (Suhrcke, Rocco and McKee, 2007). Согласно показателям исследования уровня жизни от 2003 г., самые серьезные препятствия для доступа к медицинскому обслуживанию для людей, сообщивших о неудовлетворенных потребностях, пред-

Таблица 8.1

Распределение заболевших, обратившихся за медицинской помощью в 1999 и 2003 гг., в процентах, по квинтилям потребления домашних хозяйств

Общий квинтиль потребления	1999 (%)		2003 (%)	
	Хронические болезни	Острые заболевания	Хронические болезни	Острые заболевания
1-й (беднейший)	16,1	36,9	18,7	46,8
2-й	31,4	46,3	39,2	52,4
3-й	21,9	45,7	36,5	59,8
4-й	28,6	52,5	37,1	54,5
5-й	29,0	49,6	48,4	62,2
Общая выборка	25,6	46,4	35,9	55,1

Источник: Cashin, 2004a.

Примечание: В общих квинтилях потребления домашних хозяйств только за 2003 г. были учтены региональные индексы цен.

ствляли финансовые сложности. Пятьдесят процентов опрошенных, сообщивших о потребностях в услугах здравоохранения, не смогли обратиться за медицинской помощью из-за нехватки денег. Тридцать три процента опрошенных занялись самолечением, а 11% ждали, когда проблема со здоровьем исчезнет сама собой – обоснование, характерное для бедного населения, приводящее к снижению регистрации обращений и сокращению использования медицинского обслуживания среди бедных слоев населения. Из общего числа домашних хозяйств, которые сообщили о неудовлетворенных потребностях, только 5% отметили, что учреждения находятся слишком далеко, предоставляемые услуги – низкого качества или в целом недоступны. Домашние хозяйства в Душанбе и районах республиканского подчинения чаще указывали на проблемы финансовой доступности услуг в качестве главной причины отсутствия доступа к медицинским услугам (65%), что может отражать более высокую стоимость услуг, а не фактор близости учреждений здравоохранения в Душанбе. В целом, более высокий процент городского населения (58%), по сравнению с сельским, указали на финансовую недоступность медицинской помощи как на главную причину отсутствия доступа к медицинскому обслуживанию (48%) (Cashin, 2004a).

Эти результаты были подтверждены в опросном исследовании 901 пациента при обследовании первичных служб здравоохранения в районах Данкара и Вазоб в 2005 г. Исследование показало, что доступность базовых медицинских услуг вызывает серьезную озабоченность, особенно среди наиболее нуждающихся и уязвимых групп населения (Tediosi et al., 2008).

Имеет место неравный доступ к услугам здравоохранения, предоставляемым матерям. Результаты исследования уровня жизни 2003 г. показывают, что на использование служб охраны здоровья матери и ребенка отрицательно влияют бедность, недостаточность общественной инфраструктуры и низкий уровень образования (Habibov and Fan, 2008; Fan and Habibov, 2009). Согласно Кластерному исследованию со множественными показателями 2005 г., только 43,3% женщин из домохозяйств квинтиля с самыми низкими доходами рожали в медицинских учреждениях, по сравнению с 80% женщин из квинтиля хозяйств с высокими доходами (State Committee on Statistics, 2006). Небезопасные домашние роды считаются главным фактором, способствующим высоким показателям младенческой и материнской смертности в Таджикистане. Согласно Кластерному исследованию с множественными показателями 2005 г., младенческая и материнская смертность выше среди более бедных групп населения (State Committee on Statistics, 2006).

Отмечается значительный разброс в отношении частных платежей в зависимости от области и типа учреждения, самая высокая стоимость услуг – в больницах, в региональных центрах и в Душанбе. Уровень неофициальных платежей повышается в зависимости от уровня специализации; стоимость больничных услуг выше, чем стоимость услуг в первичном звене здравоохранения, где если что-то и принимается в качестве оплаты, то это только номинальные платежи или подарки (Public Foundation Panorama, 2007). Таким образом, бедные слои населения склонны чаще обращаться к услугам первой помощи, чем богатые, которые могут позволить себе оплатить более дорогие услуги в поликлиниках и больницах (Saifutdinov et al, 2009 [неопубликованная статья]).

Физические барьеры играют важную роль в отдаленных горных районах, где плохие дороги, ограниченные средства транспорта и многие общины в течение зимнего периода отрезаны от всего мира (World Bank, 2005a). Кроме различий между сельской и городской местностью, существуют различия и по регионам страны. В зависимости от области и района отмечается значительное неравенство как в абсолютном, так и в относительном уровне расходов на медицинские услуги. Администрация области может решить, добавлять ли финансирование на здравоохранение из расчета собственных фондов или нет. В результате расходы на здравоохранение на душу населения различаются по областям и не связаны с социальными показателями или показателями потребностей в услугах здравоохранения, самые бедные области затрачивают на душу населения меньше всего. 16 областей и районов республиканско-

го подчинения и Душанбе выделяют от 6 до 21% местного бюджета на здравоохранение. Такой разброс означает и большие различия в финансировании на душу населения. Область Хатлон на юге страны и большинство районов республиканского подчинения в Центральном Таджикистане не только имеют самые низкие расходы на здравоохранение на душу населения из государственного бюджета, но и испытывают более острый дефицит кадров и учреждений (World Bank, 2005a). В 2008 г. район Хамадони имел расходы на здравоохранение в 12 сомони на душу населения, в то время как район Шурабад израсходовал 51 сомони на душу населения.

Согласно анализу внешнего финансирования в сектор здравоохранения в 2007 г., области, получившие наибольшие объемы внешнего финансирования на душу населения, также демонстрируют наиболее высокие уровни неофициальных платежей за медицинскую помощь. Причина этого очевидного парадокса, по-видимому, в том, что услуги лучшего качества продаются населению по более высокой цене (WHO Country Office Tajikistan, 2008).

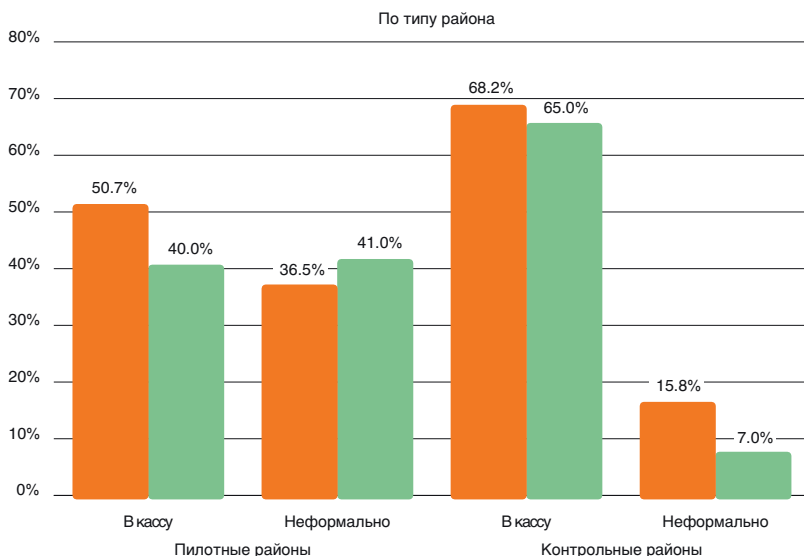
Как уже было упомянуто в разделе 3.2, неофициальные платежи также сохранялись в экспериментальных районах, где были введены основной пакет базовых услуг и официальные соплатежи пациентов, хотя и в меньшей степени, чем в контрольных районах. Это, по-видимому, происходит в результате того, что только часть официальной оплаты идет в счет оплаты труда медицинских работников, что является недостаточным стимулом для прекращения взимания неофициальных платежей. В сочетании со слабым правоприменением новой схемы, это привело к недовольству пациентов в связи с новой платежной системой (рис. 8.1), хотя, как отмечалось выше, уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в пилотных районах увеличился (см раздел 8.5) (Bobokhojaeva et al., 2009).

8.3 Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения

Имея самые низкие расходы на здравоохранение на душу населения среди стран Европейского региона ВОЗ (WHO Regional Office for Europe, 2010), Таджикистан едва располагает достаточными ресурсами для того, чтобы профинансировать базовые медицинские услуги (World Bank, 2005a). По данным Комиссии по макроэкономике и здоровью, ми-

Рис. 8.1

Оценка опыта 15 месяцев сооплаты пациентами в пилотных районах: где пациенты предпочитают платить?



Источник: Bobokhojaeva et al., 2009.

нимальный пакет расходов на услуги здравоохранения, включающий самые распространенные противомикробные средства, стоит около 34 долл. США на душу населения в самых неразвитых странах (Комиссия по макроэкономике и здоровью; Commission on Macroeconomics and Health, 2001). Принимая во внимание государственный бюджет на здравоохранение в размере 10,6 долл. США на душу населения в 2008 г., Таджикистан не соответствует даже такому уровню ресурсов. Более того, ограниченные ресурсы распределяются в стране неэффективно.

Существует серьезный дисбаланс в распределении материальной базы и бюджетных средств между первичным уровнем здравоохранения и больницами, в результате чего большая часть финансирования поступает в больницы, услуги которых дороги и недоступны для бедных слоев населения (Republic of Tajikistan, 2006a). Таким образом, система здравоохранения усиливает, а не уменьшает неравенство – тенденция, выявленная во многих странах Центральной и Восточной Европы (Suhrecke, Rosso and McKee, 2007). Государственные расходы на здравоохранение все еще поступают преимущественно на третичный уровень здравоохранения, большая часть государственного финансирования поступает в больницы. Уточнение норм финансирования для больничной системы

станет важным шагом к улучшению общей эффективности ассигнований в секторе здравоохранения (Republic of Tajikistan, 2002b).

Учитывая разницу в использовании больничных услуг среди бедных и богатых групп населения, а также снижение норм госпитализации для всех групп, существующие модели правительственного финансирования не представляются эффективными. Самовольное обращение в медицинские учреждения более высокого уровня специализации широко распространено, многие пациенты избегают обращаться в учреждения более низкого уровня, предпочитая попасть непосредственно к специалисту. Это неэффективно, поскольку пациенты могут более эффективно и экономично лечиться у поставщиков первой помощи.

8.4 Экономическая эффективность системы здравоохранения

Результативность системы здравоохранения в Таджикистане может быть оценена как низкая. Механизмы финансирования до настоящего времени основывались скорее на инвестициях, чем на результатах деятельности и качестве обслуживания, и страна очень медленно переходит к финансированию здравоохранения на основе производительности и объема оказанных услуг.

Попытки рационализировать больничный сектор были ориентированы на снижение количества коек, а не на закрытии учреждений, кроме того, многие услуги здравоохранения в Таджикистане предоставляются в стационарных учреждениях, несмотря на то что более эффективными они были бы в учреждениях первичного уровня здравоохранения.

8.5 Качество медицинской помощи

Качество услуг в Таджикистане вызывает серьезную озабоченность. Это обусловлено рядом факторов. Ввиду распада системы финансирования здравоохранения в 1990-х гг., а также последствий гражданской войны, материальное состояние многих медицинских учреждений значительно ухудшилось. Доступные технологии и оборудование зачастую устарели и не функционируют, и возможность их обновления или замены маловероятна.

Обеспечение фармацевтическими средствами, как правило, недостаточное. Ввиду ограниченного бюджета правительство предоставляет

только очень ограниченное количество фармацевтических средств, и страна в основном полагается на гуманитарную помощь и на затраты домашних хозяйств. В 2004 г. государственный бюджет на фармацевтические средства был равен только 1% общих затрат на здравоохранение, и даже эти средства были израсходованы только на приобретение базовых препаратов. Этот фактор значительно повлиял на качество услуг и на доступ населения к услугам. Как было указано выше, большая часть личных затрат идет на фармацевтические средства, которые в основном покупаются по большей части на нерегулируемом частном рынке без назначения врача или без соответствующей консультации по их правильному применению. В результате значительная часть затрат домашних хозяйств на здравоохранение идет на неэффективное и зачастую опасное использование фармацевтических средств (Republic of Tajikistan, 2002b; Ministry of Health, 2005b; World Bank, 2005a). В больницах перед операциями антибиотики используются без достаточных показаний (Kassum at al., 2003). Они также доступны для пациентов вне больниц и без рецептов, что, возможно, способствует увеличению лекарственной устойчивости.

Качество услуг также серьезно пострадало от оттока квалифицированных специалистов из страны, который начался в период гражданской войны и продолжается по сегодняшний день, так как сотрудники здравоохранения ищут места с более высокой оплатой за рубежом. В период между 1990 и 1999 гг. около 10 000 врачей и 39 000 сотрудников среднего звена оставили сектор здравоохранения, в основном в период гражданской войны. Несмотря на то что медицинские институты продолжают привлекать студентов, удержание выпускников в системе здравоохранения остается серьезной проблемой, и система продолжает терять квалифицированных сотрудников (World Bank, 2005a). В соответствии с оценкой Медицинского университета в 2006 г., только примерно 4 из 10 выпускников медицинских институтов остаются в секторе здравоохранения и становятся врачами.

Квалификация работников здравоохранения является еще одной проблемой. Согласно существующему законодательству, врачи обязаны проходить переквалификацию не менее одного раза в 5 лет. Однако правительственные ресурсы по непрерывному обучению недостаточны, и это сказывается на качестве услуг (Ministry of Health, 2005b). Несмотря на то что медсестры могли бы играть важную роль в улучшении качества медицинского обслуживания, подготовка медсестер остается неразвитой (Ministry of Health, 2005b). Низкие зарплаты сотрудников здравоохранения также негативно сказываются на качестве услуг (Wyss and

Schild, 2006), а повсеместная практика неофициальных платежей может привести к ненужным медицинским процедурам.

На всех уровнях здравоохранения не уделяется достаточного внимания улучшению качества (Wyss and Schild, 2006). Протоколы лечения и клинические руководства по лечению, как правило, либо устарели, либо отсутствуют, в частности в учреждениях, находящихся в сельской местности, что приводит к ненужной госпитализации, долгосрочному пребыванию и отсутствию ясности относительно эффективности лечения (Ministry of Health, 2005b). Ряд указанных проблем в настоящее время решается в пилотных проектах, как, например, в 7 родильных домах страны, где для улучшения здоровья матерей и новорожденных детей были введены в обращение стандарты ВОЗ, основанные на доказательной медицине, а также в проектах ЮСЭЙД/ЗдравПлюс и Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству/Sino, целью которых является укрепление семейной медицины. Был разработан ряд новых клинических стандартов и протоколов, включая 4 – по оказанию медицинской помощи матерям, 35 – по медицинской помощи детям в возрасте от 0 до 5 лет, 8 – по медицинской помощи детям в возрасте от 5 до 8 лет и 7 – по лечению гипотрофии.

Большая часть работников здравоохранения не имеет доступа к современным периодическим изданиям и медицинской литературе (Ministry of Health, 2005b). Увеличение количества людей, занимающихся самолечением и пользующихся услугами традиционных целителей, также, вероятно, негативно сказалось на качестве лечения.

Плохое взаимодействие первичного звена здравоохранения и более высоких уровней лечения является еще одним фактором, негативно влияющим на непрерывность и качество лечения. После специализированного или больничного лечения дальнейшая последовательная работа с пациентами не проводится, и, как правило, все ограничивается лимитированным обменом информацией с первичным звеном здравоохранения для продолжения и контроля за лечением. Снижение показателей использования больничных услуг в 1990-х и 2000-х гг. не сопровождалось реформированием и укреплением первичного звена здравоохранения, что привело к общему ухудшению качества медицинских услуг (Ministry of Health, 2005b).

Улучшение качества услуг здравоохранения, по-видимому, было достигнуто в больницах пилотных районов, где вводился базовый пакет услуг и официальные доплаты пациентов. Предварительное исследование и исследование, проведенное 15 месяцев спустя, выявили, что в вос-

приятию населения уровень качества медицинской помощи в пилотных районах повысился, в то время как в контрольных районах он понизился (Health Policy Analysis Unit, 2009; Bobokhojaeva et al., 2009).

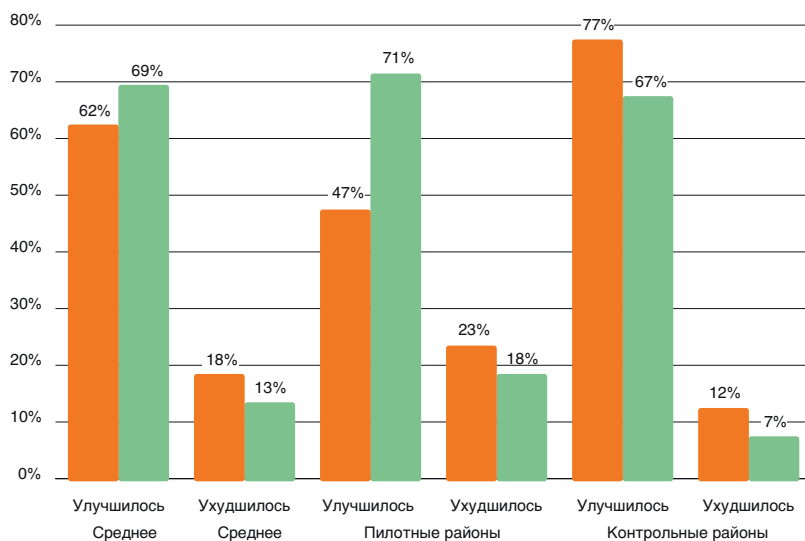
8.6 Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения

Вклад системы здравоохранения в улучшение здоровья в Таджикистане довольно скромный в некоторых сферах и более очевиден в других. Стандартизованный уровень смертности от аппендицита по всем возрастным группам увеличился в период с 1990 до 2005 г. с 0,35 на 100 000 населения до 0,47, что было самым высоким показателем в Европейском регионе ВОЗ (WHO Regional Office for Europe, 2010). Стандартизованный уровень смертности от диабета, который в 2005 г. был равен 25,3 на 100 000 населения (WHO Regional Office for Europe, 2010), также был сравнительно высок.

Однако были достигнуты определенные снижения показателей заболеваемости и смертности от болезней, поддающихся медицинскому воз-

Рис. 8.2

Оценка опыта 15 месяцев сооплаты пациентами в пилотных районах: видят ли пациенты изменения в качестве оказанной медицинской помощи?



Источник: Bobokhojaeva et al., 2009.

действию. Особое внимание в документах, определяющих политику здравоохранения, было уделено проблеме материнской и младенческой смертности. Хотя на оба эти фактора оказывают влияние различные социально-экономические составляющие и признается, что данные о зарегистрированных случаях смертности занижены по сравнению с реальными, снижение официальных показателей указывает на некоторый прогресс, достигнутый в улучшении услуг здравоохранения, предоставляемых матерям и детям. В соответствии с официальной статистикой, уровень младенческой смертности снизился с 44,5 на 1000 живорожденных в 1990 г. до 14,1 в 2005 г., а показатель материнской смертности снизился более чем наполовину от уровня самого высокого показателя в 124,4 смерти на 100 000 живорожденных в 1993 г. до 43,4 на 100 000 живорожденных в 2006 г. (WHO Regional Office for Europe, 2010). Однако необходимы дальнейшие улучшения. Около 38% всех родов проходят в домашних условиях, а в отдаленных горных районах этот показатель почти вдвое выше (State Committee on Statistics, 2006). Более того, с провозглашения независимости преваляирование заболеваний, вызванных дефицитом питательных веществ (железодefицитная анемия, проблемы с дефицитом йода, нехватка витамина А) увеличилось ввиду ухудшения доступа к высококачественным продуктам и йодированной соли, особенно среди уязвимых групп населения.

В Таджикистане был достигнут определенный прогресс в отношении контроля инфекционных заболеваний. После распада системы вакцинации в начале 1990-х гг. увеличилась заболеваемость дифтерией, с 0,3 случая на 100 000 населения в 1992 г. до 77 в 1995 г. Была принята Национальная программа иммунизации, и в 1994 г. был введен новый календарь прививок, основанный на принципах расширенной иммунизации. В результате этих действий начиная с 1996 г. уровень заболеваемости дифтерией начал постоянно снижаться и достиг 0,05 случая на 100 000 населения в 2001 г. (WHO Regional Office for Europe, 2010). Несмотря на то что, как показал ряд опросных исследований, охват вакцинацией был признан несколько ниже, чем отражено в отчетных данных, кампании против кори и полиомиелита были проведены успешно, и в 2002 г. Таджикистан был признан ВОЗ страной, свободной от полиомиелита.

Усилия по контролю над малярией также были успешны. Уровень общей заболеваемости малярией с 3,3 на 100 000 населения в 1990 г. достиг 512 на 100 000 населения в 1997 г. В последующие годы ситуация начала улучшаться, и к 2007 г. показатели заболеваемости сократились до 9,5 случая на 100 000 населения (WHO Regional Office for Europe, 2010).

Необходимо предпринять более согласованные усилия в отношении ВИЧ/СПИД и туберкулеза. Хотя число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции все еще сравнительно мало: в 2006 г. зарегистрировано 204 новых случая ВИЧ (WHO Regional Office for Europe, 2010), по оценке ЮНЭЙДС реальное число людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане в конце 2007 г., составляло от 5000 до 23 000 человек (UNAIDS, 2008). Вызывает озабоченность ситуация с туберкулезом. Согласно данным Министерства здравоохранения, с 1993 по 2007 г. заболеваемость туберкулезом стремительно возросла, увеличившись с 11,7 до 94,3 на 100 000 населения (WHO Regional Office for Europe, 2010). Министерство здравоохранения занимается осуществлением программы регистрации и лечения туберкулеза, используя рекомендации ВОЗ, однако эффективность этих программ затруднена тем, что продолжает использоваться советский подход по регистрации случаев туберкулеза, и тем, что программа ДОТС не обеспечена достаточным финансированием. Помимо этого, существует нехватка квалифицированных сотрудников здравоохранения, эффективных фармацевтических, медицинских и диагностических средств. В то время как Таджикистан получил значительные внешние фонды для решения проблем, связанных с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, все еще отсутствуют необходимый профессиональный потенциал и должная организация лечения, необходимые для принятия мер в ответ на распространение туберкулеза, включая формы с лекарственной устойчивостью.

9. Заключение

Таджикистан является самой бедной страной Европейского региона ВОЗ, в которой отмечается нехватка как человеческих, так и финансовых ресурсов, и потенциал для удовлетворения потребностей населения в охране здоровья существенно ограничен. Страна столкнулась с одним из самых сильных экономических спадов из всех стран бывшего СССР, ситуация ухудшилась ввиду продолжительной гражданской войны. Несмотря на то что Таджикистан вернулся к экономической и политической стабильности, большой процент населения продолжает жить в бедности и недостаточное питание является серьезной проблемой. В обозримом будущем Таджикистан будет вынужден рассчитывать на внешнюю помощь.

Неудивительно, что Таджикистан отстает от соседних стран Центральной Азии в ходе реструктуризации системы здравоохранения, перехода с системы, унаследованной из советского периода. Гражданская война, начавшаяся в 1990 г., значительно отбросила страну назад и стала причиной разрушения системы здравоохранения. Имеются также проблемы, связанные с существующим потенциалом для разработки и выполнения политики здравоохранения. Тем не менее таджикская система здравоохранения в настоящий момент находится на сложном пути перехода к новой системе, которая включает в себя новые механизмы управления, финансирования и предоставления медицинских услуг. На данный момент государство остается основным источником общественного финансирования и поставщиком медицинских служб в Таджикистане. Частные, неофициальные платежи, однако, считаются основным источником финансирования системы здравоохранения.

Одной из трудностей, которую предстоит решить в будущем, является переориентация системы здравоохранения на первичную помощь и общественное здравоохранение и смещение акцентов с системы вторич-

ного и третичного уровней, основанной на больничных услугах. Так же как и большинство стран бывшего СССР, Таджикистан унаследовал обширную больничную систему, которую было все сложнее поддерживать. С провозглашения независимости система практически не изменилась, имели место лишь незначительная модернизация с небольшими капиталовложениями и ряд организационных перемен. Усилия по рационализации ограничились снижением количества больничных коек. Таджикистан все еще находится на раннем этапе реструктуризации и усиления системы оказания первичной медицинской помощи. Было принято законодательство по семейной медицине, финансированию на душу населения, по пакету гарантированных услуг и дополнительным платежам. В трех областях проходят эксперименты по реформе первичного уровня здравоохранения, включающие в себя внедрение финансирования на душу населения.

Изменение финансирования здравоохранения было начато с введением альтернативных источников финансирования в ряде государственных медицинских учреждений. Для того чтобы обеспечить равный доступ к медицинским услугам и формализовать частные платежи, Министерство здравоохранения разработало программу, включающую предоставление базовых медицинских услуг нуждающимся слоям населения и предусматривающую соплатежи для других групп населения. Такой гарантированный пакет услуг был изначально введен в 2005 г., после чего приостановлен и повторно введен в четырех пилотных районах в 2007 г. Предполагается, что базовый пакет впоследствии будет охватывать всю страну.

Человеческие ресурсы будут играть важную роль в процессе реформирования. Показатели количества работников здравоохранения к численности населения в Таджикистане – намного ниже, чем в большинстве других европейских странах, частично из-за эмиграции. Несмотря на то что была введена переподготовка медицинского персонала в программах семейной медицины, количество врачей и медсестер семейной медицины все еще очень незначительно. Система непрерывного повышения квалификации недостаточно финансируется, а заработные платы сотрудников здравоохранения очень низкие.

Имеет место выраженный географический дисбаланс в распределении медицинских ресурсов и финансирования. В то время как работники здравоохранения сконцентрированы в столице и региональных центрах, отмечается их нехватка в сельской местности. Помимо разделения по принципу «город – село», имеются также существенные различия

между регионами страны со значительным неравенством в отношении как абсолютных, так и относительных затрат на здравоохранение. Для бедных слоев населения доступ к медицинским услугам стал проблематичным.

Серьезную озабоченность вызывает качество предоставляемых услуг, что является результатом отсутствия инвестирования в медицинские учреждения и технологии, недостаточной поставки фармацевтических средств, плохой подготовки сотрудников здравоохранения и отсутствия медицинских протоколов и систем, направленных на улучшение качества.

При поддержке внешней помощи в Таджикистане были разработаны многие стратегические политические документы, с помощью которых в следующем десятилетии могут быть предприняты успешные усилия по реформированию. Чтобы достичь успеха в стране необходимо обозначить приоритеты, в соответствии с имеющимися в наличии ресурсами, и инвестировать в развитие институционального потенциала как на национальном, так и на региональном уровне. Многое будет зависеть от успешной переориентации системы здравоохранения с больничной на профилактическую с акцентом на развитие служб первичного уровня здравоохранения. До настоящего момента внешняя помощь была фрагментирована, однако есть надежда, что в будущем общесекторальный подход при распределении помощи поможет скоординировать деятельность доноров и избежать дублирования действий.

10. Приложения

10.1 Библиография

- Aminjanov R et al. (2008). *Case study on aid effectiveness in Tajikistan*. Washington, DC, Wolfensohn Center for Development.
- Baronina E et al. (2003). *National nutrition and water & sanitation survey, Tajikistan*. Dushanbe, Action Against Hunger, ECHO, Mercy Corps.
- Blöndal K (2009). *Report MDR-TB assessment mission to Tajikistan*. Reykjavik, Division of Communicable Disease Control, Reykjavik Health Care Services.
- Bobokhojaeva Z et al. (2009). How did patients' financial burden for hospital treatment evolve? *Roundtable on «Health financing reform in Tajikistan», Dushanbe, 30 June 2009*. Dushanbe, WHO Country Office Tajikistan.
- Branca F, Tazhibayev S (2004). *Micronutrient status survey in Tajikistan 2003*. Dushanbe, UNICEF, Ministry of Health, Asian Development Bank, World Health Organization, National Institute for Research on Food and Nutrition (Italy), Kazakh Academy of Nutrition (Kazakhstan).
- Brenzel L (2008). *Immunization resource tracking exercise: case study on the Republic of Tajikistan*. Dushanbe, Dutch Trust Fund and GAVI Trust Fund.
- Cashin C (2004a). *Tajikistan health sector note: health financing report*. Dushanbe, World Bank.
- Cashin C (2004b). *Illness reporting and access to health care among the poor in Tajikistan*. Washington, DC, World Bank.
- Centre for Strategic Studies (2007). *HIV/AIDS risk behaviour survey among young people aged 15–24 in Tajikistan*. Dushanbe, Centre for Strategic Studies under the President of the Republic of Tajikistan.
- Commission on Macroeconomics and Health, ed. (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization.
- de Haan S, Iskhakova Z (2006). *Research for health in Tajikistan: strengthening the national health research system*. Geneva, Council on Health Research for Development (COHRED).
- EIU (2006). *Tajikistan country profile*. London, Economist Intelligence Unit.
- EIU (2007). *Tajikistan country report, March 2007*. London, Economist Intelligence Unit.

- European Union (2007). *European Community regional strategy paper for assistance to central Asia for the period 2007–2013*. Brussels, European Commission.
- Falkingham J (2002). Poverty, affordability and access to health care. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Buckingham and Philadelphia, Open University Press:42–56.
- Falkingham J (2004). Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*, 58:247–258.
- Fan L, Habibov NN (2009). Determinants of maternity health care utilization in Tajikistan: learning from a national living standards survey. *Health & Place*, 15(4):952–960.
- Figueras J et al., eds (2004). *Health systems in transition: learning from experience*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Galloway R (2003). *The nutrition situation in Tajikistan. Report prepared for the World Bank, ECA region*. Dushanbe, World Bank.
- GIU et al. (2006). *Behavior survey among labour migrants and their families related to STIs/HIV/AIDS*. Dushanbe, GIU, UNDP, IOM, Scientific Research Centre Sharq, Republican AIDS Centre.
- Godinho J et al. (2004). *HIV/AIDS and tuberculosis in central Asia: country profiles*. Washington, DC, World Bank.
- Guerra R et al. (2003). *Using verbal autopsy to assess the path to death: infant and maternal mortality in Dushanbe and Khatlon Oblast, Tajikistan*. Dushanbe, UNICEF, Ministry of Health, Istituto Superiore di Sanit? (Italy).
- Habibov NN, Fan L (2008). Modelling prenatal health care utilization in Tajikistan using a two-stage approach: implications for policy and research. *Health Policy and Planning*, 23:443–451.
- Health Policy Analysis Unit (2009). *The basic benefit package and patient financial burden at the hospital level*. Dushanbe, Ministry of Health.
- Hemming I (2004). *Review of community health activities, programmes and policies in Tajikistan*. Washington, DC, World Bank.
- Hill K et al. (2001). Estimates of maternal mortality for 1995. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(3):182–193.
- International Development Association, International Monetary Fund (2002). *Republic of Tajikistan: joint staff assessment of the Poverty Reduction Strategy Paper*. Washington, DC, International Monetary Fund.
- International Observatory on End of Life Care (2009). *Palliative care in Tajikistan*. Lancaster, International Observatory on End of Life Care, Lancaster University (http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/tajikistan.htm, accessed 25 July 2009).
- International Organization for Migration (2009). *Economic dynamics of labour migrants' remittances in Tajikistan*. Dushanbe, International Organization for Migration.
- IRIN (2007) [web site]. Tajikistan: Afghan narcotics fuel drug addiction. Nairobi, Integrated Regional Information Networks (<http://www.irinnews.org/report.aspx?ReportId=72937>, accessed 18 September 2007).

- Kassum DA et al. (2003). General surgery in a district hospital in Tajikistan: clinical impact of a partnership between visiting volunteers and host specialists. *Canadian Journal of Surgery*, 46(5):335–339.
- Koen BD (2003). *Devotional music and healing in Badakhshan, Tajikistan: preventive and curative practices* [dissertation]. Columbus, OH, Ohio State University.
- McKee M, Chenet L (2002). Patterns of health. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Buckingham and Philadelphia, Open University Press:57–66.
- Mahon J, Tediosi F (2007). *Health SWAp in Tajikistan: prospects & suggested next steps. Final report*. Dushanbe, Swiss Agency for Development and Cooperation.
- Matthys B et al. (2008). History of malaria control in Tajikistan and rapid malaria appraisal in an agro-ecological setting. *Malaria Journal*, 7:217.
- Ministry of Health (2004a). *Clinical practice guidelines in the Republic of Tajikistan*. Dushanbe, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2004b). *The list of basic medicines*. Dushanbe, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2005a). *The programme of basic medical and sanitary services to the citizens of the Republic of Tajikistan and the regulations (co-payment) of rendering medical services in the state health care facilities from the account of juridical and physical persons*. Dushanbe, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2005b). *Tajikistan health sector hospital rationalization strategy for 2006–2010*. Dushanbe, Ministry of Health.
- Ministry of Health (2006). *Tajikistan health sector interim workforce plan for the period 2006–2010*. Dushanbe, Ministry of Health.
- Mirzoev T et al. (2007). Progress towards health reform in Tajikistan. *Journal of Health Organization and Management*, 21(6):495–505.
- OECD (2010). OECD.Stat Extracts [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://stats.oecd.org>, accessed 18 May 2010).
- Penrose J (2003). *Poverty and household coping strategies in Tajikistan: a critical review of the literature. Report submitted to the World Bank Human Development Department, Europe and Central Asia Region*. Dushanbe, World Bank.
- Pomfret R (2002). Macroeconomic pressures. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. *Health care in central Asia*. Buckingham and Philadelphia, Open University Press:31–41.
- Public Foundation Panorama (2007). *GBP baseline evaluation survey. Preliminary report*. Dushanbe, Public Foundation Panorama.
- Rahminov R, Gedik G, Healy J (2000). *Health care systems in transition: Tajikistan*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- Reamy J (2005). *Human resource development. Report established on behalf of the Republic of Tajikistan Health Sector Reform Project (Asian Development Bank Loan No. 2054-TA)*. Dushanbe, Asian Development Bank.
- Rechel B, Khodjamurodov G (2010). International involvement and national health governance: the basic benefit package in Tajikistan. *Social Science & Medicine*, 70(12):1928–1932.

- Rechel B, McKee M (2009). Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *The Lancet*, 374(9696):1186–1195.
- Rechel B et al. (2005). Are the health Millennium Development Goals appropriate for eastern Europe and central Asia? *Health Policy*, 73:339–351.
- Rechel B et al., eds (2009). *Investing in hospitals of the future*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Republic of Tajikistan (1994). *Constitution of the Republic of Tajikistan*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2000). *Proposal for support submitted to the Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) and the Global Fund for Children's Vaccines (The Fund)*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2002a). *Programme of urgent arrangements to improve public governance in the health sector of the country ensuring implementation of constitutional rights of citizens relating to health care*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2002b). *Conception of health sector reform in Tajikistan*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2002c). *Poverty reduction strategy paper*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2003). *Millennium Development Goal report*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2004). *Strategic plan for reproductive health in 2005–2014*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2005a). *Strategy of health care financing in the Republic of Tajikistan for the period 2005–2015*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2005b). *Poverty reduction strategy paper second progress report*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2006a). *National development strategy of the Republic of Tajikistan for the period to 2015 (draft)*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2006b). *Poverty reduction strategy paper; 2007–2009 (draft)*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2007a). *Private sector development strategy*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Republic of Tajikistan (2007b). *Poverty reduction strategy of the Republic of Tajikistan for 2007–2009*. Dushanbe, Republic of Tajikistan.
- Rowland D, Telyukov AV (1991). Soviet health care from two perspectives. *Health Affairs*, 10(3):71–86.
- Saifuddinov S et al. (2009). Tajikistan: the guaranteed benefit package – an attempt to improve the poor's access to health services [unpublished draft paper]. Dushanbe, WHO Country Office Tajikistan.
- Schild N (2006). *Health workforce in the pilot districts of Project Sino Tajikistan*. Dushanbe, Project Sino and Swiss Tropical Institute.

- Schneider P (2009). *Summary report on health financing workshop, 30 June 2009*. Dushanbe, World Bank.
- Skinnider M (2000). Dispatches from abroad: fighting maternal mortality in a former Soviet republic. *Canadian Medical Association Journal*, 163(12):5.
- State Committee on Statistics (1999). *1999 Tajikistan living standards survey*. Dushanbe, State Committee on Statistics.
- State Committee on Statistics (2006). *Findings from the Tajikistan multiple indicator cluster survey 2005. Preliminary report*. Dushanbe, State Committee on Statistics.
- State Committee on Statistics (2008a). *Annual report on the social and economic status of the Republic of Tajikistan 2007*. Dushanbe, State Committee on Statistics.
- State Committee on Statistics (2008b). *Health and health care in the Republic of Tajikistan in 2007*. Dushanbe, State Committee on Statistics.
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M (2007). *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tediosi F et al. (2008). Access to medicines and out of pocket payments for primary care: evidence from family medicine users in rural Tajikistan. *BMC Health Services Research*, 8(109).
- Thierfelder C et al. (2008). Management of pulmonary tuberculosis in Tajikistan: which factors determine hospitalization? *Tropical Medicine and International Health*, 13(11):1364–1371.
- Toirov UT (2003). Personal communication. Dushanbe, Paediatric department of the Republican Clinical Research Centre ‘Stomatology’.
- UNAIDS (2008). *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNDP (2003). *Tapping the potential – improving water management in Tajikistan. National Human Development Report 2003*. Dushanbe, United Nations Development Programme.
- UNDP (2005). *Investing in sustainable development: Millennium Development Goals needs assessment, overview Tajikistan*. Dushanbe, United Nations Development Programme.
- UNICEF (2000). *Multiple indicator cluster survey*. Dushanbe, United Nations Children’s Fund.
- UNICEF (2007a). TransMONEE database [online database]. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- UNICEF (2007b). Tajikistan [web site]. (<http://www.unicef.org/infobycountry/Tajikistan.html>, accessed 26 May 2007).
- UNICEF (2009). TransMONEE database 2009 [online database]. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre.
- United Nations (2004). *Environmental performance reviews Tajikistan*. New York, Economic Commission for Europe, Committee on Environmental Policy, United Nations.
- United Nations (2005). *Moving mountains: the UN appeal for Tajikistan*. Dushanbe, United Nations.

- United Nations (2009). *Map No.3765 Rev.11*. New York, NY, United Nations (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/tajikist.pdf>, accessed 30 October 2009).
- United Nations Disaster Assessment and Coordination (2006). *Mission disaster response preparedness in Tajikistan*. Dushanbe, United Nations Disaster Assessment and Coordination.
- UNODC (2006). *Country fact sheet Tajikistan 2006*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vogt A (2007). *A mixed methods study of access to education for children with physical disabilities in transitional countries, examples from Northern Tajikistan: "did you write down that I need to go to school?"* [dissertation]. London, University College London.
- Weine SM (2007). The collapse of psychiatry in Tajikistan. *Psychiatric Times*, 24(13).
- WHO (1994). *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2007). *Health analysis of the emergency care capacity of the prehospital and hospital care system: preliminary report*. Dushanbe, WHO Country Office Tajikistan.
- WHO (2008). *Externally financed projects on fighting against HIV/AIDS in Tajikistan, 2007*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2009). *Mental health in Tajikistan*. Dushanbe, WHO Country Office Tajikistan (http://www.euro.who.int/Tajikistan/20081030_1, accessed 25 July 2009).
- WHO, UNDP (2009). *Review of tuberculosis control in the Republic of Tajikistan*. Dushanbe, World Health Organization and United Nations Development Programme.
- WHO Country Office Tajikistan (2008). *Externally financed projects in the Tajik health sector in 2007*. Dushanbe, WHO Country Office Tajikistan.
- WHO Regional Office for Europe (2010). European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 15 March 2010).
- World Bank (2000). *Republic of Tajikistan – poverty assessment*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2003). *The Millennium Development Goals in Europe and central Asia*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2004a). *Community health and public health in Tajikistan: present realities and future opportunities. Prepared for the World Bank health sector note for Tajikistan*. Dushanbe, World Bank.
- World Bank (2004b). *Republic of Tajikistan. Health sector note*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2005a). *Tajikistan health sector note*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2005b). *Republic of Tajikistan poverty assessment update*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2006). *Tajikistan country brief 2006*. Dushanbe, World Bank (<http://web.world-bank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TAJIKISTANEXTN/0,,menuPK:287257~pagePK:141132~piPK:141107~theSitePK:258744,00.html>, accessed 27 September 2007).

- World Bank (2007). *World development indicators 2007*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2009a). *World development indicators 2009*. Washington, DC, World Bank.
- World Bank (2009b). *Republic of Tajikistan: poverty assessment*. Washington, DC, World Bank.
- Wyss K, Schild N (2006). *Human resource development in Tajikistan. Report established for the Department of Human Resources for Health of the World Health Organization*. Basel, Swiss Tropical Institute.
- Zohidova S (2003). *Dental decay among children living in Hissor valley* [dissertation]. Dushanbe, University of Dushanbe.

10.2 Полезные интернет-ссылки

Евразиянет Таджикистан

<http://www.eurasianet.org/resource/tajikistan/index.shtml>

Отношения между Европейским союзом и Таджикистаном

http://ec.europa.eu/external_relations/tajikistan/index_en.htm

Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, сайт по стране

<http://www.theglobalfund.org/programs/countrysite.aspx?countryid=TJK>

Правительство Таджикистана

<http://www.tjus.org/Government.htm>

Министерство здравоохранения

<http://www.health.tj>

Фонд помощи «Открытое Общество» – Таджикистан

<http://www.soros.org/about/foundations/tajikistan>

Координатор проектов ОБСЕ в Таджикистане

<http://www.osce.org/Душанбе/>

Президент Таджикистана

http://www.president.tj/eng/index_eng.htm

Государственный комитет по статистике

<http://www.stat.tj/>

Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству в Таджикистане

http://www.swisscoop.tj/en/Home/Activities_in_Tajikistan

Сайт по стране UNAIDS

<http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/tajikistan.asp>

Сайт по стране UNDP

www.undp.tj

Сайт по стране UNFPA

<http://tajikistan.unfpa.org/stronger.htm>

Сайт по стране ЮНИСЕФ

<http://www.ЮНИСЕФ.org/infobycountry/Tajikistan.html>

Информационная платформа ООН в Таджикистане

<http://www.untj.org/library>

Сайт по стране ВОЗ

<http://www.ВОЗ.int/countries/tjk/en/>

Миссия Всемирного банка в Таджикистане

<http://www.worldbank.org/tj>

Сайт ЗдравПлюс

<http://www.zplus.kz>

10.3 Основные законодательные акты

10.3.1 Документы по сектору здравоохранения, одобренные Маджлиси Намояндагон, Маджлиси Оли

1. Решение Маджлиси Намояндагон, Маджлиси Оли Республики Таджикистан «О принятии ДССБ», 19 июня 2002 г., № 666.
2. Решение Маджлиси Намояндагон, Маджлиси Оли Республики Таджикистан о внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан «О защите здоровья населения». Правительство Республики Таджикистан, 26.02.2003, № 803. Душанбе.
3. Решение Маджлиси Намояндагон, Маджлиси Оли Республики Таджикистан о внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан «О защите здоровья населения». Правительство Республики Таджикистан, 07.04.2003, № 376. Душанбе.
4. Решение Маджлиси Намояндагон, Маджлиси Оли Республики Таджикистан о внесении изменений и дополнений в Закон Республики Таджикистан «О защите здоровья населения». Правительство Республики Таджикистан, 22.04.2003, № 19. Душанбе.

10.3.2 Перечень законов

- Закон Республики Таджикистан «О государственном языке» 1989 г.
- Закон Республики Таджикистан «О местном самоуправлении и местном хозяйстве», 1991 г.
- Закон Республики Таджикистан «О местном самоуправлении», 1994 г.
- Закон Республики Таджикистан «Об основах бюджетного устройства и бюджетного процесса», 1997 г.
- Закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения в Республике Таджикистан», № 421 от 15 мая 1997 г.
- Закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения в Республике Таджикистан», № 622 от 22 мая 1998 г. (внесение изменений в закон № 421 от 15 мая 1997 г.).
- Закон Республики Таджикистан «О наркотических, психотропных веществах и прекурсорах» от 10 декабря 1999 г.
- Закон Республики Таджикистан «О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности» от 6 августа 2001 г.
- Закон Республики Таджикистан «О психиатрической помощи» от 2 декабря 2002 г.
- Закон Республики Таджикистан «О частной медицинской практике», № 60 от 2 декабря 2002 г.
- Закон Республики Таджикистан «О йодировании соли», № 85 от 2 декабря 2002 г.
- Закон Республики Таджикистан «О репродуктивном здоровье и репродуктивных правах», № 524 от 31 декабря 2002 г.
- Закон Республики Таджикистан «О радиационной безопасности», № 42 от 1 августа 2003 г.
- Закон Республики Таджикистан «Об обеспечении санитарно-эпидемиологической безопасности населения», № 49 от 8 декабря 2003 г.
- Закон Республики Таджикистан «О лицензировании отдельных видов деятельности», № 37 от 17 мая 2004 г.

Закон Республики Таджикистан «О медицинском страховании» от 5 июня 2008 г.

10.3.3 Список документов, связанных со здравоохранением, одобренный Правительством Республики Таджикистан

Конвенция о равной оплате равноценного труда независимо от половой принадлежности, № 100 от 29 июня 1951 г., вступила в силу 26 ноября 1993 г.

Конвенция о занятости и условиях труда и жизни сестринского персонала, № 149 от 21 июня 1977 г., вступила в силу 26 ноября 1993 г.

Постановление о повышении заработной платы работникам науки, культуры, народного образования, здравоохранения, архивных учреждений и отдельным категориям работников социальной сферы, № 80 от 15 февраля 1994 г.

Постановление о некоторых мерах по упорядочению работы по реализации программ повышения квалификации и подготовки специалистов для Республики Таджикистан за рубежом, № 32 от 18 января 1995 г.

Постановление Правительства «О состоянии предприятий, организаций и частных медицинских учреждений в Республике Таджикистан», № 162 от 4 мая 1998 г.

Постановление Правительства «О создании Центра координации проекта по кредиту международной ассоциации развития на здравоохранение», № 99 от 11 апреля 2000 г.

Указ о проведении инспекции состояния законодательства по своевременным выплатам заработной платы и внедрению платежной дисциплины, № 7–16 от 30 октября 2000 г.

Постановление Правительства «О Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан», № 321 от 29 июня 2001 г.

Постановление Правительства «О мерах по реализации Указа Президента Республики Таджикистан № 219 от 16 марта 2007 г. «Об увеличении минимальной заработной платы, действующих должностных окладов работников бюджетных учреждений и организаций», № 131 от 3 апреля 2007 г.

- Постановление Правительства «Об утверждении Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан», № 94 от 4 марта 2002 г.
- Приказ Министерства здравоохранения № 83 от 6 апреля 2002 г. о постановлении Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан», № 94 от 4 марта 2002 г.
- Постановление Правительства «О стратегическом плане предотвращения угрозы распространения вируса иммунодефицита человека (заболевание СПИД) в Республике Таджикистан на период 2002–2005 гг.», № 389 от 1 октября 2002 г.
- Указ «Об увеличении минимальной заработной платы, действующих должностных окладов работников бюджетных учреждений и организаций, пенсий и стипендий», № 930 от 25 октября 2002 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении Стратегии Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года», № 436 от 5 ноября 2002 г.
- Постановление Правительства «О программе борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан на 2003–2010 гг.», № 524 от 31 декабря 2002 г.
- Постановление Правительства «О программе формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан до 2010 г.», № 84 от 3 марта 2003 г.
- Приказ Министерства здравоохранения «О национальной лекарственной политике», № 368 от 28 августа 2003 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении Положения о Государственной санитарно-эпидемиологической службе Республики Таджикистан», № 575 от 29 декабря 2003 г.
- Постановление Правительства «Об образовании Национального совета по здравоохранению при Правительстве Республики Таджикистан», № 579 от 29 декабря 2003 г.
- Постановление Правительства «О регулировании предоставления в государственных учреждениях бесплатных медицинских услуг в районах Вазоб и Дангара», № 279 от 30 июня 2004 г.

- Постановление Правительства «Об утверждении Стратегического плана Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 г.», № 348 от 31 августа 2004 г.
- Постановление Правительства «О Концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», № 423 от 1 ноября 2004 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении плана мероприятий по реализации Стратегии Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 г.», № 405 от 1 октября 2004 г.
- Постановление Правительства Республики Таджикистан «О государственной службе», № 423 от 1 ноября 2004 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении Стратегии финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на 2005–2015 гг.», № 171 от 10 мая 2005 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении программы гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в пилотных районах Республики Таджикистан на 2010–2010 гг.», № 52 от 12 февраля 2010 г.
- Постановление Правительства «О внесении дополнений в постановление № 237 от 2 июня 2005 г.», № 388 от 12 октября 2005 г.
- Постановление Правительства «О внесении изменения в постановление № 388 от 12 октября 2005 г.», № 145 от 3 апреля 2006 г.
- Приказ Министерства здравоохранения «Об утверждении нормативно-правовых документов семейной медицины», № 584 от 31 октября 2005 г.
- Приказ Министерства здравоохранения «О Стратегии Республики Таджикистан по закупке и распределению лекарственных средств», № 638 от 2 декабря 2005 г.
- Указ Президента Республики Таджикистан «О мерах по усилению уровня социальной защищенности населения и увеличения минимальной заработной платы, действующих должностных окладов работников бюджетных учреждений и организаций, пенсий и стипендий», № 1716 от 20 марта 2006 г.

- Постановление Правительства «О сохранении в бюджете отрасли здравоохранения средств, сэкономленных в процессе реформы», № 140 от 3 апреля 2006 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении программы борьбы с сахарным диабетом в Республике Таджикистан на 2006–2010 гг.», № 123 от 3 апреля 2006 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении Концепции Республики Таджикистан по реструктуризации госпитальной службы на период 2006–2010 гг.», № 407 от 7 сентября 2006 г.
- Постановление Правительства «О регулировании оказания первичной помощи населению в пилотных регионах», № 199 от 14 апреля 2007 г.
- Приказ Министерства здравоохранения по поэтапной адаптации и принятии критериев живорождения ВОЗ в учреждениях здравоохранения в Таджикистане, № 202 от 28 апреля 2008 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении Порядка предоставления медицинских услуг гражданам Республики Таджикистан в государственных учреждениях здравоохранения», № 600 от 12 декабря 2008 г.
- Закон «О медицинском страховании в Республике Таджикистан», № 408 от 18 июня 2008 г.
- Постановление Правительства «Об утверждении Концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», № 512 от 31 октября 2008 г.
- Парламентская резолюция «О внесении изменений в Закон об охране здоровья граждан в Таджикистане», № 652 от 18 мая 2009 г.
- Указ Президента Республики Таджикистан «О реформировании системы государственного управления», № 1713 от 15 марта 2006 г.
- Постановление Правительства «О Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан», № 603 от 28 декабря 2006 г.

10.4 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits>

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 31 стране – члену ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех» (HFA). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительст-

вами. С января 2007 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 глав:

1. **Введение.** Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. **Организационная структура и управление.** Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.
3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
5. **Материальные и трудовые ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.

6. **Предоставление медицинских услуг.** В этой главе основное внимание уделяется маршруту пациентов в системе здравоохранения, организации и оказанию услуг здравоохранения, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативной помощи, услугам по охране психического здоровья, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию отдельных групп населения.
7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения.
9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
10. **Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.

Поскольку обзоры служат для информирования разработчиков политики и используются для метаанализа, их качеству придается приоритетное значение. Процесс написания и редактирования сопровождается многочисленными консультациями и включает в себя несколько этапов, за которыми следуют:

- Окончательная тщательная проверка (см. следующий раздел).
- Дальнейший контроль качества, при котором особое внимание уделяется техническому редактированию и корректуре.
- Распространение (в виде печатных копий, электронных изданий, переводов и проведения презентаций). На протяжении всего производственного процесса редактор тесно сотрудничает с авторами, оказывая им необходимую помощь, тем самым гарантируя эффективность процесса на всем его протяжении.

Один из авторов является также сотрудником обсерватории, в чьи обязанности входит оказание помощи другим авторам в процессе написания и подготовки обзора. Сотрудники обсерватории проводят необходимые консультации, которые обеспечивают эффективность процесса на всем его протяжении и гарантируют, что обзоры соответствуют стандартам серии и могут способствовать как принятию решений на национальном уровне, так и проведению сравнительного анализа между странами.

10.5 Проверка и рецензирование обзоров

Этот процесс включает в себя три этапа. Сначала текст обзора проверяют, оценивают и утверждают научные директора Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Затем его направляют на рецензирование двум независимым научным экспертам и, в соответствии с их поправками и замечаниями, вносят в текст необходимые изменения. После этого обзор передают в соответствующее министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган, где ответственные лица, в рамках своих компетенций, проверяют его на предмет наличия в нем фактических ошибок.

10.6 Сведения об авторах

Гафур Ходжамуродов является руководителем государственной службы по контролю за медицинской деятельностью, Министерство здравоохранения.

Бернд Речел является научным сотрудником Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, а также почетным старшим лектором в Лондонской школе гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен»

Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте www.euro.who.int/observatory, где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету EuroObserver и журнал Eurohealth. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

info@obs.euro.who.int

**Публикации
Европейской
обсерватории
по системам и политике
здравоохранения
помещены на сайте
www.healthobservatory.eu**



Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

- Австралия (2002, 2006)
Австрия (2001^e, 2006^e)
Азербайджан (2004^g, 2010^g)
Албания (1999, 2002^{a,g})
Андорра (2004)
Армения (2001^g, 2006)
Беларусь (2008^q)
Бельгия (2000, 2007)
Болгария (1999, 2003^b, 2007)
Босния и Герцеговина (2002^g)
Бывшая Югославская Республика
Македония (2000, 2006)
Венгрия (1999, 2004)
Германия (2000^e, 2004^{e,g})
Грузия (2002^{d,g}, 2009)
Дания (2001, 2007^q)
Израиль (2003, 2009)
Исландия (2003)
Испания (2000^h, 2006)
Ирландия (2009)
Италия (2001, 2009)
Казахстан (1999^g, 2007^q)
Канада (2005)
Кипр (2004)
Кыргызстан (2000^g, 2005^g)
Латвия (2001, 2008)
Литва (2000)
Люксембург (1999)
Мальта (1999)
Монголия (2007)
Нидерланды (2004^g, 2010)
Новая Зеландия (2001)
Норвегия (2000, 2006)
Польша (1999, 2005^k)
Португалия (1999, 2004, 2007)
Республика Корея (2009)
Республика Молдова (2002^g, 2008^q)
Российская Федерация (2003^g)
Румыния (2000^f, 2008)
Словакия (2000, 2004)
Словения (2002, 2009)
Соединенное Королевство Великобрита-
нии и Северной Ирландии (1999^g)
Таджикистан (2000, 2010^q)
Туркменистан (2000)
Турция (2002^{g,i})
Узбекистан (2001^g, 2007^q)
Украина (2004^g)
Финляндия (2002, 2008)
Франция (2004^{c,g})
Хорватия (1999, 2007)
Чешская Республика (2000, 2005^g, 2009)
Швейцария (2000)
Швеция (2001, 2005)
Эстония (2000, 2004^{g,i}, 2008)
Япония (2009)

Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: вре-
мя перемен» доступны на английском языке.

В тех случаях, когда это указано, они доступны так-
же на других языках:

- a албанский
- b болгарский
- c французский
- d грузинский
- e немецкий
- f румынский
- g русский
- h испанский
- i турецкий
- j эстонский
- k польский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономической и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» — это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения.

ISSN 2072-3555